



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2012

La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS)
comme maladies professionnelles: controverses sociales et
trajectoires personnelles

PROBST Isabelle

Probst Isabelle, 2012, La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS)
comme maladies professionnelles: controverses sociales et trajectoires personnelles

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive.
<http://serval.unil.ch>

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS)
comme maladies professionnelles: controverses sociales et
trajectoires personnelles

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la

Faculté des Sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de Docteur en psychologie

par

Isabelle Probst

Directrice de thèse
Professeure Michèle Grossen

Jury

Professeur Marcel-André Boillat
Professeur Francesco Panese
Professeure Tania Zittoun

LAUSANNE
2012



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Michèle GROSSEN, directrice de thèse, Professeure à l'Université de Lausanne
- Francesco PANESE, Professeur à l'Université de Lausanne
- Tania ZITTOUN, Professeure à l'Université de Neuchâtel
- Marcel-André BOILLAT, Professeur honoraire à l'Université de Lausanne

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Isabelle PROBST, intitulée :

**« La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS)
comme maladies professionnelles : controverses sociales et
trajectoires personnelles » .**

Lausanne, le 4 octobre 2011

Le Doyen de la Faculté

Professeur
René Knüsel

Résumé

La reconnaissance des troubles musculo-squelettiques (TMS) comme maladies professionnelles : controverses sociales et trajectoires personnelles

Les TMS sont actuellement considérés comme des problèmes majeurs de santé au travail, mais leur reconnaissance comme maladies professionnelles reste controversée. L'objectif central de cette thèse est de comprendre, dans une perspective de psychologie socio-culturelle intégrant certains apports de la sociologie interactionniste, les conséquences que cette situation peut avoir pour des travailleuses et travailleurs souffrant de ces affections. Au préalable, il s'agira de saisir comment se constituent les controverses sur les TMS et pourquoi ces derniers sont si rarement reconnus comme maladies professionnelles en Suisse. Les principales données sont constituées de documents institutionnels et d'entretiens avec des ouvrières et ouvriers atteints de TMS.

Les résultats montrent que les enjeux de la reconnaissance des maladies professionnelles ne se limitent pas aux prestations d'assurance et à la prise en charge des coûts engendrés par les maladies. En effet, leur non-reconnaissance contribue à définir les TMS comme des problèmes personnels plutôt que professionnels, ce qui peut entraver les capacités des ouvrières et ouvriers à agir sur leurs conditions de travail. En outre, les explications qui circulent sur les TMS par le biais de discours institutionnels ou informels ont des conséquences sur la manière dont une personne appréhende sa propre maladie. Ces explications de la maladie peuvent être des outils de compréhension, mais aussi contribuer à définir l'identité de la personne malade. Dans ce cas, la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie touche aussi à des questions de reconnaissance sociale.

The recognition of musculoskeletal disorders (MSDs) as occupational illnesses: social controversies and personal trajectories

MSDs are currently considered major occupational health problems, but their recognition as occupational illnesses remains controversial. The central objective of the thesis is to grasp, from a socio-cultural psychology perspective that integrates certain contributions of interactionist sociology, the consequences that these circumstances can have for workers suffering from such ailments. Further, the thesis first aims to understand how controversies about MSDs emerge and why these disorders are so rarely recognized as occupational illnesses in Switzerland. Most of the data used stems from institutional documents and from interviews with workers suffering from MSDs.

The results show that the stakes of recognizing occupational illnesses are not limited to issues of insurance benefits and the coverage of costs generated by the disorders. In fact, the non-recognition of MSDs contributes to their characterization as personal rather than professional problems, which can in turn impede workers' ability to act to change their working conditions. Furthermore, accounts of and explanations about MSDs circulating by means of institutional or informal discourse have consequences on the way a person may perceive his or her own illness. Such explanations of the illness can be tools for understanding it, but they may also contribute to defining the identity of the affected person. In this case, the recognition of the occupational nature of the illness is also closely related to questions of social recognition.

Remerciements

Mes premières pensées vont aux ouvrières et ouvriers atteints de TMS qui ont accepté de participer aux entretiens qui sont au cœur de cette recherche. Bien que je ne puisse citer leurs noms pour des raisons de confidentialité, je leur suis extrêmement reconnaissante pour leur disponibilité et leur confiance. De même, je souhaite remercier les médecins, ergonomes, syndicalistes et autres acteurs qui m'ont éclairée sur les TMS lors de rencontres formelles ou informelles, ainsi que les personnes qui ont rendu possible l'enquête de terrain, tout particulièrement Beatriz Rosende dont l'appui a joué un rôle essentiel.

Les échanges de points de vue avec des collègues, leurs apports et leur soutien ont été décisifs pour la réalisation de ce travail. Sans pouvoir citer toutes celles et ceux qui ont marqué le long cheminement de cette thèse, à l'université de Lausanne, à l'École d'études sociales et pédagogiques, à l'université de Neuchâtel ou dans d'autres contextes, j'aimerais remercier tout spécialement Karin Bachmann, Antonella Cavaleri Pendino, Douchka Florez, Céline Perrin, Jean-Pierre Tabin, Carola Togni et George Waardenburg, ainsi que les membres du réseau *Genre, Activités, Santé*, plus particulièrement Sandrine Caroly, Marianne De Troyer, Ghislaine Doniol-Shaw, Karen Messing, Livia Scheller et Viviane Gonik.

Je suis par ailleurs très reconnaissante aux personnes qui m'ont apporté une aide concrète en participant aux transcriptions, aux analyses et à la relecture du manuscrit, notamment Jean-Christophe Berger, Carine Carvalho Arruda, Stéphanie Lauvergeon, Maxime Marmier, Lauriane Pichonnaz, Naima Topkiran et Antonin Wiser.

Merci à Marcel-André Boillat et Francesco Panese pour leurs éclairages et nombreuses suggestions de précisions et de développements. Merci également à Tania Zittoun pour ses commentaires, son amitié et des discussions précieuses qui ont nourri mes réflexions à bien des égards. Merci tout particulièrement à Michèle Grossen pour les horizons intellectuels qu'elle m'a ouverts, sa curiosité et son enthousiasme communicatifs, et le soutien apporté à mes projets.

J'aimerais enfin mentionner le soutien financier de la Société Académique Vaudoise, qui m'a permis d'aborder plus sereinement la phase finale de la rédaction.

Table des matières

Liste des abréviations	9
INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE : APPORTS THEORIQUES	19
1 LA CONSTITUTION DES TMS COMME PROBLEME PUBLIC	21
1.1 TMS, de quoi s'agit-il ?	21
1.2 Un problème important par sa fréquence et ses conséquences	25
1.3 Des maladies controversées	29
2 ARTICULER CONTROVERSE SOCIALES ET SENS PERSONNEL : L'APPORT DES PERSPECTIVES INTERACTIONNISTE ET SOCIO-CULTURELLE	35
2.1 L'expérience de la maladie	35
2.2 Une perspective interactionniste	42
2.3 Une perspective socio-culturelle et dialogique	49
2.4 Questions de recherche	60
DEUXIEME PARTIE : DISCOURS ET PRATIQUES INSTITUTIONNELS	63
3 LES CONTROVERSES SUR LES TMS	65
3.1 Des « repetitive strain injuries » aux TMS : l'émergence de nouvelles maladies	65
3.2 Epidémiologie et analyse de l'activité, deux approches des causes professionnelles des TMS	75
3.3 Les systèmes d'indemnisation des accidents et maladies professionnels	83
3.4 Conclusion	89
4 LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES EN SUISSE : LES ASPECTS LEGAUX ET LEURS CONSEQUENCES	91
4.1 La mise en place de l'assurance contre les accidents et les maladies professionnelles	91
4.2 Le cadre légal actuel : la Loi fédérale sur l'assurance-accidents	96
4.3 La définition actuelle des maladies professionnelles	100
4.4 Les enjeux de la reconnaissance comme maladie professionnelle	102
4.5 Conclusion	108
5 LA RECONNAISSANCE DES TMS COMME MALADIES PROFESSIONNELLES EN SUISSE : STATISTIQUES ET CRITERES	111
5.1 Les statistiques de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles	111
5.2 Les processus de déclaration : hypothèses interprétatives	122
5.3 Les critères d'acceptation des cas	127
5.4 Conclusion	139
TROISIEME PARTIE : ENQUETE DE TERRAIN AUPRES D'OUVRIERES ET OUVRIERS ATTEINTS DE TMS	141
6 PRESENTATION DE L'ENQUETE DE TERRAIN	143
6.1 Démarche	143
6.2 Données recueillies	146
6.3 Situations et caractéristiques des personnes interviewées	147

6.4	Codage et analyse des entretiens	151
7	DIAGNOSTICS, CONSEQUENCES ET TRAITEMENTS : QUELQUES ELEMENTS DES TRAJECTOIRES	159
7.1	De quelles maladies les personnes interviewées souffrent-elles ?	159
7.2	Les conséquences des TMS	170
7.3	Traiter la personne ou traiter le travail ?	174
7.4	Synthèse	183
8	LE TRAVAIL DE TRAJECTOIRE	187
8.1	Consulter un médecin	188
8.2	Identifier la maladie et la traiter	194
8.3	Accepter un arrêt de travail	200
8.4	Adapter le travail	206
8.5	Déclarer une maladie professionnelle	224
8.6	Faire reconnaître une maladie professionnelle	238
8.7	Synthèse	248
9	COMMENT LES OUVRIERES EXPLIQUENT-ELLES LES CAUSES DE LEURS MALADIES ?	255
9.1	Les processus physiologiques de la maladie	256
9.2	Les facteurs professionnels et extraprofessionnels	267
9.3	Les moyens et l'organisation du travail	283
9.4	Les rapports sociaux	293
9.5	Etablir des responsabilités	305
9.6	Réfuter les explications psychologiques	315
9.7	Synthèse	321
10	DISCOURS SOCIAUX ET SENS PERSONNEL	329
10.1	Décalages et jonctions entre explications institutionnelles et personnelles de la maladie	329
10.2	Construire un point de vue personnel en dialogue avec des discours sociaux : une étude de cas	331
10.3	Discussion	347
	CONCLUSION	359
	ANNEXES	371
	Annexe 1 : Liste des maladies professionnelles (annexe 1 OLAA)	373
	Annexe 2 : Statistiques des assurances-accidents : aspects de méthode	377
	Annexe 3 : Evolution des cas reconnus comme maladies professionnelles en France	381
	Annexe 4 : Evolution de l'incidence par catégorie	383
	Annexe 5 : Données statistiques	385
	Annexe 6 : Trame d'entretien	391
	Annexe 7 : Conventions de transcription	393
	Annexe 8 : Exemple de tableau de trajectoire	395
	BIBLIOGRAPHIE	397

Liste des abréviations

AI	Assurance invalidité
CIM	Classification internationale des maladies
CNA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
CTD	Cumulative trauma disorders
EPT	Equivalents plein-temps
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LTr	Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail)
Directive MSST	Directive relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail
OLT3	Ordonnance 3 relative à la Loi sur le Travail
OPA	Ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles
RSI	Repetitive strain injuries
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) ; depuis les années 1990, ce sigle allemand est utilisé également en français et italien
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UE	Union européenne

Introduction

Ce travail porte sur les controverses entourant les troubles musculo-squelettiques (TMS) et leurs conséquences pour les personnes atteintes. Les TMS sont des affections touchant les nerfs, ligaments, tendons et muscles des membres, de la nuque et du dos, qui se traduisent par divers symptômes tels que douleurs, troubles sensitifs et perte de force. Si les experts scientifiques s'accordent à décrire les TMS comme des maladies multifactorielles, le débat perdure en revanche sur le poids relatif des facteurs professionnels (notamment force, gestes répétitifs, postures contraintes, stress) et non professionnels (notamment, vieillissement, maladies associées, prédispositions, activités extraprofessionnelles). Ce débat scientifique se double d'un débat politique sur la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, débat qui interroge autant, sinon plus, la pertinence des critères légaux actuels que les pratiques des assurances-accidents. Alors qu'en Suisse le nombre de cas déclarés et reconnus est en baisse constante, une inversion de tendance aurait des conséquences sur la prise en charge par les assurances sociales, et entraînerait peut-être aussi une prise en compte accrue du rôle du travail dans le développement de ces troubles. Pour compléter le tableau, il faut préciser que certains TMS sont contestés du point de vue de l'objectivité des douleurs ou handicaps qu'ils entraînent. On peut ainsi mentionner le récent durcissement des critères de l'assurance-invalidité (AI) pour la prise en charge des douleurs sans lésion objectivable¹ et plus généralement, la prégnance de discours stigmatisant de prétendus abus dans le cadre de cette assurance sociale (Ferreira, 2009; Ferreira & Frauenfelder, 2007). Les TMS représentent par conséquent un objet d'étude intéressant pour comprendre les conséquences des maladies controversées, que ce soit au niveau de l'expérience subjective de personnes atteintes ou de leurs enjeux sociaux, économiques et politiques.

Qu'ils soient aigus ou chroniques, les TMS sont des événements de vie personnels qui sont source d'expériences subjectives marquantes. Souffrir d'une maladie peut en effet

¹ Lors de la cinquième révision entrée en vigueur en 2008.

remettre en cause, plus ou moins durablement, les activités quotidiennes d'une personne, ses engagements professionnels, familiaux ou associatifs, mais aussi son identité – l'image qu'elle donne aux autres et qu'elle a d'elle-même, associée à ses rôles sociaux – ses croyances et attentes concernant l'avenir, ou encore ses valeurs. Les maladies provoquent ainsi des « bouleversements biographiques » plus ou moins radicaux que les personnes affrontent en mobilisant diverses ressources matérielles, relationnelles et cognitives (Bury, 1982). En particulier, les personnes cherchent généralement à donner un sens à ces bouleversements, en élaborant des explications au sujet de leur maladie, de leur santé ou de leur histoire de vie. Mais les maladies sont aussi des phénomènes sociaux. Leurs définitions et leurs significations, les pratiques qu'elles occasionnent sont historiques et culturelles. Ce ne sont pas leurs seules caractéristiques naturelles qui déterminent leur identification en tant que maladies (plutôt que comme conséquences normales du vieillissement ou de variations individuelles, par exemple), leur classification dans différentes catégories diagnostiques, les explications de leurs causes et les traitements dont elles font l'objet (traitements médicaux, mais aussi dans le cas qui m'intéresse, prise en charge assurantielle ou gestion dans l'entreprise, par exemple). Nos lectures de la réalité émergent et perdurent en fonction de catégories et de systèmes explicatifs qui sont produits par des activités socio-historiquement situées, inscrites dans le fonctionnement de diverses institutions et pouvant impliquer des intérêts divergents entre groupes sociaux². Le caractère construit des catégorisations devient plus visible lorsque, comme pour les TMS, elles diffèrent selon les contextes ou donnent lieu à des controverses.

Le principe de la psychologie sociale, qui sera adopté dans ce travail, consiste à essayer de penser l'articulation entre ces deux facettes, la maladie comme phénomène subjectif et la maladie comme phénomène social, sans réduire l'une à l'autre. Comme le souligne Moscovici, cette discipline « se distingue moins par son territoire que par un regard qui lui est propre. [...] Il se traduit par une lecture *ternaire* des faits et des relations. Sa

² Dans cette perspective, si la recherche scientifique est une activité spécifique du point de vue de ses buts et de ses outils, elle n'est pas pour autant neutre. Elle ne se borne pas à révéler l'existence, la nature et les causes des maladies, mais construit activement la manière dont elles sont appréhendées, en fonction du contexte historique et culturel.

particularité est de substituer à la relation à deux termes du sujet et de l'objet, héritée de la philosophie classique, une relation à trois termes : Sujet individuel – Sujet social – Objet » (Moscovici, 1984, pp. 8-9). La psychologie sociale considère donc que la pensée et l'action humaines sont, de façon fondamentale, médiatisées par la relation à autrui et au monde social. Plus précisément, je m'appuierai sur deux courants de recherche qui offrent des perspectives complémentaires sur les médiations sociales de la pensée et de l'action : l'interactionnisme symbolique et la psychologie socio-culturelle. L'interactionnisme symbolique, courant qui s'est développé en sociologie et en psychologie sociale³ notamment au sein de la seconde Ecole de Chicago, permet de penser la manière dont l'ordre social n'est pas seulement imposé par des institutions, structures et normes sociales, mais surtout reproduit, contesté ou transformé par les interactions des individus et des groupes (Becker, 1985; Le Breton, 2004; Strauss, 1992a, 1992c). L'interactionnisme symbolique met aussi l'accent sur les effets de ces négociations de l'ordre social pour les individus et groupes concernés, en termes d'identités, de statut social, de possibilités de pensée et d'action, etc. J'emprunterai plus spécifiquement à Anselm Strauss (1997) la notion de trajectoire pour comprendre comment les TMS de chaque personne deviennent des maladies professionnelles ou non professionnelles – ce qui contribue à les construire comme des problèmes sociaux ou personnels⁴ – sous l'effet non seulement de catégorisations institutionnelles, mais aussi d'un travail de trajectoire effectué par différents acteurs. Le second courant de recherche est constitué par la psychologie socio-culturelle (Wertsch, 1991). Il s'agit d'une tradition développée à la suite des travaux fondateurs de Lev Vygotski, enrichie par la théorie de l'activité d'Alexis Leont'ev et la perspective dialogique de Mikhaïl Bakhtine. De cette perspective, je retiendrai que l'action humaine (y compris la pensée)

³ Comme le note Strauss (1992c), dans la perspective de l'interactionnisme symbolique, il n'est pas forcément pertinent de dissocier les deux disciplines. Par ailleurs, il faut aussi d'emblée noter que le terme « interactionnisme symbolique », forgé par Blumer, est utilisé pour désigner un courant de recherches partageant un certain nombre de principes, mais dont les frontières sont floues (Le Breton, 2004, p. 45).

⁴ J'utilise les termes de « problème personnel » ou « personnalisation » pour décrire l'attribution des problèmes de santé à des caractéristiques de la personne (constitution physique, physiologie, comportement, etc.) plutôt qu'à des caractéristiques du travail ou à des conditions de vie.

est de manière fondamentale médiatisée par des outils culturels techniques ou sémiotiques et inscrite dans des activités collectives. En particulier, j'analyserai, à travers le repérage de différentes voix dans leurs énoncés, à la manière dont les personnes atteintes de TMS font usage de discours sur la maladie circulant dans l'espace social (des discours institutionnels, mais aussi ceux de proches, de collègues, des rumeurs, des lieux communs, etc.) afin de comprendre et d'expliquer leur maladie.

A partir de cette problématique, mon travail poursuit des objectifs sur trois plans. Sur le plan empirique, il s'agit de comprendre – sur la base de documents institutionnels et d'entretiens avec des ouvrières⁵ atteintes de TMS – pourquoi les TMS sont si rarement reconnus comme maladies professionnelles dans le contexte suisse et quelles sont les conséquences d'une telle catégorisation pour les personnes concernées. En ce qui concerne le premier volet de la question, je montrerai que le faible nombre de TMS reconnus comme maladies professionnelles dépend certes de critères légaux qui découlent de choix politiques, mais aussi de leur interprétation par la jurisprudence, de leur mise en application par les assurances et des pratiques de déclaration. En ce qui concerne le second volet, je soutiendrai que les conséquences de la reconnaissance des maladies professionnelles ne se limitent pas aux prestations d'assurance et à la prise en charge des coûts. D'une part, je relèverai que la non-reconnaissance contribue à définir les TMS comme des problèmes personnels plutôt que professionnels, ce qui restreint les possibilités pour les personnes qui en souffrent d'agir sur leurs conditions de travail. Je soulignerai toutefois que cette « personnalisation » des causes des TMS ne découle pas que des définitions institutionnelles de ces troubles, mais qu'elle est aussi le produit d'un travail de trajectoire impliquant divers acteurs, dont les ouvrières elles-mêmes. Parmi les caractéristiques des situations qui pourraient expliquer certaines actions des travailleuses souffrant de TMS, je mentionnerai la précarité (ressentie) de l'emploi, l'existence de normes sociales valorisant une attitude stoïque face à la pénibilité du travail, la difficulté à mobiliser les dispositifs existants de protection de la santé ou encore la rareté des formes d'organisation collective autour des questions de santé au

⁵ Pour faciliter la lecture, j'utilise le féminin générique pour désigner les personnes interviewées dans le cadre de l'enquête empirique car la plupart d'entre elles (quatorze sur dix-sept) sont des femmes. J'utilise en revanche le masculin générique dans le reste du texte.

travail. D'autre part, je montrerai que les discours en circulation sur les TMS – dont font partie les catégorisations et explications de ces troubles par les assurances sociales – ont des effets sur la manière dont une personne appréhende sa propre maladie. Je soutiendrai que si les explications de la maladie portées par les discours sociaux peuvent constituer des outils pour comprendre sa maladie sur un plan cognitif, trouver des moyens d'action ou donner une cohérence à son histoire de vie, elles véhiculent aussi des significations sur l'identité des personnes souffrant de TMS : ces dernières sont-elles malades parce qu'elles sont travailleuses, simulatrices, physiquement diminuées, psychologiquement faibles, ou encore victimes d'injustices, malchanceuses (etc.) ? La manière dont une personne se situe par rapport aux explications d'autrui touche alors intimement à une quête d'identité et de reconnaissance.

Sur un plan théorique, l'objectif est plus modestement de tenter de saisir une partie des rapports entre explications sociales et personnelles de la maladie dans une perspective de psychologie socio-culturelle. Me basant sur les travaux de Wertsch (1991, 1998, 2002), je mettrai à l'épreuve une conceptualisation du rapport entre discours personnels et discours sociaux en termes d'usage d'outils culturels. Les analyses me conduiront toutefois à esquisser quelques limites de cette métaphore de l'outil, en particulier lorsqu'il s'agit de prendre en compte soit les contraintes imposées par des discours porteurs de légitimité ou de pouvoir, soit les expériences relationnelles associées à la confrontation à des discours autres, et leurs implications en termes de reconnaissance et d'identité.

Enfin, mon travail se donne également, de manière limitée, des objectifs de réflexion pratique. Je tenterai de comprendre les éventuelles difficultés que la situation actuelle pose aux personnes souffrant de TMS et d'esquisser quelques pistes qui permettraient à ces dernières non seulement de préserver une certaine sécurité matérielle malgré les conséquences de la maladie, mais aussi de sauvegarder leur pouvoir d'agir – par divers biais, par exemple en agissant sur leurs conditions de travail, en acquérant un rôle plus actif dans les démarches médicales ou assurantielles, etc. – et d'éviter des impasses identitaires en étant reconnues à la fois dans leurs contributions, notamment professionnelles, et dans les incapacités dues à la maladie. Sans être traités comme points à part, ces deux thèmes, pouvoir d'agir et reconnaissance, courront en filigrane des analyses.

La formulation de ces objectifs est aussi l'occasion de souligner quelques limites de mon travail, en particulier par rapport aux différentes approches possibles des controverses sur les TMS. Tout d'abord, il faut relever que je me focaliserai sur la question de la reconnaissance des maladies professionnelles selon la Loi sur l'assurance-accidents (LAA) et n'aborderai le thème de la prévention des TMS que sous un angle très restreint, en partant des témoignages des personnes interviewées. Je laisserai ainsi de côté de vastes domaines, notamment la protection de la santé telle que prévue par la Loi sur le travail et sa surveillance par les inspections du travail et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), la prévention des maladies professionnelles pratiquées par la Suva, la mise en œuvre de la directive MSST ainsi que les pratiques réelles de prévention mises en place dans les entreprises. Par ailleurs, j'aimerais souligner que mon ambition n'est pas d'évaluer de manière objective les causes des TMS dont souffrent les personnes que j'ai interviewées, ni de déterminer si leurs cas relèvent, ou non, de maladies professionnelles. Mon intérêt principal porte en effet sur la manière dont des personnes expliquent subjectivement la survenue de leurs troubles et trouvent les moyens d'y faire face. C'est pourquoi, je me contenterai de formuler, à quelques reprises, des hypothèses sur le rôle de facteurs professionnels ou personnels dans des cas particuliers, en m'abstenant de tout jugement définitif. En revanche, je m'efforcerai de restituer le regard personnel que les ouvrières portent sur leurs troubles⁶. Enfin, j'ai délibérément écarté la problématique des rapports entre douleurs du corps et souffrances psychiques, refusant d'entrer dans les débats déjà très fournis sur les troubles somatoformes douloureux et autres douleurs chroniques (Cedraschi, Allaz, & Piguet, 1998; Célis-Gennart & Vannotti, 1999; Dominicé Dao, 2004; Ferreira, 2007). C'est pourquoi j'ai initialement ciblé ma recherche sur le syndrome du canal carpien, une pathologie dont les fondements physiologiques sont connus et indiscutés. Malgré l'élargissement ultérieur à d'autres troubles, dont certains états douloureux difficilement objectivables, j'ai évité d'interpréter en termes psychopathologiques des phénomènes comme l'absence de guérison ou les interactions difficiles avec les

⁶ Ceci explique aussi pourquoi je ne ferai presque pas référence, dans les analyses des entretiens, à des modèles explicatifs des TMS, qu'il s'agisse de l'ergonomie, du modèle bio-psycho-social en médecine, de la clinique de l'activité ou de la psychodynamique du travail, etc.

médecins ou les assurances sociales. Cette option me semblait nécessaire pour ne pas perdre le fil conducteur de mon propos – la reconnaissance des maladies professionnelles –, mais aussi pour rendre compte des perspectives des personnes interrogées plutôt que de reproduire des points de vue médical ou psychologique sur leurs troubles. Toutefois, je suis consciente de laisser ainsi ouvertes des questions pertinentes sur la manière dont les personnes investissent affectivement leur maladie (investissement qui joue un rôle dans la manière dont elles l'expliquent), ainsi que sur les problématiques psychiques qui s'expriment au travers des douleurs du corps et qui sont souvent intimement liées à des difficultés professionnelles, notamment aux possibilités d'investissement subjectif offertes par le travail (Coutarel, Daniellou, & Dugué, 2005; Pezé, 2002; Sznelwar & Massetti, 2002).

Concrètement, l'exposé est structuré en trois parties. La première est théorique. Elle fournit des informations sur les TMS et le syndrome du canal carpien, afin de définir l'objet du travail, (chapitre 1), puis présente le cadre théorique et précise les questions de recherche (chapitre 2). Une deuxième partie étudie de manière systématique les discours et pratiques institutionnels concernant la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, aux niveaux international et national. Une revue de la littérature (chapitre 3) retrace ainsi l'émergence historique du problème des TMS et investit deux déterminants de leur reconnaissance comme maladies professionnelles : les connaissances épidémiologiques sur l'étiologie des TMS et les systèmes assurantiels d'indemnisation des risques professionnels. Deux chapitres examinent ensuite plus précisément la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles en Suisse. Le chapitre 4 présente les conditions de leur reconnaissance légale, ainsi que ses conséquences sur le plan des prestations, de la prise en charge des coûts et de la prévention. Le chapitre 5 analyse les statistiques des assurances-accidents, puis tente d'expliquer les tendances constatées en référence au cadre légal, à la jurisprudence et aux critères énoncés par les assurances. La troisième partie est consacrée à une enquête de terrain auprès d'ouvrières et ouvriers atteints de TMS, visant à mettre en évidence les conséquences des catégorisations institutionnelles de ces troubles à la fois sur les trajectoires des personnes et sur la manière dont ces dernières peuvent donner sens à leur maladie. Après l'exposé des méthodes et données (chapitre 6), le chapitre 7 résume ainsi les trajectoires des personnes interviewées du point de vue des diagnostics,

traitements et conséquences des TMS. Consacré au travail de trajectoire, le chapitre 8 analyse les principaux moments où se détermine la constitution des TMS de chaque personne comme problèmes d'ordre principalement professionnel ou personnel. Le chapitre 9 présente les discours de personnes atteintes de TMS sur les causes de leur maladie et décrit différents motifs de la quête d'explications, en lien avec les bouleversements biographiques provoqués par la maladie. Enfin, le chapitre 10 revient à partir d'une étude de cas sur la manière dont des explications personnelles de la maladie peuvent se construire en dialogue avec des discours sur la maladie qui circulent dans l'espace social et souligne l'importance des discours sociaux non seulement comme outils pour comprendre cognitivement sa maladie, mais aussi comme vecteurs de reconnaissance et donc d'identité.

Première partie : apports théoriques

1 La constitution des TMS comme problème public

Pourquoi s'intéresser aujourd'hui aux TMS ? Tout d'abord, parce qu'ils font l'objet d'une attention croissante, en Suisse comme dans d'autres pays, du fait de leur fréquence et de leurs conséquences sociales et économiques. Ensuite, parce que leurs causes professionnelles restent l'objet de controverses dans les études scientifiques, ce qui a des implications considérables en termes de reconnaissance comme maladies professionnelles, d'indemnisation et d'action sur les conditions de travail. Avant de développer ces deux points, je commencerai par définir en quelques mots les TMS.

1.1 TMS, de quoi s'agit-il ?

Les TMS sont des problèmes de santé affectant l'appareil locomoteur. Les tissus touchés sont les tendons (diverses tendinites, par exemple épicondylites), les gaines tendineuses (téno-synovites), les bourses séreuses (bursites), les nerfs (par exemple syndrome du canal carpien) ou encore les muscles (myalgies, par exemple lombalgies) (Buckle & Devereux, 1999; Schneider & Irastorza, 2010). Les contours de la catégorie TMS diffèrent selon que les auteurs réservent le terme aux diagnostics spécifiques ou y incluent, ce qui est un usage fréquent, des troubles caractérisés par des douleurs sans lésion organique objectivable (Arksey, 1998). Je ne décrirai pas en détail chacune des pathologies pouvant tomber dans la catégorie TMS, à l'exception du syndrome du canal carpien, qui fera l'objet d'une attention plus particulière dans ce travail (voir encadré p. 23). Du point de vue de leurs causes, les TMS sont largement reconnus comme des maladies multifactorielles (Aptel, 2002; Bourgeois, et al., 2007). Certains facteurs sont liés à des caractéristiques des personnes, comme leur anatomie ou physiologie, leur âge ou des maladies associées. Ces facteurs personnels peuvent être spécifiques à certaines pathologies (par exemple le diabète et la grossesse sont des causes connues du syndrome du canal carpien), mais on retrouve aussi des points communs à diverses pathologies (par exemple, le rôle du vieillissement et de processus dégénératif). D'autres facteurs résident dans les sollicitations dues à des activités professionnelles ou extraprofessionnelles (travail domestique, sport, loisirs), notamment les positions

articulaires extrêmes, l'usage de la force et la répétition des mouvements, toutes trois constituant la « triade classique » des facteurs de TMS (Aptel, Cail, & Aublet-Cuvelier, 2005, p. 19). Là encore, certains facteurs liés aux activités sont spécifiques (par exemple, la posture agenouillée pour les bursites du genou) alors que d'autres se retrouvent dans plusieurs types de TMS (par exemple, force et répétition). Si les TMS sont reconnus comme multifactoriels, le poids exact de ces différents facteurs, en particulier des facteurs professionnels par rapport aux facteurs extraprofessionnels, reste toutefois controversé dans la littérature scientifique.

Avant de poursuivre, je soulignerai encore que l'utilisation même de l'expression « troubles musculo-squelettiques » ou du sigle « TMS » impose une certaine perspective sur ces troubles. En premier lieu, cela suppose qu'il existe des caractéristiques communes à plusieurs pathologies et qu'il est pertinent de les considérer ensemble, par exemple pour déterminer leurs causes, évaluer leurs conséquences ou mettre en place des stratégies de prévention. Ensuite, cela repose sur un choix entre plusieurs désignations possible, liées en partie à des contextes géographiques, mais aussi à des connotations différentes (Aptel, et al., 2005; den Held & Cockburn, 2000; Leclerc, Ha, Roquelaure, & Goldberg, 2005) : « affections périarticulaires » (utilisé en France), « cumulative trauma disorders » (notamment aux États-Unis), « repetitive strain injuries » (notamment en Australie, en Grande-Bretagne), « occupational overuse syndrome » (autre terme utilisé en Australie, mais aussi en Nouvelle-Zélande), « lésions par efforts répétitifs » ou « lésions attribuables à des travaux répétitifs » (notamment au Québec), « maladies de l'appareil locomoteur » (utilisé par la Suva en Suisse). Plusieurs de ces termes impliquent une attribution causale, puisqu'ils sous-entendent que la répétitivité du travail est la cause de la maladie. Pour ma part, j'adopterai l'expression « troubles musculo-squelettiques », abrégée « TMS », qui est largement utilisée en Europe (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, & Vermeylen, 2007; Schneider & Irastorza, 2010) et laisse ouverte la question des causes de la maladie⁷.

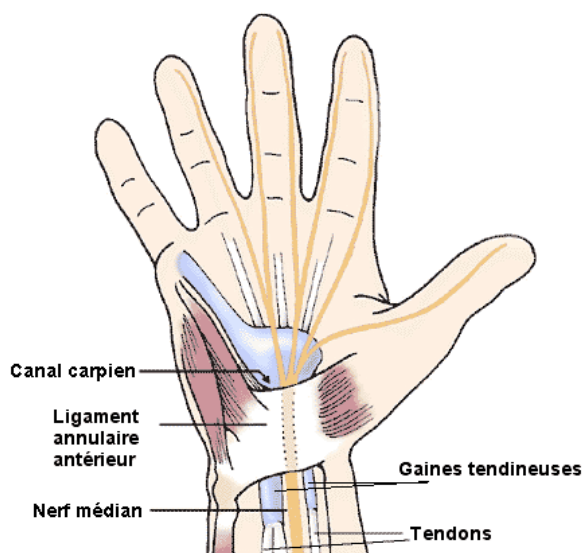
⁷ Dans certains contextes, l'usage du terme troubles musculo-squelettiques, et plus particulièrement du sigle TMS, peut sous-entendre que l'on désigne des maladies liées au travail (Aptel, 2002, p. 345), mais cette connotation n'est pas généralisée.

Parenthèse : présentation du syndrome du canal carpien du point de vue médical

Un type de TMS, le syndrome du canal carpien, fera l'objet d'une attention particulière dans ce travail. Il justifie ainsi une présentation spécifique, pour laquelle je m'appuierai notamment sur l'ouvrage de référence de Rosenbaum et Ochoa (2002). Le syndrome du canal carpien est une affection particulièrement fréquente, les estimations variant toutefois selon les critères diagnostiques utilisés. Dans une revue d'études menées aux USA, aux Pays-Bas, en Suède et en Grande-Bretagne, Aroori et Spence (2008) citent des fourchettes de 0,125% à 1% pour l'incidence annuelle et de 5% à 16% pour la prévalence. Cette pathologie touche deux à trois fois plus souvent les femmes que les hommes (Bland & Rudolfer, 2003; Bongers, Schellevis, van den Bosch, & van der Zee, 2007; Mondelli, Giannini, & Giacchi, 2002; Roquelaure, Ha, et al., 2005).

Le canal carpien est une gouttière formée par certains os du poignet et recouverte par le ligament annulaire antérieur du carpe. Les neuf tendons fléchisseurs des doigts et le nerf médian se partagent cet espace étroit (Figure 1).

Figure 1 : Représentation biomédicale du canal carpien (source : University of Michigan Health System, <http://www.med.umich.edu>, dernière visite : 27 avril 2008)



Copyright © 2002 McKesson Health Solutions, LLC. All rights reserved.

La pression peut augmenter dans le canal pour diverses raisons (compression directe, œdème ou épaissement des gaines tendineuses), comprimant le nerf médian et

entravant sa conduction, ce qui déclenche la constellation de symptômes appelée « syndrome du canal carpien » (Rosenbaum & Ochoa, 2002, p. 31). Certains symptômes sont liés à la fonction sensitive du nerf, notamment des fourmillements, un engourdissement, une perte de sensibilité et des douleurs dans les doigts ou la main. Ils se manifestent au début de manière intermittente, typiquement pendant la nuit. D'autres symptômes sont liés à la mauvaise conduction dans la branche motrice du nerf, notamment la perte de force due au manque d'innervation des muscles. Avec le temps, les pertes peuvent devenir irréversibles. Outre l'examen clinique (questionnement, tests de provocation des symptômes comme les tests de Phalen et de Tinel), l'électromyographie permet de détecter des anomalies de conduction nerveuse. Contrairement à d'autres TMS qui se caractérisent seulement par des sensations douloureuses, il y a donc des signes objectifs du syndrome du canal carpien. Cela ne signifie pas pour autant que le diagnostic soit sans difficulté. Les symptômes sont variables et parfois peu typiques (par exemple, parce que le territoire innervé par le nerf médian est inhabituel ou parce que des douleurs irradient dans le bras). Ils peuvent être confondus avec ceux d'autres pathologies, par exemple une compression des fibres nerveuses au niveau des vertèbres cervicales ou du plexus brachial.

Certains cas de syndrome du canal carpien disparaissent spontanément, notamment les affections survenues pendant la grossesse et celles dont les symptômes sont légers et intermittents. Lorsque ce n'est pas le cas, les traitements prescrits sont le port d'attelle, l'arrêt de travail, la prise orale d'anti-inflammatoires et l'infiltration de corticostéroïdes dans le canal carpien. En cas de troubles sévères, on pratique souvent une opération qui consiste à sectionner le ligament annulaire antérieur du carpe afin de décompresser le nerf médian. Selon Rosenbaum et Ochoa (2002), cette opération offre un soulagement significatif des symptômes dans environ 90% des cas. D'autres chercheurs tirent des conclusions moins optimistes. Selon la revue de la littérature effectuée par Feuerstein et al. (1999), un tiers des patients continueraient à subir des pertes fonctionnelles après l'opération. En résumé, si le syndrome du canal carpien est souvent traité avec succès, il devient cependant une affection chronique potentiellement invalidante pour une partie des patients. Comme les autres TMS, le syndrome du canal carpien est par ailleurs une maladie multifactorielle dont les causes sont controversées. Je ne développe toutefois pas ici ce thème qui sera repris plus loin.

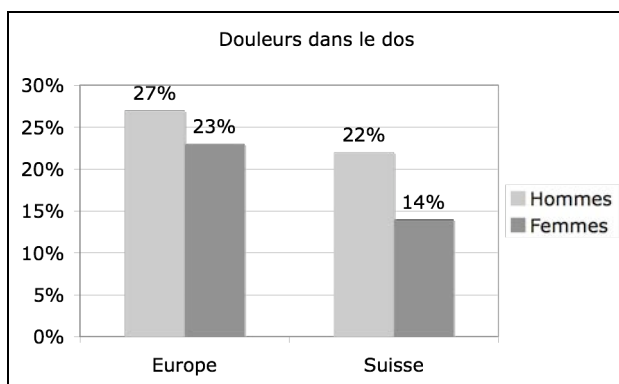
1.2 Un problème important par sa fréquence et ses conséquences

Les TMS apparaissent toujours plus comme l'un des problèmes majeurs dans le champ de la « santé au travail », c'est-à-dire dans les discours et pratiques concernant la santé des travailleurs⁸ au sens large, sans se restreindre aux maladies professionnelles reconnues. Pourquoi cet intérêt pour les TMS ? Tout d'abord à cause de leur fréquence. Ainsi, selon l'enquête européenne sur les conditions de travail de 2005⁹, les douleurs musculo-squelettiques sont les problèmes de santé liés au travail le plus souvent cités par les travailleurs en Europe, suivis par la fatigue, le stress, les maux de tête et l'irritabilité (Parent-Thirion, et al., 2007, p. 68).

⁸ J'utiliserai de manière interchangeable les termes *travailleur* et *salarié*. L'usage de ces termes pose toutefois problème. En effet, utiliser le terme *travailleur* semble sous-entendre que les personnes qui accomplissent gratuitement des activités domestiques ne travaillent pas, alors même que ces activités ont les caractéristiques d'un travail (Delphy, 1998). Mais opter pour le terme *salarié* pose également problème puisque cela exclut de la réflexion les personnes qui ont un statut d'indépendant. Or, ce statut recouvre des réalités très diverses, dont certaines s'apparentent au travail salarié au point qu'on a vu émerger la notion de « faux indépendants » (Secrétariat d'Etat à l'économie, 2010b). A noter qu'en Suisse, la LAA ne prévoit qu'une assurance facultative pour les indépendants (article 4), mais inclut en revanche dans l'assurance obligatoire « les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés » (art. 1). Cela me permet de souligner qu'il y a différentes manières de définir le travail et donc d'aborder la question de la santé des travailleurs. Celle qui est adoptée ici, centrée sur le travail salarié, met l'accent sur les rapports sociaux spécifiques produits par la relation salariale, mais laisse dans l'ombre toute une partie des activités que l'on peut considérer comme du travail.

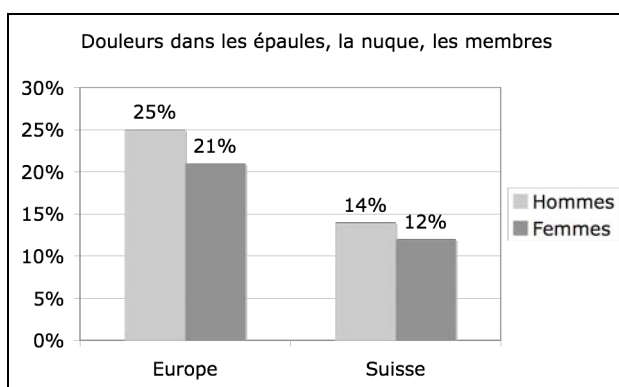
⁹ Enquête menée tous les cinq ans depuis 1990 dans tous les pays de l'Union européenne et quelques autres pays d'Europe. La Suisse y a participé pour la première fois en 2005. Les résultats 2010 ne sont pas encore disponibles. L'échantillonnage est représentatif des personnes occupant un emploi. Les données sont recueillies lors d'entretiens de face-à-face qui ne sont menés que dans les langues nationales, ce qui exclut une partie des migrants. Ainsi en Suisse, la proportion de personnes de nationalité étrangère n'est que de 15% dans l'échantillon alors qu'elle est de 25% dans la population active (Graf, et al., 2007, p. 5). Les chiffres cités sont des fréquences de réponses brutes pondérées de certains facteurs pour améliorer la représentativité des résultats (pour les détails, voir Parent-Thirion, et al., 2007, pp. 99-104).

Figure 2 : Femmes et hommes rapportant des douleurs dans le dos dues au travail dans l'Union européenne des 27 (UE) et en Suisse (Burchell, Fagan, O'Brien, & Smith, 2007, p. 54; Graf, et al., 2007, p. 142)



Comme l'indique la Figure 2, selon cette enquête, 25% des travailleurs de l'UE (27% des hommes et 23% des femmes) disent souffrir de maux de dos causés par leur activité professionnelle (Burchell, et al., 2007, p. 54). En Suisse, cela concerne 18% des travailleurs (22% des hommes et 14% des femmes) (Graf, et al., 2007). La fréquence des troubles déclarés est donc un peu moins élevée et l'écart entre hommes et femmes plus grand en Suisse qu'au niveau européen.

Figure 3 : Femmes et hommes rapportant des douleurs dans les épaules, la nuque et les membres dues au travail dans l'UE et en Suisse (Burchell, et al., 2007, p. 54; Graf, et al., 2007, p. 142)



Comme l'indique la Figure 3, les douleurs musculaires dans les épaules, le cou, les membres supérieurs ou inférieurs sont citées par 23% des travailleurs européens (25% des hommes et 21% des femmes). En Suisse, elles le sont par 13% des travailleurs (14% des hommes et 12% des femmes). Le taux est donc nettement plus bas en Suisse que dans l'UE et, contrairement aux résultats pour les maux de dos, on ne constate pas

d'écart marqué entre hommes et femmes en Suisse. Il est possible d'expliquer les différences entre la Suisse et l'UE par des différences dans les expositions¹⁰. En effet, les travailleurs de l'UE (hommes et femmes confondus) sont plus nombreux à déclarer qu'ils sont exposés, au moins un quart du temps, à des facteurs de risque classiques de TMS : mouvements répétitifs de la main ou du bras (62,3% dans l'UE contre 41,5% en Suisse), positions douloureuses ou fatigantes (45,5% contre 34,9%), porter ou déplacer des charges lourdes (35,0% contre 26,9%) (Graf, et al., 2007, p. 71). De même, le fait qu'en Suisse les hommes se plaignent plus de maux de dos pourrait refléter des différences d'exposition, les hommes étant plus nombreux que les femmes à déclarer qu'ils doivent porter ou déplacer des charges lourdes au moins un quart du temps (32,7% contre 20,0%)¹¹. Il est aussi possible, étant donné que ces résultats reposent sur les déclarations que font les travailleurs au sujet des liens entre travail et santé, que des différences de perception jouent un rôle, mais je ne dispose pas d'éléments concrets en faveur d'une telle hypothèse. Les études basées sur des diagnostics médicaux, et non sur les déclarations des travailleurs, confirment la grande fréquence des TMS dans la population active. Ainsi, la large étude menée dans le cadre du réseau de surveillance épidémiologique dans les Pays de la Loire montre une prévalence des TMS du membre supérieur diagnostiqués médicalement d'environ 11% chez les hommes et 15% chez les

¹⁰ Différences d'expositions elles-mêmes liées à la structure de l'économie et des emplois. Par exemple, les chiffres de l'Enquête européenne (Graf, et al., 2007, p. 70) montrent que 44,3% des travailleurs de l'échantillon suisse contre 36,7% de ceux de l'échantillon européen appartiennent aux catégories professionnelles les plus qualifiées – « dirigeants, cadres supérieurs », « professions intellectuelles et scientifiques » ou « professions intermédiaires ». En revanche, les catégories les moins qualifiées, « conducteurs et assembleurs » ou « ouvriers et employés non qualifiés », ne regroupent que 9,6% de l'échantillon suisse contre 20,0% de l'échantillon de l'UE.

¹¹ En revanche, d'autres expositions concernent plus les femmes : positions douloureuses ou fatigantes (36,3% des femmes contre 33,7% des hommes), mouvements répétitifs de la main ou du bras (42,8% contre 40,5%), soulever ou déplacer des personnes (8,5% contre 3,9%) (Graf, et al., 2007, p. 83). Les auteurs du rapport notent que ces différences d'exposition peuvent s'expliquer par la ségrégation sexuée sur le marché du travail (p. 16).

femmes (Ha, et al., 2009, p. 473)¹². Selon cette étude, les diagnostics les plus fréquents sont le syndrome de la coiffe des rotateurs (touchant l'épaule), le syndrome du canal carpien et l'épicondylite latérale.

Au-delà de leur fréquence, les TMS sont également perçus comme un problème important du fait qu'ils concernent différents secteurs et métiers. En effet, ils touchent non seulement les personnes qui effectuent des travaux généralement reconnus comme dangereux ou pénibles, notamment dans la construction et l'industrie, mais aussi des personnes travaillant dans le secteur des services, notamment des femmes effectuant des travaux répétitifs, sous contrainte de temps et avec une faible autonomie, par exemple, dans le nettoyage, les télécommunications ou la grande distribution (Bourgeois, et al., 2007; Graf, et al., 2007; Parent-Thirion, et al., 2007)¹³. Les TMS mettent ainsi en question certaines idées reçues concernant l'élimination des risques physiques et « l'inéluctable amélioration "naturelle" des conditions de travail, grâce à la progression du tertiaire, à la modernisation technique, aux changements d'organisation » (Volkoff, 2005, p. 13). L'émergence publique de la problématique des TMS dévoile aussi les conséquences de certaines conditions de travail pour la santé des femmes, alors que les risques professionnels affectant les femmes sont généralement frappés d'invisibilité (Messing, 2000; Vogel, 2003). En France par exemple, la reconnaissance croissante du syndrome du canal carpien comme maladie professionnelle conduit à une visibilité accrue des conséquences du travail sur la santé des femmes (Euzenat, 2010)

Enfin, les TMS préoccupent à cause de leurs conséquences sociales et économiques. En particulier, ils constituent une source importante d'absence au travail et d'invalidité. Pour ne citer que des chiffres locaux, un rapport basé sur les données suisses de l'enquête européenne sur les conditions de travail estime que les TMS des membres et

¹² Plus précisément, l'étude estime que 11,2% des hommes (IC 95%, 9,9-12,6) et 14,8% des femmes (IC 95%, 13,0-16,6) présentent au moins l'un des six principaux TMS du membre supérieur (syndrome de la coiffe des rotateurs, épicondylite latérale, syndrome du tunnel cubital (ulnaire) au coude, syndrome du canal carpien, ténosynovite de De Quervain, tendinites des extenseurs/fléchisseurs des doigts et du poignet).

¹³ Les TMS touchent également, mais dans une moindre proportion, des personnes qui ne sont pas actives professionnellement (Roquelaure, Ha, Pelier-Cady, et al., 2008).

du dos entraînent environ 11% des absences professionnelles pour raisons de santé (Läubli & Müller, 2009, p. 29). Ils sont également une cause fréquente d'invalidité. Selon les statistiques officielles de l'AI suisse, 18% des nouvelles rentes octroyées en 2008 étaient dues à des « maladies des os et des organes locomoteurs » (Office fédéral des assurances sociales, 2009, p. 29). Il s'agit ainsi de la deuxième cause d'invalidité en importance, derrière les affections psychiques qui représentent 43% des nouvelles rentes.

1.3 Des maladies controversées

Dans plusieurs pays, les TMS sont à l'agenda des organismes de prévention et d'indemnisation des risques professionnels. Aux Etats-Unis, le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) publiait en 1997 déjà une imposante revue de la littérature analysant les liens entre certaines expositions professionnelles, comme les postures, l'usage de la force et les mouvements répétitifs, et certaines pathologies comme l'épicondylite, le syndrome du canal carpien, etc. (Bernard, et al., 1997). Selon ce rapport, malgré certains résultats contradictoires, le rôle de plusieurs expositions professionnelles était suffisamment étayé par la littérature pour qu'elles soient considérées comme des facteurs étiologiques des TMS. Au niveau de l'Union européenne également, un consensus s'est dessiné sur le rôle important joué par les facteurs professionnels (Buckle & Devereux, 1999), ce qui s'est traduit par l'accroissement des cas reconnus au titre de maladies professionnelles dans les Etats membres (Eurogip, 2006) et par des campagnes de prévention pour tenter d'endiguer le phénomène. On peut citer à titre d'exemple la campagne « Allégez la charge » de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail en 2007, ou les campagnes contre les TMS lancées en 2008 et 2009 en France (Ha & Roquelaure, 2010). Malgré cette thématisation accrue des TMS comme problèmes dus au travail, le nombre de TMS déclarés et reconnus comme maladies professionnelles reste limité par rapport à leur fréquence dans la population active (Eurogip, 2006), l'identification des facteurs professionnels ne se traduit que peu en normes contraignantes pour les entreprises et les mesures de prévention restent souvent axées sur des adaptations individuelles des modes opératoires (par exemple, les formations gestes et postures, [Daniellou, et al., 2008]) plutôt que sur des transformations structurelles des conditions de travail.

Qu'en est-il en Suisse ? Comme le souligne une récente étude sociologique (Ferreira, Lanza, Despland, & Frauenfelder, 2010), les TMS y font également l'objet d'une attention croissante, avec quelques années de retard sur des pays comme les Etats-Unis, le Canada ou la France. A titre indicatif, on peut citer l'écho considérable suscité par le rapport « Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques », publié en 2001 par les inspections du travail romandes et tessinoise (Conne-Perréard, Glardon, Parrat, & Usel, 2001), le lancement en 2003 d'un programme de recherche du Fonds national de la recherche scientifique sur le thème « Santé musculo-squelettique – douleurs chroniques » (PNR 53)¹⁴, un récent rapport commandé par le SECO sur les conséquences économiques des TMS (Läubli & Müller, 2009) et enfin une campagne d'inspection lancée en 2009 par le SECO, les inspections du travail cantonales et la Suva¹⁵. Or, je soutiendrai que le consensus qui est en train de se dessiner au sujet de l'importance du « problème TMS » masque en fait plusieurs lignes de tensions.

Je commencerai par la question centrale qui m'occupera dans ce travail, à savoir la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles. Tout d'abord, il faut noter que le rôle exact des expositions professionnelles reste débattu dans la littérature scientifique (par exemple, Da Costa & Vieira, 2010; Palmer, Harris, & Coggon, 2007; Laura Punnett & Wegman, 2004; van Rijn, Huisstede, Koes, & Burdorf, 2010), ce qui a des conséquences à la fois sur la légitimité des initiatives visant leur prévention au travail ainsi que sur leur prise en charge en tant que maladies professionnelles par les assurances-accidents. Cette dernière ne dépend toutefois pas uniquement des connaissances produites par les recherches scientifiques, mais implique des choix politiques sur les conditions auxquelles certaines atteintes à la santé sont reconnues socialement comme découlant des conditions de travail. En Suisse, la reconnaissance comme maladie professionnelle implique des prestations avantageuses pour les assurés et une prise en charge des coûts par les assurances-accidents, dont les primes sont

¹⁴ site internet : <http://www.nfp53.ch>

¹⁵ Communiqué de presse du 9 septembre 2009, « Les problèmes de dos coûtent plusieurs milliards de francs par an à l'économie – le SECO, les cantons et la SUVA prennent des mesures », consulté le 8 janvier 2012 sur <http://www.seco.admin.ch>.

financées par les employeurs. Elle n'a formellement pas d'effet direct sur les obligations des employeurs en termes de protection de la santé des travailleurs¹⁶, puisque celle-ci est garantie par deux cadres légaux assortis de dispositifs de contrôle, la *Loi sur l'assurance-accidents* (LAA) concernant la prévention des accidents et maladies professionnels et la *Loi sur le travail* (LTr) concernant plus largement la protection de la santé. Je suggérerai cependant dans la suite de ce travail que la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles pourrait jouer un rôle indirect dans leur prévention. Pour en revenir aux controverses, l'attention publique portée aux TMS contraste avec le faible nombre de cas reconnus comme maladies professionnelles en Suisse. Cette situation est régulièrement critiquée par les syndicats (Rosende, 2004) et partis de gauche¹⁷, mais aussi par certains acteurs institutionnels de la santé au travail (Conne-Perréard, et al., 2001; Moussadek, 2007) qui demandent tantôt un élargissement des critères de reconnaissance et tantôt une refonte plus globale du système de prise en charge des atteintes à la santé dues au travail. Pour les tenants du statu quo en revanche (par exemple, Bundesamt für Gesundheit, 2006; Suva, 2004), la notion de « maladies associées au travail » suffit à qualifier les TMS et l'élargissement des conditions de reconnaissance n'est pas souhaitable.

Avec l'attention croissante portée aux TMS, on assiste à l'émergence d'un deuxième champ de tensions, qui concerne la prévention en entreprise. Tout d'abord, on peut relever des divergences sur les préoccupations qui sont à l'origine de la prévention. Alors que les acteurs traditionnels du domaine de la santé au travail abordent surtout les TMS comme des problèmes de santé des travailleurs et plus largement de santé publique (voir les entretiens réalisés par Ferreira, et al., 2010), on assiste actuellement à l'émergence de discours qui thématisent principalement leurs coûts économiques. Dans

¹⁶ Les choix politiques ne déterminent pas seulement les critères de reconnaissance, mais aussi la conception même de ce qu'est une maladie professionnelle, les catégories de travailleurs concernés, les droits qui sont ouverts par une reconnaissance, la manière dont cette reconnaissance s'inscrit dans le système d'assurances sociales et dont elle s'articule avec des visées de connaissance sur les atteintes professionnelles et de protection de la santé au travail (voir notamment Thébaud-Mony, 1991).

¹⁷ Par exemple, interpellation au Parlement le 5 mai 2005 sur les « coûts des maladies professionnelles à charge de la LAMal » (objet : 05.3555)

cette optique, les TMS poseraient problème parce qu'ils sont sources d'absences au travail et d'invalidité, entravent la productivité des heures travaillées et compromettent le maintien des salariés sur le marché du travail, notamment dans une perspective d'élévation de l'âge de la retraite. Les auteurs d'un rapport publié par le think-tank *Work Foundation* et intitulé « les troubles musculo-squelettiques et le marché suisse du travail » relèvent ainsi que « la santé et le bien-être des actifs constituent, avec les aptitudes, la formation et les qualifications, un des facteurs les plus importants pour la productivité du travail » (Quadrello, Bevan, & McGee, 2009, p. 9). L'urgence d'agir sur les TMS serait par conséquent que « lorsque la reprise économique surviendra [...] l'économie suisse ne pourra pas se permettre pour son redressement d'être entravée par un manque de travailleurs qualifiés, motivés et en bonne santé » (p. 10). Pour les auteurs du rapport, il s'agit dès lors de trouver les moyens de limiter l'impact des TMS sur la rentabilité des entreprises et sur le plein-emploi, ainsi que de réduire les coûts supportés par les assurances sociales (et leurs effets sur le prix de la main-d'œuvre). Une telle perspective utilitaire n'est pas sans conséquences sur la définition de priorités pour l'action. L'engouement actuel de l'AI et des assurances-accidents pour des interventions visant le retour au travail plutôt qu'une prévention primaire basée sur la transformation des conditions de travail est par exemple congruent avec cette problématisation économique des TMS¹⁸.

Plus fondamentalement, on ne peut que constater l'absence de consensus sur ce qui constituerait des mesures de prévention adéquates des TMS. Parmi les polarités à l'œuvre, je citerai par exemple la différence classique en ergonomie entre une prévention ciblée sur l'individu – exercices physiques, formations gestes et postures, gestion du stress, etc. – ou sur l'organisation – interventions sur les équipements, marges de manœuvre, conditions de collaboration entre collègues, etc. (Daniellou, 1996). D'autres polarités concernent l'expertise et le rôle reconnu aux travailleurs et

¹⁸ Une question importante posée par l'approche en termes de coûts est par ailleurs celle des inégalités sociales qui risquent d'être ainsi accentuées. En effet, préserver la santé du personnel est un investissement d'autant plus intéressant pour les entreprises qu'elles emploient des travailleurs qualifiés, dont les compétences ne sont pas considérées comme interchangeable. Les travailleurs peu qualifiés risquent d'être les perdants d'une stratégie fondée sur la rentabilité de la prévention.

aux « spécialistes » de la prévention (ergonomes, ingénieurs, psychologues, etc.) (Clot, 2008; Dwyer, 1991) ou encore la nécessité de mesures impératives et de réglementations étatiques, par contraste avec une vision libérale déléguant l'initiative de la prévention aux entreprises (Vogel, 1997).

Un troisième champ de tensions concerne les troubles difficilement objectivables et les douleurs chroniques, qui posent non seulement des problèmes d'ordre thérapeutique (Allaz, 2003), mais font aussi l'objet de controverses politiques concernant leur prise en charge par l'AI (Ferreira, 2007). Ce sont surtout les TMS diffus, caractérisés par des douleurs sans lésion sous-jacente, ou ceux qui ne guérissent pas selon le schéma escompté, qui sont controversés de ce point de vue. Les débats portent alors sur l'objectivité des troubles et des handicaps, dans le contexte de discours politiques récurrents sur les « abus » aux assurances sociales, reposant sur le soupçon que nombre de demandeurs de prestations AI ne seraient pas réellement malades, mais chercheraient à échapper à leur devoir moral de participer au monde du travail (Ferreira & Frauenfelder, 2007).

Sans être toujours explicites, ces lignes de tension traversent les discours sur les TMS qui se tiennent dans divers contextes : débats politiques, médias¹⁹ et presse spécialisée (médicale, syndicale, politique, etc.), congrès et cours pour les professionnels de la santé, publications des spécialistes de la santé au travail (inspections du travail, cabinets privés d'ergonomes, etc.) et des assurances sociales, informations d'associations d'aide aux patients (par exemple, la Ligue contre le rhumatisme), forums internet destinés aux patients, etc. Par les médias, par leurs interactions avec des professionnels ou des échanges informels, les personnes atteintes de TMS sont donc susceptibles de rencontrer diverses définitions et explications de leurs troubles, mais aussi des perspectives contradictoires – et qui n'ont pas toutes la même légitimité – sur leur reconnaissance comme maladies professionnelles, leur prévention ou leur objectivité.

¹⁹ On notera que les personnes vivant en Suisse romande ont accès à des médias français et donc à des informations provenant d'un contexte où les TMS sont plus souvent reconnus comme maladies professionnelles.

2 Articuler controverses sociales et sens personnel : l'apport des perspectives interactionniste et socio-culturelle

Ce chapitre présentera les perspectives théoriques qui orienteront ma manière d'aborder les conséquences des controverses sur les TMS pour les personnes atteintes. Mon objectif est de trouver des outils théoriques permettant de penser l'articulation entre définitions sociales et sens personnel de la maladie. Autrement dit, il s'agit avant tout d'essayer de comprendre comment des personnes donnent sens à leur maladie et agissent pratiquement en fonction des définitions et catégorisations sociales de cette maladie, sans perdre de vue que ces définitions et catégorisations ne sont ni naturelles ni évidentes, mais résultent de processus sociaux de différents niveaux (interactions entre individus et entre groupes, institutions, normes et valeurs), qui ont une composante idéologique (ils contribuent à reproduire l'ordre social en le légitimant) et peuvent être conflictuels lorsqu'ils cristallisent des intérêts divergents. De nombreux thèmes se prêteraient à une telle analyse. La maladie est toutefois un objet de pensée et de discours tout à fait particulier pour les personnes qui la subissent du fait des bouleversements qu'elle provoque et des réaménagements qu'elle nécessite. C'est pourquoi je commencerai par décrire cette expérience en m'interrogeant également sur les spécificités des maladies controversées. Je présenterai ensuite les deux perspectives théoriques – interactionniste et socio-culturelle – qui guideront mes questions, démarches et analyses.

2.1 L'expérience de la maladie

2.1.1 La maladie comme bouleversement biographique

Dans un article devenu un classique, Bury (1982, pp. 169-170) décrit la maladie chronique comme un « bouleversement biographique » (*biographical disruption*) qui

comporte plusieurs dimensions²⁰. Tout d'abord, elle implique le bouleversement de ses présupposés et conduites habituelles. La personne prend conscience de changements corporels ou psychiques qu'il s'agit d'interpréter et qui peuvent l'inciter à chercher de l'aide. Ensuite, la maladie entraîne des bouleversements plus profonds, qui touchent ses systèmes explicatifs, notamment le sens que la personne donne à sa vie et son identité. Ces bouleversements nécessitent de repenser sa biographie et son image de soi. Enfin, la personne mobilise diverses ressources matérielles, relationnelles et cognitives pour faire face aux changements.

La recherche rapportée par Bury s'inscrit dans un vaste ensemble de travaux sociologiques et psychologiques qui investiguent l'expérience de la maladie à partir des récits des patients et qui contrastent avec la perspective cognitiviste dominante en psychologie de la santé sur plusieurs points (pour une présentation de ces différences, voir notamment Lyons & Chamberlain, 2006). J'en soulignerai trois qui sont particulièrement pertinentes pour une recherche portant sur les causes controversées des TMS.

Tout d'abord, les approches narratives mettent en évidence ce que Bury (2001, p. 274) appelle les dimensions morales des explications de la maladie, c'est-à-dire le fait qu'elles décrivent et évaluent les rapports entre l'individu et le monde social. Ainsi, en étudiant les récits de patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, Williams (1984) montre que les croyances sur l'origine de la maladie font partie d'un processus interprétatif plus large, d'une « reconstruction narrative », qui ne se limite pas à énoncer des causes et des effets, mais lie la maladie à des événements de vie et des contextes sociaux. Les récits ont une dimension morale au travers de l'attribution de responsabilités pour la survenue de la maladie (par exemple le travail et les conditions de vie, sa propre attitude, la volonté de Dieu, etc.) ou de la référence à des valeurs,

²⁰ Williams (2000, cité par Lyons & Chamberlain, 2006, pp.316-317) nuance cette notion de « bouleversement biographique ». La maladie n'est pas toujours vécue comme un bouleversement, mais parfois au contraire, notamment chez des personnes âgées ou de condition modeste, comme un événement normal, attendu de la vie. Par ailleurs, ce n'est pas toujours la maladie qui provoque un bouleversement, mais parfois des ruptures (professionnelles, familiales) qui sont considérées comme les causes de la maladie.

comme le fait de ne pas être une charge pour autrui, de ne pas se laisser aller ou de se montrer actif face à la maladie (Bury, 2001). Cette perspective tranche avec les recherches qui ne prennent en compte que les dimensions cognitives des représentations de la maladie, par exemple le modèle classique de Leventhal (Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)²¹, et qui négligent la manière dont les explications s'inscrivent dans le rapport à autrui et donnent cohérence à une histoire de vie.

Les approches narratives mettent ensuite l'accent sur les ressources culturelles et interactionnelles mises en œuvre pour faire face aux bouleversements induits par la maladie, plutôt que de prendre en compte des stratégies individuelles de coping, dont on reconnaît éventuellement qu'elles sont influencées par des facteurs sociaux²² (voir par exemple, Bruchon-Schweitzer, 2002). Les récits (le fait que nous racontions et re-racontions ce qui nous arrive dans différents contextes de la vie quotidienne) sont vus comme des ressources culturelles et interactionnelles grâce auxquelles les personnes surmontent les bouleversements biographiques (Hyden, 1997; Lyons & Chamberlain, 2006, p. 306 et suivantes). En effet, le récit est par sa forme un outil culturel permettant d'organiser les expériences au travers de la mise en intrigue et du recours à des genres (tragique, épique, comique, etc.) (Bruner, 2002). Les personnes peuvent puiser dans des modèles culturels pour mettre en récit leur maladie, notamment des récits de restitution (dans laquelle l'histoire finit par un retour à la normale), des récits de chaos (qui soulignent la perte, la vulnérabilité et l'impuissance et se caractérisent par l'absence d'ordre narratif) ou des récits de quête (qui présentent la maladie comme une opportunité de changement et l'auteur du récit comme acteur de son histoire) (Frank, 1995). Par ailleurs, les contenus des descriptions et des explications qui apparaissent dans ces récits ne découlent pas uniquement de perceptions individuelles, mais

²¹ Les patients créeraient des représentations de leur maladie autour de cinq thèmes : identité (manière de désigner la maladie, symptômes), cause (idées concernant l'étiologie), durée probable, conséquences (effets attendus de la maladie), guérison ou contrôle possibles.

²² Cela correspond à ce que Grossen (2001) qualifie, de manière critique, de vision factorielle du contexte social. Cette vision présuppose que le contexte social est un ensemble de variables discrètes qui influencent les productions des individus et qu'on pourrait donc isoler les unes des autres.

mobilisent et retravaillent des discours socialement disponibles, par exemple les propos des médecins (Bury, 2001), des manuels proposant des conseils pour faire face à la maladie (Barker, 2002), etc.

Enfin, les approches narratives tiennent compte des activités au sein desquels les explications de la maladie sont mobilisées, plutôt que de considérer qu'elles sont des cognitions stables au travers des contextes. Selon Hyden (1997, p. 55), les récits de la maladie remplissent diverses fonctions, parmi lesquelles : donner une cohérence aux événements et une forme à la maladie ; restaurer la continuité de son histoire de sa vie ; tester et confronter diverses explications possibles pour comprendre sa maladie ; produire des effets dans l'interaction sociale, notamment pour construire une identité positive. Les explications qui apparaissent dans les récits ne sont donc pas le reflet de représentations cognitives qui n'attendraient que de se dire, mais remplissent des fonctions liées à des activités psychiques et interactives.

Les approches narratives suggèrent donc que la construction de représentations au sujet de la maladie est l'un des biais importants par lesquels les patients font face aux bouleversements qu'elle provoque²³. C'est pourquoi je prêterai une attention particulière à la façon dont des personnes atteintes de TMS « donnent sens » à leurs troubles et plus spécifiquement aux explications qu'elles produisent sur les causes de leur maladie. Plutôt que d'adopter une approche cognitive qui se focaliserait sur les attributions étiologiques (Lau, et al., 1989; Leventhal, et al., 1980), je considérerai cette question des causes au sens large, en prenant également en compte, par exemple, les raisons (relationnelles, existentielles, etc.) que les personnes invoquent pour la survenue de

²³ Dans un tout autre domaine, Zittoun (2006, p. 15) montre que la construction de significations (« meaning-making »), qui repose sur des médiations sémiotiques, est l'un des processus fondamentaux des transitions vécues par les jeunes. Du point de vue terminologique, je suivrai les auteurs des domaines de la psychologie du développement et des sciences de l'éducation (par exemple, Rochex, 1998; Zittoun, Muller Mirza, & Perret-Clermont, 2006) qui reprennent une distinction établie par Leont'ev (1984) entre significations sociales (ou partagées) et sens personnel. Je privilégierai ainsi le terme « sens » pour désigner la manière dont une personne, pour décrire et expliquer sa maladie, agence et travaille de manière singulière des significations sociales.

leurs troubles ou la manière dont elles les relient à d'autres aspects de leur histoire de vie.

2.1.2 Les maladies controversées : particularité des bouleversements biographiques et des réponses apportées

Qu'en est-il des bouleversements biographiques et de la manière d'y faire face lorsque les maladies sont controversées ? Comment les personnes donnent-elles un sens à leur expérience alors qu'il n'y a pas de consensus social sur la nature de leur maladie ? La littérature met en évidence cinq problèmes majeurs qui, bien que susceptibles d'intervenir dans toute maladie, sont accentués dans le cas des maladies controversées.

L'incertitude entourant le diagnostic, les traitements et le pronostic

L'absence de diagnostic ou son caractère contesté peuvent accroître les incertitudes sur les traitements appropriés, sur leur efficacité et sur le pronostic qui caractérisent toute maladie chronique (Pierret, 2003). Cela peut conduire les médecins et les patients à rechercher auprès de divers spécialistes une explication de leurs troubles et tenter diverses thérapies, qui n'ont pas toujours l'effet escompté et dégradent parfois l'état de santé (Bülow, 2008; Reid, Ewan, & Lowy, 1991). Une étude auprès de patients souffrant de TMS non spécifiques nuance toutefois l'importance du diagnostic pour les patients, en montrant que l'essentiel pour eux est surtout de voir leurs symptômes pris au sérieux par le corps médical et d'avoir accès à des traitements contre les douleurs (Calnan, Wainwright, O'Neil, Winterbottom, & Watkins, 2006).

La quête de crédibilité et de légitimité

La reconnaissance d'un statut de malade permet en principe d'éviter la stigmatisation qui accompagnerait le fait de ne plus accomplir ses activités professionnelles et quotidiennes. Or, les personnes qui souffrent de maladies contestées, ou de maladies aux symptômes invisibles, peinent souvent à être reconnues comme malades par les professionnels de la santé ou par leur entourage familial, amical et professionnel (Glenton, 2003). Elles encourent ainsi « a double accusation of attempting to avoid responsibilities and receive payment for it » (Richardson, 2005, p. 36). Cette stigmatisation réelle ou potentielle entraîne des sentiments de honte et de culpabilité et constitue une menace pour l'identité. Par conséquent, les personnes effectuent un travail

pour garder une image positive aux yeux d'autrui, par exemple en se montrant actives face à leur maladie, en s'appuyant sur le fait que les symptômes ont été reconnus par d'autres pour légitimer leur maladie (Bülow, 2008). Elles se trouvent en outre dans un dilemme, puisqu'elles doivent exprimer leurs douleurs afin d'être prises au sérieux, mais risquent lorsqu'elles le font de passer pour des personnes qui se plaignent sans cesse, ce qui peut être interprété comme une faiblesse de caractère (Richardson, 2005). Pour résoudre ce dilemme, elles recourent parfois à des récits extraordinaires, mettant en scène par exemple le stoïcisme avec lequel elles accomplissent leurs tâches professionnelles et domestiques malgré la douleur. Ces récits, qui sont parfois vus (notamment par les médecins et les assurances) comme une dramatisation des symptômes reposant sur une problématique psychiatrique, voire une simulation, peuvent au contraire constituer une tentative de légitimer les douleurs et de maintenir une identité positive.

Les explications psychologiques

De nombreux auteurs notent que cette quête de légitimité induit parfois un rejet des explications psychologiques de la maladie que les patients perçoivent comme une disqualification de leurs plaintes, voire une manière de sous-entendre qu'elles simuleraient la maladie (Banks & Prior, 2001; Barker, 2002; Glenton, 2003; Nettleton, 2006; Reid, et al., 1991; Richardson, 2005; A. Werner & Malterud, 2003). Ce refus des explications psychologiques est lié au fait que, dans le contexte de la médecine occidentale, elles constituent souvent une explication par défaut, qui n'est invoquée que lorsqu'aucune pathologie physique n'a pu être objectivée et porte donc en elle le doute sur la réalité des troubles. En outre, les explications psychologiques ont une connotation morale, sous-entendant une responsabilité du patient envers sa maladie (Nettleton, 2006, p. 1173). Plusieurs auteurs notent que ce sont parfois les patients qui sont demandeurs d'une explication biomédicale classique de leurs problèmes, par exemple des TMS, du syndrome de fatigue chronique ou de la fibromyalgie, alors que les médecins proposent ce qu'ils estiment être une approche plus respectueuse du patient comme sujet, par exemple en adoptant un modèle bio-psycho-social qui intègre les

processus physiologiques, la manière de réagir aux événements et l'environnement de la personne (Banks & Prior, 2001; Fouquet, 2011; Richardson, 2005)²⁴.

Les malentendus et conflits avec le corps médical

L'absence de signes objectifs de la maladie ou les doutes sur leur interprétation posent de manière accrue la question de la confiance dans les relations entre patients et médecins (Glenton, 2003). Les consultations peuvent tourner au malentendu, voire à l'affrontement, lorsque médecins et patients ont des conceptions différentes sur la nature de la maladie, son étiologie et les traitements appropriés, comme le montre une analyse des interactions entre des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique et leurs médecins (Banks & Prior, 2001). Dans une recherche menée en Australie au cours des années 1980, des travailleuses souffrant de *repetitive strain injury* rapportent que les médecins interprètent souvent leurs plaintes comme l'expression de névroses ou d'une simulation (Reid, et al., 1991). Ce déni de leur expérience pousse certaines patientes à entreprendre un « pèlerinage de la douleur » (« pilgrimage of pain »), en quête d'un médecin qui confirmerait la réalité de leurs troubles et leur proposerait un traitement efficace. Les expériences de déni et de stigmatisation contribueraient ainsi à les enfermer dans un rôle de malade plutôt que de favoriser leur guérison.

Les démarches auprès des assurances sociales

La maladie, surtout lorsqu'elle entraîne une incapacité de travail durable, nécessite d'entreprendre des démarches auprès des assurances sociales. Celles-ci requièrent un travail administratif d'autant plus difficile à accomplir que les personnes sont peu familières du système, qu'elles maîtrisent mal l'écrit ou la langue (Gravel, 2006; Lippel, Lefebvre, Schmidt, & Caron, 2005; Roberts-Yates, 2003). Par ailleurs, toute demande de prestation fait courir le risque d'une contestation, entraînant la nécessité de faire les preuves de sa maladie et de sa volonté de la surmonter. Or, dans le cas des maladies controversées, ces preuves sont particulièrement difficiles à produire. Plusieurs

²⁴ Cette demande des patients semble paradoxale si l'on songe aux discours critiquant la médicalisation de problèmes sociaux (Conrad & Stults, 2008). Toutefois, on peut la comprendre, comme le note Fouquet (2011), si l'on tient compte de la légitimité du modèle biomédical à la fois en médecine et dans la culture populaire.

recherches mettent en évidence les potentielles conséquences négatives des interactions avec les assurances sociales dans ce contexte. Le refus de prestations n'a pas seulement des effets matériels, mais constitue aussi une atteinte à l'identité, la personne se voyant implicitement ou explicitement accusée de fraude (Beardwood, Kirsh, & Clark, 2005). En outre, les procédures compliquées et contestées provoquent une inquiétude face à l'avenir, des sentiments de perte de contrôle et d'impuissance. La procédure même peut ainsi avoir des conséquences défavorables sur la santé et contribuer au maintien d'une incapacité de travail (Lippel, 2007; Lippel, et al., 2005; Roberts-Yates, 2003).

En résumé, ces recherches montrent donc que le fait de souffrir d'une maladie controversée pose des problèmes accrus sur plusieurs plans : incertitude liée à l'évolution de la maladie et aux mesures à prendre, interactions délicates avec les médecins et les assurances, quête d'une crédibilité et maintien d'une image favorable aux yeux d'autrui, etc. Elles montrent a contrario l'utilité de disposer de représentations partagées de la maladie et de discours explicatifs communs pour pouvoir donner un sens à son expérience et ainsi orienter ses actions. Les études que j'ai pu recenser présentent toutefois des limites par rapport aux objectifs de mon travail. En effet, la plupart d'entre elles portent sur les douleurs inexplicables médicalement, les troubles sans diagnostic objectivable ou les diagnostics contestés, alors que rares sont celles qui abordent les controverses sur les causes des maladies et notamment sur la prise en compte des facteurs professionnels. Par ailleurs, si les études rendent bien compte du déni de l'expérience des patients, les pistes esquissées vont souvent en direction d'une prise en charge considérée comme plus juste et adéquate de la part des institutions et spécialistes. Plus rares sont les auteurs qui envisagent comment des activités collectives pourraient altérer la légitimité des sources de connaissances et conférer de nouvelles significations à ces maladies.

2.2 Une perspective interactionniste

Ce n'est pas uniquement la réalité physique des phénomènes qui détermine ce que nous considérons comme des maladies, ce que nous reconnaissons comme leurs symptômes ou leurs causes. En effet, notre vision de ces phénomènes, notre manière de découper la réalité, de la catégoriser, de l'interpréter est culturelle et sociale. Pour décrire ces

processus de catégorisation, leurs enjeux et leurs effets, on parle de manière générale de « construction sociale ». Je décrirai brièvement l'intérêt de cette notion, sans toutefois entrer dans les débats qu'elle suscite, avant d'exposer la manière spécifique dont le courant de l'interactionnisme symbolique aborde les processus de construction sociale.

2.2.1 Les catégorisations et explications des maladies comme constructions sociales

Les recherches qui utilisent la notion de construction sociale ont en général une visée critique. Leur objectif est de remettre en question la représentation d'un monde social naturel, évident et inévitable. Comme le souligne Hacking (2001, p. 28), il n'y aurait que peu d'intérêt à parler de construction sociale au sujet de phénomènes que tout le monde considère comme étant des produits humains. Pour reprendre un exemple donné par cet auteur, parler de « construction sociale de la femme réfugiée » semble à première vue étrange, car personne ne remet en question le fait que l'exil des femmes réfugiées est un phénomène provoqué par des actions humaines. En revanche, les contours et significations de la catégorie de « réfugié » sont souvent considérés comme allant de soi alors même qu'ils sont le fruit d'une catégorisation contingente. L'utilisation d'une catégorie comme celle de « femme réfugiée » repose ainsi sur des présupposés implicites, à commencer par le fait qu'il y aurait un dénominateur commun entre les femmes réfugiées. La notion de construction sociale est donc utilisée pour montrer que la façon d'appréhender et de catégoriser le monde n'est pas inéluctable, mais dépend des contextes sociaux et historiques, des forces sociales et des rapports de pouvoir en jeu. Ces catégorisations sont l'objet de luttes sociales, parce que le recours à l'une ou l'autre catégorisation ou vision de la réalité contribue à perpétuer l'ordre social ou au contraire à le transformer. Les analystes qui procèdent à une déconstruction des catégories dominantes participent d'ailleurs eux-mêmes aux changements en dévoilant le caractère non nécessaire des discours dominants et en favorisant l'émergence de discours alternatifs (Lupton, 2000).

Discutant divers usages de la notion de construction sociale, Lorient estime que l'un des principaux intérêts de cette notion est de pouvoir saisir comment des catégories, c'est-à-dire des éléments de l'ordre du discours et de la connaissance, contribuent à forger une réalité sociale concrète (Lorient, 2004, p. 3). Dans cette optique, ce qui est construit, ce

ne sont pas seulement des catégories du discours ou de la pensée sociale, mais aussi des pratiques sociales et des institutions, qui à leur tour contribuent à reproduire ou faire évoluer les catégories. Pour développer un exemple mentionné par Loriol, l'étude classique d'Ewald (1986) sur la naissance de l'Etat-providence montre que l'émergence, à la fin du XIX^e siècle de la notion de risque professionnel pour qualifier l'accident du travail est indissociable du développement de techniques statistiques permettant de calculer la probabilité de ce risque. Cette nouvelle façon de penser l'accident comme un risque, qui évacue les notions de causes et de responsabilité, favorise un changement au niveau des institutions, c'est-à-dire le passage du régime de responsabilité civile à celui de l'assurance-accidents. On peut ajouter que le système assurantiel définit à travers la loi, les pratiques de reconnaissance et les outils statistiques, les catégories d'accident et de maladie professionnels. Il contribue ainsi à déterminer ce qui est pensé socialement comme des atteintes à la santé dues au travail et ce qui reste largement invisible, par exemple l'usure au travail ou les atteintes d'ordre psychique (Tabin, Probst, & Waardenburg, 2010). Cet exemple souligne qu'il existe une relation dialectique entre les transformations de la réalité sociale matérielle et pratique, notamment des institutions, et celles des catégories utilisées pour penser le monde.

2.2.2 La perspective de l'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique propose une perspective particulière sur les phénomènes de construction sociale (qui ne sont d'ailleurs pas forcément désignés sous ce terme) par la manière dont il articule le rôle des structures sociales et celle des acteurs sociaux. Ce courant s'est développé en réaction au fonctionnalisme qui dominait la sociologie américaine dans les années 1950 et 1960 et à la vision homogène de la société portée par ce dernier, en s'inspirant notamment des philosophes pragmatiques américains et des recherches sociologiques développées par la première Ecole de Chicago²⁵ (Le

²⁵ L'expression *interactionnisme symbolique* apparaît pour la première fois sous la plume d'Herbert Blumer en 1937 (Le Breton, 2004, p. 45). Ce terme s'impose par la suite peu à peu pour désigner une mouvance qui, sans former une école de pensée rigide, partage certains principes, notamment l'ancrage dans des enquêtes de terrain – en particulier fondées sur des méthodes qualitatives – la prise en compte

Breton, 2004). De façon fondamentale, l'interactionnisme symbolique considère que les êtres humains façonnent le monde social, ce qui ne signifie pas qu'il nie les contraintes structurelles. Dans cette optique, l'ordre social n'est pas seulement produit par des règles et règlements, mais aussi par la façon dont les personnes les maintiennent, les manipulent, les enfreignent, etc. (Strauss, 1992c, p. 14). Ce courant met en particulier l'accent sur le fait que des phénomènes comme la déviance ou la maladie sont des rôles sociaux appris, produits par les interactions entre des personnes désignées comme malades ou déviantes et des groupes sociaux et institutions (Le Breton, 2004).

Pour illustrer cette perspective, je me baserai sur un exemple concret de recherche, celle menée dans les années 1960 par Scott (1969) sur la « fabrication des aveugles » (« *The making of blind men* »). Tout d'abord, cette étude montre que le statut d'aveugle, c'est-à-dire le fait d'être reconnu comme tel par les autres, ne découle pas tant de la condition physiologique des personnes que des dispositifs de reconnaissance légale, des pratiques des organisations prenant en charge les aveugles. Ainsi, dans les États-Unis des années 1960, la plupart des personnes qui entrent dans les « programmes pour les aveugles » sont en fait capables de voir (Scott, 1969, chap. 3). On peut dès lors se demander comment une personne « devient » aveugle, handicapée ou malade. Des décisions institutionnelles ou des étapes successives façonnent les carrières des malades, des élèves souffrant de difficulté d'apprentissage (Mehan, Hertweck, & Meihls, 1986) ou des déviants comme les fumeurs de marijuana (Becker, 1985). Ainsi l'étude menée par Scott souligne que l'examen de la vue est un moment clé dans le recrutement des aveugles, provoquant une redéfinition brutale de leur problème : « Whereas he was

des acteurs sociaux et de leurs capacités d'interprétation, l'intérêt porté à la dimension symbolique du rapport au monde (l'importance des signes et des significations), ainsi qu'aux interactions. En ce qui concerne ce dernier point, la présentation de Le Breton (2004) montre qu'il ne s'agit pas seulement de prendre les interactions concrètes comme objet d'étude (au sens d'une étude des interactions verbales ou non verbales, interactions en classe, patient-soignant, etc.), mais avant tout d'adopter une perspective théorique qui « ne prend pas l'individu comme principe d'analyse, mais raisonne en termes d'actions réciproques, c'est-à-dire d'actions qui se déterminent les unes les autres » (p. 50). Je me permets donc de référer à l'interactionnisme symbolique pour essayer de comprendre comment des personnes orientent leurs actions en fonction de celles d'autrui et contribuent ainsi à créer une réalité sociale, sans pour autant procéder à une analyse des interactions au sens strict.

previously treated as a sighted person who had difficulty seeing, he is now treated as a blind person who has a residual vision.» (Scott, 1969, p. 73). L'entrée dans un programme d'aide pour les aveugles consolide ensuite cette redéfinition en proposant aux nouveaux « aveugles » des techniques et outils (par exemple le braille) développés pour des personnes qui ne voient pas du tout. Une fois acquise, cette étiquette s'auto-entretient par la manière dont les aveugles sont traités pour toutes sortes de problèmes. A titre d'exemple, les demandes de conseil conjugal ou les choix de loisirs seront traitées en fonction de leur handicap, c'est-à-dire le plus souvent en les renvoyant aux services des programmes pour aveugles (pp. 75-76).

La perspective interactionniste révèle également que des attitudes et comportements généralement considérés comme des conséquences naturelles d'un problème de santé ou d'un handicap découlent en réalité de processus de socialisation. Scott indique que les comportements des aveugles sont le résultat de leur socialisation dans plusieurs contextes : dans l'enfance, avec l'apprentissage de croyances et des rôles sociaux que devraient jouer aveugles et voyants, dans les interactions quotidiennes avec les voyants et dans les organisations d'aide aux aveugles (Scott, 1969, chap. 1). Ces dernières jouent un rôle central dans la définition de l'identité des aveugles. En effet, pour pouvoir rester dans ces programmes et avoir accès aux prestations, les aveugles doivent accepter la manière dont les professionnels voient leurs problèmes (Scott, 1969, chap. 5). Toutes les personnes concernées ne se mettent cependant pas à se penser elles-mêmes comme aveugles au sens des programmes pour aveugles et certaines n'acceptent cette définition qu'en apparence, par opportunisme. D'autres encore refusent de jouer le rôle qui leur est assigné et vivent indépendamment des programmes pour aveugles, mais la possibilité de le faire dépend de leurs ressources financières et des réseaux sociaux dans lesquels ils sont insérés.

L'interactionnisme symbolique analyse ainsi la production de la réalité sociale au travers des interactions sociales et des pratiques institutionnelles. Dans une perspective critique, ces études révèlent comment des institutions et des groupes sociaux dominants influencent le devenir de groupes et d'individus qui ont moins de pouvoir. Elles prêtent aussi toujours attention à la manière dont les membres de groupes moins influents acceptent les normes dominantes, s'en écartent (d'où l'intérêt pour les phénomènes

considérés socialement comme déviance), voire subvertissent l'ordre existant (voir par exemple Becker, 1985; Goffman, 1968).

2.2.3 Trajectoires

L'interactionnisme symbolique appréhende les phénomènes sociaux dans une perspective dynamique, s'intéressant aux processus de socialisation par lesquels les individus acquièrent certaines identités sociales. Toutefois, certains concepts classiques comme celui d'étiquetage ou de carrière, mettent l'accent sur la manière dont des institutions et des acteurs institutionnels imposent des parcours et des identités aux personnes (élèves, patients, délinquants, etc.) qu'ils prennent en charge, plutôt que sur le rôle actif de ces dernières, les conflits qui se produisent et leurs diverses issues (Barrett, 1998; Le Breton, 2004). C'est pourquoi je leur préférerais la notion de trajectoire forgée par Strauss et ses collègues à partir de leur observation ethnographique du travail en milieu hospitalier (Strauss, et al., 1997). En appréhendant des situations comme l'hospitalisation ou la fin de vie sous l'angle du travail qu'y déploient les acteurs concernés, Strauss met l'accent sur les tensions, voire les conflits, qui surgissent entre les protagonistes d'une situation, ainsi que sur le rôle actif joué par les patients dans la gestion de leur maladie. Il différencie le *cours de la maladie*, qui désigne l'évolution physiologique de la maladie, de la trajectoire qui a « la vertu de faire référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute *l'organisation du travail* déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (Strauss, 1992b, p. 143). Il s'agit donc de souligner que le déroulement d'une maladie n'est pas déterminé seulement par les phénomènes biologiques, mais résulte du travail de différents acteurs sur cette maladie que Strauss et ses collègues appellent *travail de trajectoire* (Strauss, et al., 1997, p. 38). Ce dernier inclut, selon les cas, différentes sortes de travail, par exemple le travail visant le confort des patients, celui destiné à assurer leur sécurité, le travail avec des équipements techniques, le travail sur les sentiments (etc.), mais aussi le *travail d'articulation*, soit tout le travail de coordination entre les diverses tâches qui « doit être fait pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli » (Strauss, 1992a, p. 191). Les

différentes composantes du travail de trajectoire deviennent particulièrement visibles lors des *points de séquence de trajectoire*, autrement dit tous les moments où des décisions sont prises par les différents acteurs (médecins, infirmières, patient etc.), qui contribuent à transformer le cours ultérieur de la trajectoire (Strauss, et al., 1997, p. 31). Ces décisions peuvent donner lieu à des dilemmes ou des tensions, voire des conflits, entre acteurs, d'autant plus fréquents que les patients souffrent de plusieurs pathologies, que les acteurs se multiplient ou qu'il y a désaccord entre les professionnels sur les priorités de traitement. Au final, la complexité des trajectoires dépend non seulement des évolutions imprévues des maladies, mais aussi des aléas liés à l'organisation du travail hospitalier ou des initiatives prises par les patients eux-mêmes.

Rencontrant un certain succès, la notion de trajectoire a été reprise par plusieurs auteurs pour faire référence à des contextes divers, par exemple pour appréhender la restructuration de la vie quotidienne de personnes ayant subi une attaque (Kirkevold, 2002) ou le processus de stigmatisation affectant les personnes séropositives dans leur vie sociale (Alonzo & Reynolds, 1995). Je l'utiliserai à mon tour pour désigner à la fois l'évolution des TMS de chaque personne, leurs conséquences dans divers domaines (privé, professionnel, relationnel, etc.) et les actions déployées par divers acteurs pour y faire face (par exemple, diagnostic, traitements, déclaration comme maladie professionnelle, etc.). Je considérerai plus précisément ces actions comme un *travail de trajectoire*, qui contribue non seulement à orienter le cours de la maladie, à influencer ses conséquences, mais aussi à produire des catégorisations des troubles. Dans ce contexte, j'utiliserai les termes *point de trajectoire*²⁶ pour désigner des moments cruciaux, où les décisions qui sont prises influencent la suite de la trajectoire.

2.2.4 Maladie et identité

Les recherches inspirées par l'interactionnisme symbolique montrent que la manière dont une maladie est construite socialement a des implications fondamentales tant pour la trajectoire des personnes, que pour leur socialisation et leur identité. Si elle s'intéresse au fait que la personne étiquetée s'approprie les catégorisations dont elle est

²⁶ Raccourci pour désigner les points de séquence de trajectoire de Strauss et al.

l'objet ou les refuse, et aux conséquences de cette manière de se situer, la perspective interactionniste n'investigue toutefois que peu les ressources psychologiques de ces processus. Il me semble qu'elle n'offre pas des concepts assez spécifiques pour appréhender la manière dont le sens personnel de la maladie est lié à des significations culturelles et institutionnelles, et comment ces dernières peuvent éventuellement constituer des ressources pour appréhender les changements occasionnés par la maladie (Zittoun, 2005 ; 2006). Comment, dès lors, aborder non seulement les trajectoires et les processus de construction sociale, mais aussi le travail psychologique par lequel les personnes s'approprient ou refusent les catégories sociales ? Quels sont les liens entre les définitions ou explications sociales d'une maladie et les actions que les personnes déploient pour y faire face, les discours qu'elles élaborent pour l'expliquer, le sens qu'elles donnent à leur expérience et l'image de soi qu'elles construisent ? Pour aborder ces questions, je me tournerai du côté de la psychologie socio-culturelle.

2.3 Une perspective socio-culturelle et dialogique

Ma seconde source d'inspiration théorique est constituée par la psychologie socio-culturelle (Wertsch, 1991, 1998, 2002), aussi appelée culturelle (Bruner, 1996; Cole, 1996) ou historico-culturelle (Clot, 1999a, 1999b). Il s'agit d'une mouvance, plus que d'un courant structuré, de recherches qui s'inspirent des travaux de Lev Vygotski, mais aussi à des degrés divers de la théorie de l'activité d'Alexis Leont'ev (par exemple, Clot, 1999b, 2008; Engeström, 2005; Engeström, Miettinen, & Punamaki, 1999) et de la perspective dialogique de Mikhaïl Bakhtine (par exemple, Clot, 1999b, 2008; Wertsch, 1991, 2002). Certains auteurs se reconnaissent également dans les travaux des pragmatistes américains comme George Herbert Mead, qui ont également inspiré la perspective de l'interactionnisme symbolique. D'autres, comme Jerome Bruner (1991, 2002), insistent sur le rôle fondamental d'outils culturels comme les récits pour donner sens au monde, à ce qui nous arrive et (nous) dire qui nous sommes, offrant des liens avec les approches narratives en psychologie et sociologie de la santé. Dans ce qui suit, je partirai des synthèses proposées par Wertsch (1991, 1998, 2002), tout en les articulant avec la lecture d'autres auteurs, fondateurs du courant ou contemporains.

2.3.1 L'action médiatisée

Selon Wertsch (1991, p. 6), la psychologie socio-culturelle a pour ambition de rendre compte du fait que les phénomènes psychologiques sont inextricablement liés à leurs contextes sociaux, institutionnels, culturels et historiques. Pour éviter un réductionnisme psychologique ou sociologique, il est essentiel, dès le départ, de fonder l'analyse sur des concepts qui n'établissent pas de dichotomie entre l'individu et le social. C'est pourquoi Wertsch (1991, 1998, 2002) propose de considérer l'*action médiatisée* comme unité d'analyse d'une approche socio-culturelle en psychologie. L'action, contrairement au comportement, est une conduite intentionnelle, ce qui situe d'emblée la recherche dans une tradition compréhensive plutôt qu'explicative et mène à s'intéresser au sens que les personnes élaborent au sujet du monde, d'elles-mêmes et de leurs actions. Ainsi, comme le souligne Bruner (1991, p. 31), la psychologie socio-culturelle s'appuie « non seulement sur ce que les gens *font* réellement, mais aussi sur ce qu'ils *disent qu'ils font*, et sur ce qu'ils *disent des raisons qui les ont poussés à faire ce qu'ils ont fait*. Elle doit également rendre compte de ce que les gens disent de ce que les autres font et des raisons qui les y ont poussés. Par-dessus tout, elle doit s'intéresser à ce que les gens disent du monde où ils vivent ».

Le concept d'action *médiatisée* ne désigne pas un type d'action particulier, mais le fait que toute action humaine (qu'il s'agisse d'actes, de discours ou de pensées) recourt à des « moyens médiateurs », en particulier à des outils culturels, c'est-à-dire des moyens fournis par un contexte socio-culturel (Wertsch, 2002, p. 11). Ces outils sont de types technique et sémiotique (constitués de signes qui portent des significations). En particulier, Vygotski (1987, p. 199) montre que les médiations par des systèmes de signes comme le langage, les systèmes de calculs, les schémas et plans, les œuvres d'art (etc.) jouent un rôle fondamental dans le développement des fonctions psychologiques supérieures. Qu'ils soient techniques ou sémiotiques, les outils sont façonnés par des facteurs historiques et institutionnels et ne répondent pas nécessairement à des exigences d'efficacité et de facilité d'usage (Wertsch, 1991, p. 33). Pour comprendre leurs spécificités, il peut donc être utile de revenir sur leur histoire et les forces sociales qui ont contribué à leur création. Les outils imposent des contraintes aux utilisateurs, qui doivent apprendre à les maîtriser (Wertsch, 1998, p. 46). C'est pourquoi l'action

médiatisée implique une tension irréductible entre l'agent et les outils, tension qui est source de transformations de l'action.

Pour éviter de forger l'image d'un agent qui utiliserait de manière solitaire les outils culturels (critique adressée par plusieurs auteurs aux travaux de Wertsch [Engeström, 1999; Saussez, 2008, p. 66]), je soulignerai d'emblée que l'action a toujours une inscription collective, c'est-à-dire qu'elle fait partie d'*activités* collectives. Les actions peuvent être directement réalisées à plusieurs (par exemple, une tâche professionnelle, un entretien de recherche, un examen médical, etc.) ou conduites de manière apparemment individuelle, tout en étant motivées par des objectifs communs, inscrites dans une communauté de pratiques, utilisant des instruments partagés, guidées par des règles et normes collectives et prenant place dans une division des rôles et des tâches (Engeström, 2005). Pour reprendre un cas prototypique, même le travail du conducteur de train, seul en cabine, s'inscrit dans une division du travail avec les aiguilleurs, les programmeurs des lignes (etc.) et est guidé par des règles et modes de faire développés par un collectif de travail, ce que Clot appelle le genre de l'activité²⁷ (1999b).

²⁷ Le terme d'activité recouvre en réalité des concepts assez différents chez Engeström et chez Clot. A la suite de Leont'ev, Engeström (2005) conçoit l'activité comme une dimension collective qui forme le cadre des actions individuelles et les définit. La notion de système d'activité permet de saisir la configuration de différentes composantes de l'activité (sujets, objets, artefacts, règles, communauté et division du travail), configuration qui peut avoir un caractère plus ou moins stable selon la réalité à laquelle ce modèle est appliqué. Par exemple, on peut envisager l'hôpital à un niveau macroscopique comme un système d'activité relativement stable alors que si l'on observe le déroulement du travail d'une équipe précise, les diverses composantes du système (sujets, objets, instruments, etc.) sont en transformation constante. La définition de Clot s'appuie, en l'enrichissant, sur la distinction classique en ergonomie entre tâche (travail prescrit) et activité (travail réel) (Daniellou, 2005; Daniellou, Laville, & Teiger, 1983). Selon Clot, le réel de l'activité ne se réduit toutefois par à l'activité réalisée, mais il est aussi constitué (entre autres) de « ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs » (2008, p. 89). C'est pourquoi l'activité est pour Clot « une épreuve subjective où l'on se mesure à soi-même et aux autres pour avoir une chance de parvenir à réaliser ce qui est à faire. Les activités suspendues, contrariées ou empêchées, voire les contre-activités, doivent être admises dans l'analyse. » (ibid.).

2.3.2 Les discours sociaux comme outils sémiotiques

Je considérerai plus particulièrement un type d'outils sémiotiques que les personnes peuvent utiliser pour catégoriser leur expérience comme maladie, lui attribuer des causes et en rendre compte à autrui : il s'agit des définitions et explications des TMS qui circulent dans la sphère sociale, ce que je désignerai désormais pour faire bref comme des discours sociaux²⁸, et que les personnes rencontrent à travers les discours concrets d'autres personnes, d'institutions ou de productions culturelles. Ces discours sociaux font partie d'un « flux sémiotique » dont les personnes peuvent utiliser certains éléments pour réaliser des actions (Zittoun, 2006; Zittoun, et al., 2008), par exemple pour comprendre quelles sont les causes de leur maladie ou comment elles pourraient y faire face. Leur circulation passe par des modes de communication formels (par exemple, médias, publications scientifiques, rapports d'assurances) ou informels (par exemple, conversations entre collègues, rumeurs) (Bauer & Gaskell, 1999, p. 174). Elle peut être appréhendée à différents niveaux, celui des interactions sociales entre individus, des discours institutionnels ou des significations culturelles attachées aux maladies.

²⁸ On peut considérer ces discours sociaux comme la composante discursive de ce que certains auteurs appellent les connaissances sociales ou connaissances socialement partagées (Marková, Linell, Grossen, & Salazar Orvig, 2007; Zittoun, Gillespie, Cornish, & Aveling, 2008). Cette notion est aussi très proche de celle de représentations sociales, que je n'ai toutefois pas adoptée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, comme le soulignent Zittoun, Gillespie, Cornish et Aveling (2008, p. 164), la théorie classique des représentations sociales (Jodelet, 1989; Moscovici, 1961) s'intéresse plus au fonctionnement de ces représentations elles-mêmes qu'à l'utilisation qu'en font les personnes. Ensuite, cette théorie introduit une forme de dichotomie entre discours scientifiques et sens commun, alors que mon propos est ici de considérer différents types de discours, qu'ils proviennent de diverses institutions (pas seulement du domaine scientifique, mais aussi de la loi et des assurances, par exemple) ou de sources non institutionnelles (conversations quotidiennes, par exemple). Enfin, dans le contexte de la psychologie sociale francophone, les représentations sociales sont souvent étudiées par questionnaires (Abric, 2003), ce qui pourrait engendrer des malentendus sur le type de méthodes mobilisées et les critères de scientificité du discours produit (Drapeau, 2004).

2.3.3 L'approche dialogique

Pour analyser le rapport entre discours sociaux et discours personnels, je recourrai à l'approche dialogique, développée par différents auteurs notamment à partir des travaux de Bakhtine (par exemple, Grossen, 2010; Linell, 2009; Marková, 2007; Marková, et al., 2007). Dans le domaine de la linguistique, cette approche considère que le dialogue est inhérent au discours car tout énoncé est à la fois reprise d'autres énoncés et anticipation d'une réponse d'autrui. Dépassant le cadre de la linguistique, elle considère que la dialogicité est à la base de l'esprit humain (Marková, 2007, p. 135) et que la subjectivité est fondamentalement intersubjective (Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 3).

Un « drame à trois personnages »

Selon Bakhtine, nous n'inventons pas nos mots, mais nous parlons toujours avec les mots des autres. Ainsi, tout énoncé est une reprise d'autres énoncés. C'est pourquoi un énoncé ne rencontre pas seulement la résistance de l'objet, qu'il ne peut pas rendre totalement, mais la résistance du discours d'autrui, puisqu'il « découvre toujours l'objet de son orientation comme déjà spécifié, contesté, évalué [...] par les paroles étrangères à son propos » (Bakhtine, 1978, p. 100). Les énoncés s'inscrivent dans un dialogue : vers l'amont, en reprenant des énoncés d'autrui et en leur répondant, mais aussi vers l'aval, en anticipant une réponse de l'interlocuteur. En effet, pour reprendre les termes de Bakhtine (1978, p. 103) :

Tout discours est dirigé sur une réponse, et ne peut échapper à l'influence profonde du discours-réplique prévu. [...] Se constituant dans l'atmosphère du « déjà-dit », le discours est déterminé en même temps par la réplique non encore dite, mais sollicitée et déjà prévue.

Ainsi, nous construisons donc nos propos en anticipant la compréhension responsive de l'autre, c'est-à-dire en anticipant sa réception active, sa compréhension qui est en même temps une forme de réaction ou de réponse (Salazar Orvig & Grossen, 2004, p. 264). C'est pourquoi le discours est fondamentalement hétérogène, appartenant à la fois au sujet et à autrui.

Le mot (et d'une manière générale, le signe) est interindividuel. Tout ce qui est dit, exprimé se situe hors de l'« âme », hors du locuteur, ne lui appartient pas en

exclusivité. On ne saurait abandonner la parole au seul locuteur. L'auteur (le locuteur) a ses droits imprescriptibles sur la parole, mais l'auditeur, lui aussi, a ses droits, et tous ceux dont les voix résonnent dans le mot ont leurs droits (il n'existe pas quelque chose qui serait le mot de personne). Le mot est un drame à trois personnages (ce n'est pas un duo, c'est un trio). (Bakhtine, 1984, p. 331)

Dans ce travail, je m'intéresserai particulièrement à la polyphonie du discours, c'est-à-dire au fait que différentes voix se font entendre dans le discours d'un locuteur. Plus spécifiquement, je m'intéresserai à la manière dont certains énoncés sont montrés – plus ou moins explicitement – comme prenant source dans des discours tiers (ceux-ci pouvant être le fait d'individus, de groupes, d'institutions ou appartenir à la sphère de l'échange culturel), ou alors sont construits de manière à anticiper la réponse d'autrui en fonction d'autres discours concurrents sur leur objet. Tout en étant consciente que je schématise durement les subtils développements de Bakhtine, j'utiliserai le terme de voix pour désigner les traces des énoncés d'autrui, accents ou perspectives repérables dans les énoncés d'un locuteur alors que les termes de discours sociaux (ou discours d'autrui) désigneront les références de ces voix – auxquelles nous n'avons pas directement accès – c'est-à-dire des discours tenus ailleurs, par d'autres, que la personne utilise (tels qu'elle les a compris et retravaillés) et par rapport auxquels elle se situe.

Le dialogisme montré

Dans une perspective dialogique, tout discours s'insère dans une chaîne d'énoncés, prenant source dans le discours de l'autre et s'adressant à la réponse anticipée de l'autre. Toutefois, certains énoncés exhibent plus que d'autres leur rapport dialogique aux énoncés d'autrui et on peut paradoxalement les considérer comme « plus dialogiques » que d'autres (Grossen, 2010, p. 12). Je ferai l'hypothèse que ce dialogisme montré²⁹

²⁹ Je reprends le terme d'Authier-Revuz qui parle d'« l'hétérogénéité montrée », par opposition à « l'hétérogénéité constitutive du sujet et de son discours » (1984, p. 98 et p. 99). Elle distingue en outre, parmi les formes de l'hétérogénéité montrée, « les formes marquées, repérant la place de l'autre par une marque univoque (discours direct, guillemets, italiques, incises de glose) et les formes non marquées du montré, où l'autre est donné à reconnaître sans marquage univoque (discours indirect libre, ironie, pastiche, imitation...) » (p. 98).

peut être compris de deux manières non contradictoires. Premièrement, comme le relève Bakhtine, « jusqu’au moment où il est approprié, le discours n’est pas dans un langage neutre et impersonnel (car le locuteur ne le prend pas dans un dictionnaire) ; il est sur des lèvres étrangères, dans des contextes étrangers, au service d’intentions étrangères, et c’est là qu’il faut le prendre et le faire “sien” » (Bakhtine, 1978, p. 115). Certains mots résistent plus que d’autres à cette appropriation, « c’est comme si, hors de la volonté du locuteur, ils se mettaient “entre guillemets” » (ibid.). Le dialogisme montré des énoncés peut alors être compris comme la trace de cette appropriation, c’est-à-dire comme le souligne Clot, une trace de l’activité du sujet qui n’est en elle-même pas accessible directement (1999b, p. 139). Sur le plan des méthodes, je considérerai donc que le dialogisme montré permet d’identifier l’usage des discours sociaux comme ressources pour donner sens à la maladie.

Deuxièmement, le dialogisme des énoncés peut aussi être compris comme une mise en scène intentionnelle. D’une part, certains énoncés dévoilent qu’ils ont leur origine dans le discours d’autrui. Ainsi, Bakhtine relève que le roman est un type d’œuvre qui repose sur l’orchestration d’une pluralité de voix et de genres discursifs. Le fait même de marquer la présence de ces voix, de désigner l’origine des discours, sert à réaliser les objectifs de l’auteur : « Il utilise des discours déjà peuplés par les intentions sociales d’autrui, les contraint à servir ses intentions nouvelles, à servir un second maître. » (Bakhtine, 1978, p. 120) Toutefois, comme le souligne Authier-Revuz (1984), cette utilisation est paradoxale, puisqu’en exhibant l’hétérogénéité de certains énoncés, le sujet se revendique comme seul auteur du reste de son discours (selon les termes de Linell [2009], il le monologise) et nie ainsi l’hétérogénéité constitutive de son discours. D’autre part, le caractère dialogique des énoncés peut être mis en scène pour souligner comment un discours se situe par rapport à d’autres discours possibles sur le même objet (des discours réels ou virtuels, passés ou anticipés) et avoir ainsi un caractère argumentatif. J’ouvre ici une parenthèse pour souligner l’importance de tenir compte des dimensions argumentatives des discours. En effet, si l’on suit Billig³⁰ (1991, 1996),

³⁰ Billig propose une perspective « rhétorique » en psychologie. Il souligne dans la préface à la deuxième édition d’« *Arguing and thinking* » qu’il a écrit cet ouvrage avant de connaître l’œuvre de Bakhtine, mais que leurs perspectives se rejoignent sur de nombreux points (Billig, 1996). De manière générale, les

un discours ne prend jamais sens seul, mais en fonction des autres discours possibles sur cet objet, et par conséquent, la signification réside dans le contexte argumentatif des énoncés. Cela conduit cet auteur à reconsidérer les objets d'étude classiques de la psychologie sociale (attitudes, stéréotypes, représentations sociales, etc.), par exemple pour tenir compte du fait que : « the argument “for” a position is always also an argument “against” a counter-position. Thus, the meaning of an “opinion” is dependent upon the opinions which it is countering » (Billig, 1991, p. 17). Toutefois, le caractère argumentatif du discours peut être particulièrement marqué lorsqu'il porte sur des thèmes porteurs de dilemmes, comme le sont la santé et la maladie. En effet, parler de sa maladie implique plus que d'énoncer des croyances par rapport aux symptômes, causes ou traitements ; il s'agit aussi de se positionner dans le monde social, dans un contexte marqué par certaines valeurs si bien que les explications sur la maladie impliquent toujours aussi des justifications et des argumentations (Radley & Billig, 1996, p. 222). Pour revenir à la question du dialogisme constitutif et du dialogisme montré, si tout discours prend sens par rapport à d'autres discours possibles, certains énoncés dévoilent plus que d'autres la manière dont ils s'opposent ou contrastent avec d'autres énoncés.

Analyser le dialogisme montré

Il existe plusieurs manières de conceptualiser, de désigner et de repérer les phénomènes du dialogisme montré, en fonction notamment des orientations théoriques des chercheurs et des champs dans lesquels ils s'inscrivent (pragmatique, analyse du discours, psychologie, etc.) (Bres & Nowakowska, 2006; Bres & Verine, 2002; Vion, 2001). Je m'inspirerai particulièrement des travaux sur les focus groups menés par Grossen et Salazar Orvig (Grossen & Salazar Orvig, 2011; Marková, et al., 2007; Salazar Orvig, 2005) pour retenir deux facettes de la pluralité des voix dans le discours : d'une part, la représentation du discours autre au travers des discours rapportés (attribués à des énonciateurs réels ou virtuels), d'autre part, l'interdiscours, c'est-à-dire la référence à des discours supposés partagés culturellement, notamment des dictons,

approches discursives en psychologie (voir par exemple Potter & Wetherell, 1987) rencontrent les préoccupations de la psychologie socio-culturelle, notamment parce que toutes deux s'intéressent à la cognition en action, qu'elles lient aux pratiques discursives.

lieux communs, discours institutionnels, savoirs encyclopédiques. Par ailleurs, je prendrai également en compte des phénomènes qui relèvent moins de la référence aux sources du discours que de la manière de le situer plus ou moins explicitement par rapport à d'autres discours possibles, notamment par des mouvements d'opposition et de contraste (Bres, 1999). Pour rendre compte du fait que l'opposition ou la distinction par rapport à d'autres discours sont orientées vers la compréhension et la réponse de l'interlocuteur, Bres et Nowakowska (2006) utilisent le terme de dialogisme responsif qu'ils distinguent du dialogisme citatif orienté vers la mise en scène des sources du discours. Si cette distinction est heuristique, il faut toutefois tenir compte du fait que les deux orientations sont intimement liées, notamment parce que le dialogue à distance (avec des voix absentes) est intimement lié au dialogue en présence (avec un ou des interlocuteurs). D'une part, la mise en scène d'autres voix, par exemple le discours rapporté, peut avoir une fonction argumentative (Rosier, 2008, p. 115), c'est-à-dire être liée à l'effet que nous souhaitons produire sur la réception de l'autre. D'autre part, nous anticipons la réponse d'autrui en fonction des discours que nous savons possibles et probables sur l'objet et ceux-ci se dessinent alors en creux dans nos propos même si nous ne les citons pas explicitement (Billig, 1991). Les marques retenues pour identifier dans le corpus les différents phénomènes du dialogisme montré seront décrites dans le chapitre sur les méthodes.

Deux points sont à relever à cause de leurs implications théoriques et méthodologiques. D'une part, la voix d'autrui se fond souvent dans celle de l'auteur au point qu'il est impossible de les désenchevêtrer. Bakhtine (1978, p. 125) parle à ce propos de construction hybride, c'est-à-dire « un énoncé qui, d'après ses indices grammaticaux (syntaxiques) et compositionnels, appartient au seul locuteur, mais où se confondent, en réalité, deux énoncés, deux manières de parler, deux styles, deux "langues", deux perspectives sémantiques et sociologiques ». Sur le plan des méthodes, cela signifie qu'il est impossible de tracer une frontière nette entre les énoncés qui dévoilent leur origine dialogique et ceux qui se donnent pour monologiques. D'autre part, le caractère dialogique du discours se réalise non seulement par la « dialogisation intérieure » du discours (Bakhtine, 1978, p. 105) et notamment le dialogue à distance avec des voix absentes, mais aussi dans le dialogue en présence, entre les interlocuteurs physiquement présents dans l'interaction. Ces deux facettes du dialogisme sont souvent disjointes dans

les analyses alors qu'elles se déterminent mutuellement et gagneraient à être analysées conjointement (Grossen & Salazar Orvig, 2006, p. 13; Marková, et al., 2007, p. 28; Salazar Orvig, 2005).

2.3.4 Les discours sociaux comme ressources et comme contraintes

Les discours sociaux peuvent être vus comme des outils qui médiatisent nos actions, que ce soit notre manière de penser ce qui nous arrive, d'en faire part ou de nous engager dans des actions pratiques. Dans les situations qui, comme les maladies, rompent avec le quotidien et impliquent des bouleversements biographiques plus ou moins profonds, ils peuvent constituer des ressources pour mener une transition qui comprend plusieurs dimensions : s'engager dans de nouvelles pratiques, élaborer de nouvelles significations et transformer son identité (Zittoun, et al., 2008). Qu'en est-il de ces processus lorsque, comme dans le cas des TMS, ces discours véhiculent des perspectives opposées ? Billig (1991) souligne que le sens commun est riche en thèmes contraires et conceptions contradictoires du monde, qui fournissent du contenu pour les débats sociaux, mais aussi pour les débats intérieurs, c'est-à-dire pour la pensée délibérative. Les discours en circulation dans la sphère sociale ne sont donc pas des ensembles cohérents, et c'est justement leur hétérogénéité qui permet à la pensée de ne pas en être prisonnière, de se développer. Dans certains cas, cette hétérogénéité peut même devenir un support pour une prise de distance et une pensée réflexive et critique (Zittoun, et al., 2008). Il faudrait toutefois se demander à quelles conditions l'existence d'explications et catégorisations différentes sur la maladie constitue une ressource, plutôt que de générer une situation d'anxiété qui entraverait l'action.

La présentation faite jusqu'ici décrit les discours sur la maladie comme des ressources pour la pensée et l'action. Or, les discours sur la maladie ne véhiculent pas des perspectives anodines. Les recherches évoquées plus haut sur la construction sociale des maladies montrent que les contenus des discours, catégories ou récits sur la maladie sont liés à divers enjeux. Entre autres, ces discours sont façonnés et utilisés dans des pratiques institutionnelles ; ils s'inscrivent des rapports de pouvoir ; la catégorisation de la maladie ouvre le droit à des prestations et à une reconnaissance sociale ; les étiquettes participent à définir qui est la personne tout autant que ce qu'est la maladie ; la définition sociale d'une maladie peut être stigmatisante, etc. Ainsi, pour reprendre les

termes de Strauss (1992c, p. 29), « les discussions sur des ajustements terminologiques ne sont pas simplement des querelles de mots, car des mots découlent l'action, et une décision d'ordre classificatoire comporte parfois un choix de vie ou de mort, ou pour le moins engagé, implique des intérêts humains ».

Dès lors, il est nécessaire d'envisager aussi les contraintes exercées par les discours sur les actions. D'une part, certaines catégorisations sociales tendent à restreindre les possibilités d'action et de pensée des personnes. Par exemple, le fait d'être désigné comme faux invalide, souffrant d'une maladie imaginaire ou feinte, peut avoir plusieurs conséquences. La stigmatisation sociale peut avoir des implications sur les relations sociales ; le refus des prestations des assurances sociales a des conséquences en termes de revenu et/ou de réorientation professionnelle ; le fait de ne pas être pris au sérieux dans sa souffrance peut aussi enfermer la personne dans une quête sans fin de reconnaissance par les médecins (Reid, et al., 1991). D'autre part, les discours disponibles sont limités, y compris par la manière dont sont posés les termes des controverses, ce qui participe à leur dimension idéologique (Billig, 1991). Par exemple, la controverse sur l'objectivité de certains troubles et douleurs (*repetitive strain injuries* ou *RSI*, fibromyalgie, etc.) repose sur l'opposition entre des maladies réelles, donnant le droit de ne pas travailler professionnellement et de toucher des prestations d'assurances sociales, et des maladies simulées, l'arrêt de travail constituant dans ce cas un abus. Les revendications des patients ou des syndicats portent en général sur la reconnaissance des troubles comme étant de vraies maladies. Selon Reid et Reynolds (1990), la manière de poser les termes de la controverse exclurait du débat des points de vue selon lesquels il serait légitime de ne pas travailler parce que le travail serait pénible, aliénant ou limiterait la personne dans ses possibilités (et non à cause d'une incapacité de travail). En écartant ces thèmes de l'horizon du discutable, le cadrage des débats sur les *RSI* contribuerait donc à reproduire les arrangements sociaux existants.

Un problème sur lequel je reviendrai sans le résoudre est de réussir à penser les rapports entre ces diverses dimensions des discours sociaux : en tant qu'outils sémiotiques, en tant que manifestations de rapports de pouvoir et en tant qu'expériences relationnelles qui sont porteuses de définitions identitaires.

2.4 Questions de recherche

La problématique centrale de mon travail vise à comprendre comment les personnes atteintes de TMS développent des actions et donnent un sens à leur maladie en s'appuyant sur les définitions et explications sociales de ces maladies. En particulier, l'accent est mis sur les controverses autour de la causalité, professionnelle ou non, des TMS. Trois séries de questions empiriques découlent de cette problématique.

Un premier groupe de questions a trait aux discours et pratiques sur les TMS au niveau de la société et de ses institutions. Comment ces problèmes de santé ont-ils émergé, au niveau international et en Suisse, et quels débats ont-ils suscité ? Comment la question de leurs causes est-elle investiguée sur le plan scientifique et quel est l'état actuel des connaissances (et controverses) scientifiques ? Quelles sont les conditions et conséquences de la reconnaissance des TMS en tant que maladies professionnelles dans le contexte suisse ? Quelles pratiques de reconnaissance sont repérables au travers des statistiques et comment expliquer les tendances constatées ?

Une deuxième série de questions porte sur les trajectoires des personnes atteintes. De quoi ces dernières souffrent-elles, quels sont les bouleversements biographiques induits par la maladie et les actions déployées (le travail de trajectoire) pour gérer leurs conséquences ? Quels sont par ailleurs les impacts du travail de trajectoire sur la catégorisation des troubles ? Plus précisément, à travers quels processus les TMS se construisent-ils, au cours des trajectoires, comme des problèmes « personnels » ou comme des problèmes « professionnels » ? Enfin, quelles sont les conséquences du travail de trajectoire non seulement sur la situation matérielle des personnes et les catégorisations de leurs troubles, mais aussi sur leur pouvoir d'agir ?

Une troisième série de questions porte sur les rapports entre les explications sociales des causes de la maladie et la construction d'un sens personnel. Tout d'abord, comment les personnes expliquent-elles les causes de leur maladie et quels sont les enjeux subjectifs de ces explications ? En quoi les discours sociaux représentent-ils être des moyens pour les explications personnelles la maladie ? Mais aussi, quelles contraintes exercent-ils sur les trajectoires, les actions et l'identité des personnes concernées ? Que peut-on en déduire sur les conséquences des catégorisations institutionnelles des TMS, notamment de leur reconnaissance comme maladies professionnelles ?

Les réponses à ces questions seront structurées en deux temps. Je répondrai d'abord à la première série de questions en examinant certains discours institutionnels et pratiques de reconnaissance des TMS. Je répondrai ensuite aux deuxième et troisième séries de questions à partir d'une étude empirique menée auprès d'ouvrières et ouvriers atteints de TMS.

Deuxième partie : discours et pratiques institutionnels

L'objectif de cette deuxième partie est d'analyser les discours et pratiques institutionnels dominants au niveau de la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles. Je partirai du contexte le plus général, l'émergence du phénomène TMS sur le plan international et les controverses que ces maladies ont suscitées, puis j'examinerai deux éléments qui jouent un rôle fondamental pour leur reconnaissance comme maladies professionnelles : la production de connaissances scientifiques sur l'étiologie des TMS et les systèmes assurantiels d'indemnisation des risques professionnels (chapitre 3). Je restreindrai ensuite mon propos à une situation particulière, celle de la Suisse, pour examiner les conditions légales et les pratiques de reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles (chapitres 4 et 5). L'exposé prendra appui sur diverses sources : la littérature scientifique de plusieurs disciplines (sociologie, épidémiologie, médecine, ergonomie, entre autres), les dispositions légales de reconnaissance des maladies professionnelles, jurisprudence et publications des assurances-accidents, ainsi que les statistiques des assurances-accidents.

3 Les controverses sur les TMS

Je commencerai, dans la première section du chapitre, par retracer l'émergence de la catégorie TMS et des débats qui subsistent encore aujourd'hui sur l'objectivité de ces troubles et le rôle des facteurs professionnels. La revue de la littérature portera ensuite sur deux éléments qui structurent la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles : l'identification de leurs causes et les systèmes d'indemnisation des risques professionnels.

3.1 Des « repetitive strain injuries » aux TMS : l'émergence de nouvelles maladies

Les TMS sont parfois présentés comme de « nouveaux risques » dans le domaine de la santé au travail (Dedessus-Le-Moustier & Douguet, 2010). Toutefois, si certaines évolutions des conditions de travail semblent favoriser la multiplication des TMS, il est difficile de les considérer comme des maladies réellement nouvelles. En effet, plusieurs pathologies que l'on rangerait aujourd'hui sous l'étiquette « TMS » étaient connues bien avant que les TMS ne fussent constitués en tant que problème social. Par exemple, les processus pathologiques du syndrome du canal carpien étaient largement connus des médecins depuis la série d'articles publiés par Phalen, un chirurgien de la main, au début des années 1950 (Dembe, 1996, p. 69). Cependant, Phalen soutint toujours l'absence de causalité professionnelle de cette pathologie (alors que des confrères soulignaient à la même époque le rôle du travail, professionnel ou domestique)³¹. Les opinions de Phalen influencèrent grandement la conception médicale du syndrome du canal carpien des années 1950 aux années 1980, celui-ci étant vu avant tout comme « a disease of middle-aged women which was probably associated with hormonal changes » (Dembe, 1996, p. 76). Ce n'est que dans les années 1980 que le syndrome du canal

³¹ Le jugement de Phalen était fondé sur la conviction que les femmes, beaucoup plus souvent touchées, n'effectuaient pas de travaux pénibles, contrairement aux hommes (Dembe, 1996; Kome, 1998).

carpien fut considéré comme pouvant faire partie d'une catégorie plus large de troubles, les TMS, causés en partie par le travail.

L'étude historique de Hatzfeld (2009a) concernant la reconnaissance des affections périarticulaires en France montre également que des troubles qui seraient aujourd'hui désignés comme TMS étaient connus depuis longtemps. Sur la base de documents d'archives, il montre en effet que dès la création de la catégorie de maladie professionnelle (en 1919), des particuliers adressèrent de manière récurrente des demandes de reconnaissance aux instances compétentes et qu'à partir de 1947, la direction de la Sécurité Sociale³² nouvellement créée s'adressa au ministère du Travail pour demander la reconnaissance de certaines catégories d'affections périarticulaires. Toutefois, l'écrasante majorité des demandes furent rejetées jusqu'à la création en 1972 du tableau 57 des maladies professionnelles, concernant d'abord uniquement les hygromas du genou, puis élargi par les révisions de 1982 et 1991 à d'autres affections (tendinites, compressions de nerfs, etc.), articulations (coude, poignet, main, épaule, cheville) et facteurs de risque (prise en compte de la répétition des gestes).

Par ailleurs, en ce qui concerne les TMS sans diagnostic spécifique, il faut relever que des douleurs inexplicables médicalement, sans base organique connue, avaient déjà donné lieu, à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècles, à des controverses. Dans son étude sociologique et historique sur les maladies professionnelles, Dembe (1996) montre ainsi que des pathologies comme la « crampe de l'écrivain » puis la « crampe du télégraphiste » apparurent au XIX^e siècle dans des contextes de changements organisationnels et technologiques rappelant, à certains égards, ceux qui ont accompagné l'émergence des TMS : parcellisation du travail, répétitivité des gestes, introduction de nouveaux outils (plume en métal, télégraphe), pression temporelle... Ces « crampes » suscitèrent des débats évoquant ceux qui portent aujourd'hui sur les TMS : s'agissait-il d'une seule maladie ou de maladies différentes ? Les « crampes » étaient-elles dues au travail ? Était-ce des troubles psychologiques ou physiques, ou encore des simulations ?

³² Institution dont l'une des branches est responsable de l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles, mise en œuvre par le biais des caisses d'assurance-maladie.

Si les TMS peuvent être qualifiés de « nouveaux risques », c'est donc surtout du point de vue de leur perception sociale. Leur apparition en tant que problème social se situe à la fin des années 1970 avec « l'épidémie australienne » des *repetitive strain injuries* (RSI) (Arksey, 1998; Dembe, 1996; Kome, 1998). Je décrirai celle-ci avec quelques détails, car elle constitue une sorte de cas d'école sur l'apparition de nouvelles maladies, qui donna lieu à plusieurs analyses sociologiques (Hopkins, 1989; Meekosha & Jakubowicz, 1991; Reid & Reynolds, 1990). Les débats sur les RSI en Australie influencèrent en outre la façon d'aborder les TMS dans d'autres pays. On en trouve des échos en Suisse dans les publications des assurances-accidents concernant la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles (Bär & Kiener, 2000; Vogt, 1998).

3.1.1 L'épidémie australienne

A la fin des années 1970, de nombreux cas de douleurs dans les muscles et les articulations furent diagnostiqués en Australie chez des personnes (surtout des femmes) effectuant des travaux répétitifs à l'ordinateur, par exemple dans les télécommunications ou les services publics. Certains médecins commencèrent à poser le diagnostic de « repetitive strain injuries », c'est-à-dire de lésions qui auraient été causées par des efforts répétitifs, qui se traduisaient surtout par des douleurs, sans autre signe extérieur objectif. Un nombre croissant de personnes, en majorité des femmes³³, fut indemnisé pour ces maladies par les assurances couvrant les risques professionnels. Plusieurs éléments jouèrent un rôle dans l'essor rapide des RSI, entre autres la création d'une nouvelle étiquette diagnostique permettant d'identifier les cas et de les englober dans une même catégorie, le soutien de syndicats bien implantés dans le secteur des services, l'existence de centres de santé mis en place par les syndicats, un mouvement des femmes préoccupé par les questions de santé, une reconnaissance officielle précoce ou encore un système d'indemnisation des lésions professionnelles relativement libéral (Bammer & Martin, 1992; Hopkins, 1990; Kome, 1998).

³³ Si les RSI furent identifiés surtout comme des problèmes touchant les femmes, il semble que la question du genre fut peu reprise explicitement dans les explications de la maladie, à l'exception d'une minorité de discours attribuant les RSI à une hystérie féminine (Meekosha & Jakubowicz, 1991).

Rapidement toutefois, des assureurs, des employeurs et des médecins s'élevèrent contre l'indemnisation, trop généreuse et coûteuse à leur goût, de ces maladies et mirent en cause la réalité des RSI. Deux points de vue s'affrontèrent dès lors, donnant lieu à des débats médiatiques et politiques, ainsi qu'à toute une littérature scientifique visant à établir la nature de la maladie (Bammer & Martin, 1992). Pour les tenants de la perspective dominante dans ce contexte, il s'agissait de troubles dus à une hypersollicitation des membres, favorisés par le contexte de restructurations des entreprises publiques et de mutations technologiques marquées par l'introduction de l'informatique. Certains auteurs (par exemple, Meekosha & Jakubowicz, 1991; Reid & Reynolds, 1990) ajoutèrent que certaines pathologies, non déclarées aux assurances et socialement invisibles tant qu'elles n'affectaient que les « cols bleus », en majorité des immigrants, avaient acquis une existence publique lorsqu'elles s'étaient mises à toucher les « cols blancs » et les personnes nées en Australie. En revanche, pour les détracteurs des RSI, il ne s'agissait pas d'une maladie authentique, comme le prouvaient l'absence de lésions objectivables sous-jacentes, l'hétérogénéité des symptômes réunis sous le terme général de RSI et la résistance des troubles aux traitements et stratégies de prévention. La notion de construction sociale fut alors fréquemment invoquée pour dénoncer le caractère fictif des troubles (Hopkins, 1989)³⁴.

La critique du concept de RSI se déclina sous plusieurs angles. Ainsi, selon Ireland (1986, cité par Kome, 1998, p. 26), « RSI is best defined as an occupational neurosis affecting young to middle aged (predominantly female) employees engaged in the low paying, monotonous "low glamour" occupations ». Pour d'autres experts, les problèmes psychologiques sous-jacents n'étaient pas forcément liés au travail. Selon Lucire, dont un ouvrage porte le titre évocateur de « Constructing RSI : belief and desire » (2001), les RSI résultaient d'une hystérie de conversion, c'est-à-dire de la conversion d'un conflit intrapsychique en douleurs et autres symptômes. Les effets de mode et la possibilité d'une indemnisation expliquaient selon elle le choix des symptômes, ce qui justifiait de considérer les RSI comme un cas d'hystérie collective. Selon Bammer et

³⁴ Comme le notent Bammer et Martin (1992), les détracteurs des RSI utilisant la notion de construction sociale n'appliquèrent en revanche pas le même concept à l'étude des catégories qu'ils proposaient, comme celles de névrose professionnelle, hystérie de conversion, etc.

Martin (1992), d'autres auteurs préférèrent le terme de névrose de compensation pour souligner le désir des patients d'obtenir des bénéfices secondaires (ne pas travailler, accéder à un statut de malade suscitant attention et prise en charge, etc.). Enfin, une explication, avancée notamment par Cleland (1986) fut que les RSI constituaient un cas de « iatrogenèse sociale », c'est-à-dire de maladies provoquées par des traitements médicaux infondés et inappropriés, ainsi que par les campagnes de prévention et l'existence d'un système favorable d'assurances sociales décourageant le retour au travail. La prise en charge des RSI transformerait ainsi des douleurs normales en douleurs chroniques (avec le présupposé qu'il est normal que le travail provoque des douleurs). Cleland (1986, p. 239) critiquait plus globalement le changement sociétal, selon lequel « discomfort has become equated with injury, and compensation for work-related injury is seen as an inalienable right that is financed by a third party ». On peut également noter que les syndicats, les féministes, certains professionnels comme les médecins et les ergonomes furent accusés d'instrumentaliser le problème des RSI, voire de le créer de toutes pièces, pour leurs propres intérêts (par exemple, dénonciation des conditions de travail, recherche de débouchés lucratifs, etc.) (Meekosha & Jakubowicz, 1991). Si la thèse d'une simulation intentionnelle destinée à obtenir des prestations indues et cesser de travailler fut rarement défendue de manière explicite³⁵, plusieurs de ces explications faisaient allusion aux avantages procurés par les RSI et insinuaient une possible simulation (Hopkins, 1989; Reid & Reynolds, 1990).

En fin de compte, « l'épidémie australienne » des RSI régressa dans la deuxième partie des années 1980, mais la cause de ce recul fut également discutée. Pour les uns, il s'agissait d'une preuve que les RSI étaient un phénomène sociopolitique sans fondement physiologique. La disparition des bénéfices secondaires, étant donné la difficulté à obtenir désormais une indemnisation, aurait mis fin au phénomène (Ireland, 1998). Pour les autres, des stratégies judiciaires (contestation des indemnisations) et

³⁵ L'absence d'accusation directe de fraude contraste avec le thème des abus à l'AI (ou aux autres assurances sociales) qui domine le discours politique en Suisse dans les années 2000. De manière très spéculative, on peut se demander si la présence d'un fort mouvement social en faveur des RSI n'interdisait pas en Australie l'expression explicite d'une thèse des abus, qui aurait décrédibilisé les opposants aux RSI plutôt que de servir leur argumentation.

managériales (exclusion des employés à risque, dissuasion des déclarations de maladies professionnelles) auraient fait disparaître le phénomène de la scène publique en le délégitimant, sans que celui-ci ne cessât d'exister parmi les travailleuses (Meekosha & Jakubowicz, 1991). Une autre explication encore tenait à la mise en place de mesures de prévention efficaces, par des aménagements ergonomiques et organisationnels dans les entreprises ou du point de vue de la conception des outils, en particulier des postes informatiques (Dembe, 1996; Hopkins, 1989; Kome, 1998).

3.1.2 « Cumulative trauma disorders » et autres troubles musculo-squelettiques

En dépit des allégations de certains médecins australiens pour qui les RSI étaient une (fausse) maladie n'existant que dans leur pays (par exemple, Awerbuch, 1985), ce type de troubles se déclara aussi dans plusieurs autres contextes nationaux. Ainsi, les États-Unis³⁶ virent apparaître et se multiplier au cours des années 1980 des pathologies de l'appareil locomoteur qui furent désignées par le terme de *Cumulative trauma disorders* (CTD) (Dembe, 1996). Des mobilisations syndicales dans l'industrie automobile, puis dans les abattoirs, jouèrent un rôle important pour thématiser et médiatiser ces troubles, de même que l'implication précoce de l'administration fédérale³⁷, que ce soit par des études scientifiques ou par les amendes infligées aux entreprises jugées responsables de cas de CTD (Dembe, 1996; Kome, 1998). Les facteurs invoqués pour expliquer ce qui était ressenti comme relevant d'une « épidémie » furent contradictoires et rappelèrent les débats sur les RSI en Australie : des changements dans le travail (rythmes, développement du secteur des services, travail à l'ordinateur, etc.), une causalité iatrogène, voire une simulation (Hadler, 1990), ou encore la visibilité soudaine de pathologies jusque-là non diagnostiquées (Dembe, 1996, p. 26). Toutefois, il y eut une

³⁶ Je me limite à évoquer quelques contextes où les TMS ont fait l'objet d'études approfondies en tant que problèmes sociaux.

³⁷ L'Occupational Safety and Health Administration (OSHA), chargée de l'élaboration et de l'application des normes de sécurité et santé au travail, est une sorte d'inspection du travail et dépend du Département du Travail (www.osha.gov). Le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) est une agence chargée de la recherche et de l'information sur la sécurité et la santé au travail, qui dépend du Département de la Santé et des Services Sociaux (www.cdc.gov/NIOSH).

moindre attribution des troubles à des facteurs psychologiques et sociaux (névroses et simulation) et le débat public prit moins d'ampleur que celui sur les RSI australiens (Dembe, 1996, p. 93). Ce fut plutôt la causalité professionnelle des CTD qui fut thématifiée. Les débats sur l'indemnisation étaient d'autant plus importants pour les travailleurs que pour beaucoup d'entre eux, la prise en charge financière du traitement médical dépendait d'une reconnaissance comme maladie professionnelle, étant donné l'absence de couverture maladie pour tous les travailleurs dans ce pays (Kome, 1998). Une autre question brûlante concernait les normes ergonomiques dont les employeurs redoutaient le coût et dont les fabricants de matériel (notamment d'ordinateurs) craignaient qu'elles ne fournissent des arguments pour des poursuites en justice à leur rencontre (Kome, 1998)³⁸.

En France, des médecins du travail et des syndicalistes jouèrent un rôle pionnier dans l'identification des TMS ou affections périarticulaires au début des années 1980, bientôt rejoints par des experts (ergonomes et épidémiologistes notamment) et soutenus par des institutions officielles (Institut national de recherche et de sécurité et Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) et organisations syndicales (Hatzfeld, 2009b). Il y eut rapidement un consensus mettant en cause l'organisation du travail dans l'apparition de ces troubles. Contrairement aux RSI australiens, les TMS gagnèrent en France une légitimité institutionnelle durable. Un nombre croissant de cas fut reconnu comme maladies professionnelles dans le cadre du tableau 57 des maladies professionnelles, lui-même élargi en 1991 pour mieux tenir compte des différentes

³⁸ Sous l'administration Clinton, les lobbies industriels développèrent une activité intense pour empêcher la mise en place d'un programme ergonomique élaboré par l'OSHA, qui aurait couvert les frais de traitement et la compensation du salaire des travailleurs atteints de TMS, mais également imposé des transformations de leurs postes de travail. Le projet de loi concernant les normes ergonomiques fut rejeté par le Congrès en mars 2001 (Kao, 2003). Thomas (2012) propose une analyse fouillée de ce conflit, des raisons de ce dénouement et de ses implications.

formes de TMS (Hatzfeld, 2006)³⁹. Des enquêtes et campagnes de prévention furent lancées pour tenter de comprendre et d'enrayer ce phénomène.

3.1.3 Les processus de catégorisation sociale d'un problème

Comparer les manières d'appréhender les TMS à diverses époques et dans divers contextes met en évidence que les différentes manières de définir et catégoriser ces troubles – comme relevant d'un seul type de maladie ou de plusieurs, comme troubles réels ou simulés, comme maladies professionnelles ou non professionnelles – ne sont pas déterminées par leurs caractéristiques physiologiques, mais sont le résultat de processus sociaux. Les débats autour de ces catégorisations sont alimentés par les intérêts partiellement contradictoires de divers acteurs sociaux, notamment les employeurs, les salariés, les syndicats, les assurances, les médecins, les spécialistes de la santé au travail, etc. J'en soulignerai quelques spécificités.

Les connaissances médicales (appuyées sur l'épidémiologie et la clinique) sont la principale source de légitimité pour définir les troubles et déterminer leurs causes. Les expertises médicales jouent notamment un rôle fondamental pour la reconnaissance des maladies par les systèmes d'indemnisation (Dembe, 1996). Toutefois, des points de vue contradictoires coexistent à l'intérieur de la communauté médicale, qui ne reflètent pas des controverses purement scientifiques. Plusieurs auteurs soulignent ainsi que les prises de position sont influencées par les spécialisations (les chirurgiens orthopédistes sont en moyenne plus sceptiques face aux TMS que les rhumatologues et médecins du travail), les insertions professionnelles (experts d'assurances, médecins d'entreprises, praticiens, etc.) ou encore les sympathies sociales et politiques des médecins (Arksey, 1998; Dembe, 1996; Déplaud, 2003). Plus en amont, les résultats mêmes des études scientifiques sont influencés par les dispositifs de recherche qui peuvent refléter les conceptions que les chercheurs se font du travail et des travailleurs. Pour ne donner qu'un exemple, certaines recherches aveugles aux rapports de genre ajustent les données en fonction du sexe. Les chercheurs considèrent alors qu'une pathologie est

³⁹ Malgré cette reconnaissance, des tensions persistent, par exemple, concernant une éventuelle révision du tableau 57 des maladies professionnelles revendiquée par les organisations patronales pour limiter le nombre de cas reconnus (Maraschin, 2009).

plus fréquente chez les travailleuses (ou les travailleurs) à cause de leur sexe biologique et ils corrigent leurs données pour tenir compte de la plus grande probabilité des femmes (ou des hommes) de déclarer la maladie. Ce faisant, ils passent à côté du fait que les femmes et les hommes ne font pas les mêmes travaux et que la différence de sexe ne recouvre pas qu'une différence biologique, mais aussi une différence dans les expositions professionnelles auxquelles les personnes sont soumises. Un tel ajustement peut contribuer à masquer l'effet des expositions professionnelles typiques de l'un ou l'autre genre (par exemple, le travail répétitif pour les femmes) (Messing, 2000, p. 111). Les connaissances scientifiques et médicales ne sont donc pas neutres, mais sont marquées par les visions du monde de ceux qui les produisent.

Plus fondamentalement, pour Reid et Reynolds (1990), la cristallisation des conflits sur les preuves scientifiques (médicales) de l'existence des TMS et de leurs causes est elle-même une forme d'idéologie. En effet, le débat sur les preuves, ainsi que la focalisation sur l'indemnisation des troubles et une approche technique de la santé au travail (changements d'outils, formations aux postures, etc.) font disparaître la possibilité d'une critique plus radicale des rapports de travail, qui pourrait soutenir l'exigence d'une démocratisation de la production. Les auteures notent ainsi au sujet du contexte australien : « For workers and unions the issue remained one of compensation for damage rather than control of working conditions, and this stance paradoxically kept RSI where employers, insurers, and their gatekeepers (the medical and legal professions) could most effectively control its consequences. » (Reid & Reynolds, 1990, p. 184).

Les scientifiques et les médecins ne sont toutefois pas les seuls acteurs qui façonnent la perception sociale des maladies. L'émergence des TMS (ou RSI ou CTD) comme problèmes sociaux fut favorisée par la mobilisation d'autres acteurs, différents selon les contextes. En Australie, les syndicats du secteur des services et le mouvement des femmes jouèrent un rôle important dans l'émergence des RSI (Bammer & Martin, 1992). Aux États-Unis, des campagnes syndicales, allant jusqu'à des boycotts et des grèves, furent menées dans l'industrie, qui devint aussi le secteur privilégié d'intervention de l'Occupational Safety and Health Administration (Hopkins, 1990). En France, la reconnaissance des TMS est liée à la mobilisation conjointe de professionnels de la santé au travail – médecins du travail, ergonomes, épidémiologistes – et de

syndicalistes. Pour certains auteurs, le rôle joué par ces acteurs est la preuve que le phénomène est un artefact (Ireland, 1998). Pour d'autres, cela démontre au contraire que les mouvements sociaux sont nécessaires pour sortir de l'invisibilité les atteintes à la santé subies par les travailleurs et, plus encore, par les travailleuses (Bammer & Martin, 1992; Hopkins, 1990).

La mobilisation de ces acteurs répond à l'existence d'intérêts contradictoires concernant la définition des TMS. Selon Meekosha et Jakubowicz (1991), les employeurs australiens avaient par exemple intérêt à délégitimer les RSI, à la fois pour démontrer que l'organisation du travail et les technologies utilisées n'étaient pas en cause, limiter les absences des employés et contrer la hausse des primes d'assurance. A l'inverse, les syndicats avaient intérêt à légitimer les RSI, grâce auxquels ils démontraient leur utilité en défendant les intérêts de leurs membres. En outre, les RSI leur donnaient des arguments pour revendiquer de meilleures conditions de travail et une démocratisation du fonctionnement des entreprises. La structuration des enjeux varie toutefois selon les contextes, par exemple selon la configuration des systèmes d'indemnisation. Ainsi, en Australie, la controverse porta sur la réalité des troubles, ce qui est lié au fait que l'indemnisation était presque automatique dès lors que les troubles étaient constatés médicalement. Aux États-Unis en revanche, où l'indemnisation par les assurances est liée à la démonstration d'une causalité professionnelle, la controverse porte essentiellement sur les causes des troubles.

En résumé, les discours explicatifs sur la maladie ne relèvent donc pas d'une science médicale neutre, mais fonctionnent comme des outils idéologiques pour faire valoir des intérêts (Reid & Reynolds, 1990). Les explications dominantes sont le résultat de rapports de forces entre des acteurs sociaux. Etant donné le rôle important des discours scientifiques sur les causes professionnelles d'une part et des systèmes de reconnaissance des maladies professionnelles d'autre part, je poursuivrai avec un aperçu de la littérature concernant ces deux thèmes.

3.2 Épidémiologie et analyse de l'activité, deux approches des causes professionnelles des TMS

Diverses disciplines, et en leur sein diverses approches, s'intéressent aux causes des TMS. Plutôt que de tenter un tour d'horizon qui resterait extrêmement superficiel, je présenterai deux approches contrastées qui jouent un rôle important dans les débats sur les causes professionnelles des TMS. La première, l'approche épidémiologique, constitue à l'heure actuelle la méthode dominante pour déterminer les causes des TMS de manière générale. C'est notamment sur les résultats d'études épidémiologiques que se fonde la reconnaissance de certaines pathologies comme maladies professionnelles. La seconde, l'analyse de l'activité, se base sur des présupposés épistémologiques et des méthodes tout à fait différents. Elle met en lumière certaines limites de l'approche épidémiologique et permet d'analyser la survenue de TMS, non au niveau d'une population, mais au niveau de l'interaction entre une personne et un poste de travail.⁴⁰

3.2.1 La démarche épidémiologique

De très nombreuses recherches adoptent une démarche épidémiologique pour quantifier le poids des facteurs professionnels dans le développement des TMS. En général, elles comparent la fréquence des cas dans un groupe exposé à un facteur de risque supposé (par exemple, gestes répétitifs, port de charges, etc.) et dans un groupe non exposé à ce facteur. Pour mesurer l'intensité d'une association entre une exposition et une maladie, on calcule un odds ratio (OR) ou un risque relatif (RR)⁴¹, qui sont deux indicateurs de

⁴⁰ En sélectionnant ces deux approches uniquement, je suis consciente de passer sous silence de nombreuses autres approches qui produisent des connaissances sur l'apparition et le développement des TMS : les analyses expérimentales, bio-mécaniques, histologiques et biochimiques, les approches cliniques en rhumatologie, médecine du travail, physiothérapie (etc.), et surtout les approches intégrant les dimensions physiologiques, sociales et subjectives de la maladie, qui sont souvent réunies, à la suite d'Engel (1977) sous l'appellation de « modèle bio-psycho-social » (Fouquet & Fouquereau, 2005; Vannotti & Célis-Gennart, 2000).

⁴¹ $OR = (\text{nombre de malades du groupe exposé} / \text{nombre de non malades du groupe exposé}) / (\text{nombre de malades dans le groupe non exposé} / \text{nombre de non malades du groupe non exposé})$; $RR = (\text{nombre de malades dans le groupe exposé} / \text{nombre total de travailleurs du groupe exposé}) / (\text{nombre de malades}$

comparaison entre la probabilité de la maladie dans le groupe exposé et celle dans le groupe non exposé (Goldberg, 1998). Il faut souligner que ce ne sont que des mesures d'association. Une interprétation en termes de causalité doit tenir compte des possibles biais et facteur confondants. Elle passe en outre par la démonstration d'une séquence temporelle entre l'exposition et la pathologie, d'une relation dose-effet (si possible) et de la plausibilité biologique des processus sous-jacents, cette dernière s'appuyant sur les résultats d'études expérimentales, histologiques et physiologiques.

Les études épidémiologiques mettent en évidence un certain nombre de facteurs communs aux TMS (force, posture, répétition des gestes notamment), mais le rôle exact de ces expositions diffère selon les pathologies. C'est pourquoi, j'examinerai ici le cas particulier du syndrome du canal carpien.

Un exemple : les facteurs de risque du syndrome du canal carpien

Les études épidémiologiques montrent que le syndrome du canal carpien est plus fréquent chez les femmes, est associé à l'âge (l'incidence est particulièrement élevée entre 40 et 70 ans, avec un pic entre 50 et 60 ans) et se révèle bilatéral dans plus de la moitié des cas (dans les cas où une seule main est touchée, il s'agit le plus souvent de la main dominante) (Rosenbaum & Ochoa, 2002, p. 45). Certaines personnes sont donc plus susceptibles que d'autres de contracter le syndrome du canal carpien, notamment du fait de leur sexe, leur âge ou peut-être d'une prédisposition. Par ailleurs, le syndrome du canal carpien est favorisé par certaines maladies comme le diabète, la polyarthrite rhumatoïde ou l'hypothyroïdie, et il peut survenir à l'occasion de la grossesse. Le rôle d'autres facteurs dits « personnels » ne fait pas consensus et reste discuté dans la littérature, notamment l'obésité, les facteurs hormonaux (Leclerc, et al., 1998), ou la consommation de tabac, d'alcool et de caféine (Nathan, Keniston, Lockwoods, & Meadows, 1996). Outre ces facteurs personnels, l'épidémiologie étudie des facteurs de risque dus aux activités professionnelles (ou extraprofessionnelles). La revue de la

dans le groupe non exposé/ nombre total de travailleurs du groupe non exposé). Le risque relatif ne peut être utilisé que pour une étude de cohorte (comparaison du nombre de cas survenant dans une population exposée et une population non exposée) alors que l'odds ratio peut être utilisé tant pour une étude de cohorte que pour une étude cas-témoin (appariement d'une population témoin à une population de personnes atteintes) (Goldberg, 1998).

littérature la plus souvent citée, publiée en 1997 par le National Institute for Occupational Safety and Health aux États-Unis, conclut qu'il y a des preuves d'une association positive entre le syndrome du canal carpien et le travail très répétitif, le travail impliquant de la force ou l'exposition aux vibrations⁴² (Bernard, et al., 1997, 5a-1). Les preuves sont très fortes concernant la combinaison de plusieurs facteurs (par exemple, force et répétition, ou force et position extrême du poignet). En revanche, elles sont insuffisantes concernant les positions extrêmes seules. Une revue ultérieure incluant également des études expérimentales (sur des sujets sains et des cadavres), confirme le rôle de la force, de la répétition et des vibrations, et ajoute que les postures non neutres du poignet sont un facteur de risque supplémentaire du syndrome du canal carpien (Viikari-Juntura & Silverstein, 1999). Selon une revue de la littérature récente, le risque de développer un syndrome du canal carpien est plus que doublé lorsque les mouvements répétitifs du poignet ou des tâches nécessitant une force de préhension occupent la plus grande part du temps de travail, ainsi que lors de l'usage répété et prolongé d'outils vibrants (Palmer, et al., 2007, pp. 63-64). Les auteurs notent toutefois que les notions de répétition et de force sont définies de manière variable selon les études, ce qui rend les comparaisons ardues. En revanche, une autre revue de la littérature, portant sur divers TMS y compris le syndrome du canal carpien, parvient à des conclusions diamétralement opposées. Les auteurs concluent en effet : « None of the reviewed studies have established a causal relationship between distinct medical entities and work activities. » (Vender, Kasdan, & Truppa, 1995, p. 534). Ils estiment que les études montrant des associations sont entachées de tels biais méthodologiques qu'elles ne peuvent être prises en considération.

En résumé, la majorité des recherches attribuent un rôle non négligeable, si ce n'est prépondérant, à des facteurs professionnels comme la force, la répétition des gestes et les postures des poignets⁴³, mais une minorité consistante d'auteurs les réfutent. Par

⁴² Par exemple, usage de machines vibrantes comme les polisseuses, tronçonneuses, etc. (Rosenbaum & Ochoa, 2002, p. 223).

⁴³ Les facteurs de risques psychosociaux ne sont pas pris en compte dans les revues de la littérature citées ci-dessus, alors même qu'il semble s'agir de facteurs importants de TMS (Johansson, 1994; Malchaire, Cock, & Vergracht, 2001).

ailleurs, la question de la « dose » d'exposition qui provoquerait les troubles reste ouverte dans ces études. Suffit-il d'une exposition durant quelques heures pour développer les troubles ? Faut-il être exposé la majorité du temps aux facteurs de risque ? Quel rôle joue la durée en termes de mois ou d'années d'exposition ?

Problèmes méthodologiques

Des problèmes méthodologiques expliquent en partie les résultats contradictoires. Certains sont classiques dans le domaine de l'épidémiologie, par exemple, la prise en compte de « l'effet travailleur en bonne santé » (*healthy worker effect*), qui décrit le fait que les personnes ayant des problèmes de santé quittent leur emploi et que les travailleurs restant soumis aux risques professionnels peuvent donc, paradoxalement, être en meilleure santé que le reste de la population. Le syndrome du canal carpien, plus largement les TMS, pose aussi des problèmes accrus sur certains points.

- Les critères et modes de diagnostic ne font pas l'objet d'un consensus (Kao, 2003). Par exemple, dans le cas du syndrome du canal carpien, les anomalies dans la vitesse de conduction nerveuse ne se traduisent pas toujours par des signes cliniques et, inversement, certains cas cliniques sont négatifs à l'électromyogramme (Bernard, et al., 1997, 5a-2; Rosenbaum & Ochoa, 2002, p. 221; R. A. Werner, Franzblau, Albers, & Armstrong, 1998; R. A. Werner, et al., 2005)⁴⁴.
- Le choix des méthodes utilisées pour mesurer les expositions : métiers ou intitulés de poste, activités rapportées par la personne, observation des activités, etc. A ce sujet, on soulignera que les métiers et intitulés des postes ne renseignent pas sur les tâches elles-mêmes et donc sur les expositions à des risques⁴⁵. Toutefois, même l'analyse détaillée des tâches prescrites ne permet pas

⁴⁴ L'absence de diagnostic par électromyographie est l'un des arguments invoqués pour réfuter les études qui montrent un lien entre activité professionnelle et syndrome du canal carpien, et donc pour réfuter l'origine professionnelle des troubles, par exemple (Szabo, 1998). Pourtant, le biais induit étant le même pour les travailleurs exposés et non exposés, il devrait plutôt conduire à sous-estimer l'effet de l'exposition (Silverstein, Silverstein, & Franklin, 1996).

⁴⁵ En particulier, les tâches dévolues aux hommes et aux femmes ne sont en général pas les mêmes pour un même poste. Par exemple, dans la recherche que j'ai menée, les ouvrières et ouvriers affectés à

de décrire le travail réel, à cause de la diversité et de la variabilité des modes opératoires (Coutarel, et al., 2005).

- La définition des expositions peut également être source de divergences. Par exemple, pour définir un travail répétitif, on peut retenir différentes longueurs de cycle (moins de trente secondes, moins d'une minute, etc.). Par ailleurs, même lorsque les tâches sont différentes, les sollicitations peuvent être répétitives. Ainsi, dans une étude de cas analysant très précisément les activités d'une ouvrière d'usine, des chercheuses montrent que des tâches extrêmement diversifiées (mélanger de la peinture, transporter, visser, emballer, etc.) peuvent en réalité solliciter toujours le même groupe de muscles et tendons (Chatigny, Seifert, & Messing, 1995).
- La sélection de la population non exposée est délicate, parce que des facteurs de risque de TMS se retrouvent dans de nombreux emplois. Cela rend plus difficile la mise en évidence d'un effet d'une exposition.
- Enfin, la mise en évidence d'associations statistiques est d'autant plus difficile que les personnes réagissent activement à la présence de douleurs en modifiant leur façon de travailler.

Ces problèmes méthodologiques alimentent les controverses sur la causalité du syndrome du canal carpien, et plus généralement des TMS (L. Punnett, Gold, Katz, Gore, & Wegman, 2004). Des biais sont parfois invoqués pour disqualifier les études qui mettent en évidence le rôle des facteurs professionnels (Szabo, 1998; Vender, et al., 1995). Toutefois, la majorité des études concluent que les facteurs professionnels jouent un rôle important. Sur la base de la littérature, Rosenbaum et Ochoa (2002, p. 219) soutiennent ainsi qu'aux USA plus de la moitié des cas de syndrome du canal carpien serait attribuable aux activités professionnelles. Dans une étude française récente basée sur des diagnostics cliniques et électrophysiologiques, Roquelaure et ses collègues (2008, p. 481) estiment que la fraction attribuable au travail⁴⁶ est de 47% pour

l'expédition dans un centre d'impression font des tâches totalement différentes : les ouvrières font les paquets de journaux, alors que les hommes les mettent en sacs.

⁴⁶ Lorsque le lien entre une exposition et un trouble est bien établi, on peut calculer la fraction attribuable (ou fraction étiologique), c'est-à-dire la part du risque attribuable à l'exposition dans le groupe exposé. Il

l'ensemble des travailleuses (IC 95%, 39-54), mais ils ne peuvent l'estimer chez les travailleurs à cause d'un trop faible effectif d'hommes sans emploi dans cette étude. La fraction de risque attribuable au travail est par ailleurs plus élevée dans certaines catégories professionnelles, par exemple selon cette étude, elle est de 66,6% (IC 95%, 64,9-68,3) chez les ouvrières, de 76,4% (IC 95%, 71,9-80,2) chez les ouvriers, mais aussi de 60,5% (IC 95%, 57,1-63,6) chez les employées (cols blancs) peu qualifiées. Restent discutés dans les études épidémiologiques la force de chacun des facteurs professionnels et leur poids relatif par rapport aux facteurs non professionnels (Lasfargues, Roquelaure, Fouquet, & Leclerc, 2003).

3.2.2 L'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité, pratiquée notamment par certains courants de l'ergonomie, prend pour objet l'activité réelle des travailleurs par le biais d'études de terrain détaillées et holistiques (prenant en compte l'ensemble de la situation, plutôt que de la décomposer en facteurs de risque). Cette option repose sur le constat d'un écart, présent dans tout travail, entre ce qui doit être fait, soit la tâche prescrite, et ce qui est réellement fait, soit le travail réel (Daniellou, 2005). En effet, les prescriptions ne suffisent jamais à effectuer le travail, ce dernier nécessitant toujours un rôle actif du travailleur. Au cours de leur travail, les personnes réalisent ainsi des compromis, des arbitrages entre diverses exigences : par exemple, accomplir sa tâche rapidement, faire face aux aléas de la production, à la diversité des pièces (ou des clients, des patients), assurer un travail de qualité, être attentif aux besoins de ses collègues, réduire les efforts accomplis ou encore éviter les accidents, etc. Les modes opératoires varient en fonction de l'interaction entre le poste et les caractéristiques de la personne (sa taille ou sa force, par exemple), son expérience et expertise, sa socialisation genrée à certains gestes et postures. Par exemple, une étude québécoise sur le travail à l'hôpital montre que les aides-soignants soulèvent le plus souvent les malades pour les déplacer, alors que leurs collègues femmes les font glisser horizontalement, ce qui entraîne des lésions différentes (Messing, 1996). Les modes opératoires varient aussi, pour la même

s'agit donc de la proportion de cas qui disparaîtraient dans le groupe exposé si on supprimait l'exposition. Elle peut être calculée à partir du risque relatif (RR) : fraction attribuable = $(RR-1) / RR$.

personne, en fonction des exigences spécifiques de la situation (par exemple, la prise en compte des capacités du patient, la disponibilité de ses collègues, pour une soignante appelée à déplacer un patient), de ses propres exigences et objectifs (par exemple, en fonction de l'état de fatigue et de la présence de douleurs). A cause de cette variabilité inter et intra-individuelle des modes opératoires, toute description généralisante des sollicitations biomécaniques imposées par une tâche ne peut être que très approximative (Coutarel, et al., 2005).

Les travailleurs ne subissent donc pas passivement des expositions à des facteurs de risques, mais développent des activités et des compromis plus ou moins favorables à leur santé. Ils peuvent aussi développer, individuellement et collectivement, des modes opératoires protecteurs de la santé et de la sécurité, ainsi que des « savoir-faire de prudence » (Cru, 1996). En ce sens, « les bonnes conditions de travail sont celles qui donnent au travailleur la liberté de construire une activité de travail favorable à sa santé » (Gollac & Volkoff, 2000, p. 9). Les transformations des conditions de travail, les innovations technologiques ou organisationnelles n'agissent pas de façon mécanique sur le risque de TMS, mais leurs conséquences dépendent des marges de manœuvre qu'elles autorisent au niveau des activités. Ce sont donc non seulement des évolutions comme l'intensification du travail ou le cumul des contraintes (notamment l'hybridation des contraintes industrielles et marchandes) qui accroissent le risque de TMS (Gollac & Volkoff, 1996), mais aussi, par exemple, la déstructuration des collectifs de travail sous l'effet de la sous-traitance et de l'intérim ou l'introduction de nouvelles technologies qui peuvent déstabiliser des compromis (relativement) protecteurs de la santé (Dembe, 1996). Au-delà de la pénibilité et des risques liés aux tâches, l'organisation du travail joue donc un rôle fondamental pour les atteintes à la santé (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2003).

Contrairement à d'autres types d'expositions comme les risques chimiques ou infectieux, dans le cas des TMS, c'est l'activité même de travail qui constitue l'exposition. Plus exactement, le geste de travail joue un rôle fondamental dans le développement des TMS. C'est pourquoi Bourgeois et Hubault (2005, p. 24) plaident pour une prise en considération de l'activité cognitive qui se réalise dans le geste, celui-ci ne se réduisant pas un simple mouvement : « Le reproche que l'on peut faire au diagnostic biomécanique des sollicitations articulaires, c'est qu'il ne dit rien des

intentions et des motifs qui sont à l'origine du geste. Ce dernier réalise une stratégie, en utilisant l'expérience des actions (dont des gestes) passées [...]. Le diagnostic des facteurs de risque TMS ne peut donc pas se contenter de décrire les entraves biomécaniques, mais doit considérer aussi celles, cognitives, qui font obstacle à la recherche "des meilleurs gestes" pour l'opérateur ». Les TMS sont dès lors à interpréter comme le symptôme d'un manque de marges de manœuvre, qui empêche le travailleur d'adapter ses gestes, ou plutôt de les développer, les affiner, pour faire face à la diversité des situations qu'il rencontre. A l'inverse, lorsque ce développement est possible, le geste remplit une fonction psychologique : « Quand les conditions sont réunies, le geste mobilise les ressources (ingéniosité, créativité, etc.) qui permettent à la personne de faire face aux contraintes qu'elle affronte, et c'est ainsi qu'il participe à la construction de la santé mentale et physique » (Bourgeois & Hubault, 2005, p. 25). Bien qu'ils soient souvent désignés comme pathologies d'hypersollicitation, les TMS seraient donc en même temps des pathologies d'hyposollicitation (Clot, Scheller, & Fernandez, 2003). Ils seraient les conséquences d'un développement empêché des gestes, d'une impossibilité de développer des gestes porteurs de sens (Clot, 2008; Coutarel, et al., 2005).

3.2.3 Epidémiologie et analyse de l'activité

L'analyse de l'activité ne met pas radicalement en question l'utilité des études épidémiologiques, mais souligne plusieurs de leurs limites (Coutarel, et al., 2005). Elle montre notamment la difficulté d'utiliser les liens statistiques observés au niveau épidémiologique pour saisir les troubles développés par des individus particuliers, dans des situations de travail particulières. Par ailleurs, l'approche analytique, qui décompose une situation de travail en facteurs (Gollac & Volkoff, 2000), passe à côté des activités qui sont en jeu dans la situation de travail et rencontre des difficultés notoires pour concevoir des démarches de prévention (Coutarel, et al., 2005). Toutefois, l'approche épidémiologique jouit d'une légitimité scientifique et sociale qui la rend incontournable. Par exemple, en France, ce sont les résultats d'études épidémiologiques qui ont conduit à modifier le tableau 57 des maladies professionnelles pour reconnaître les affections périarticulaires dues à certaines activités de travail (Hatzfeld, 2006).

3.3 Les systèmes d'indemnisation des accidents et maladies professionnels

Du point de vue des assurances sociales et contrairement au langage courant, l'expression « maladie professionnelle » ne désigne pas des maladies causées par le travail, mais il s'agit d'un concept juridique précis qui ouvre le droit à certaines prestations. C'est pourquoi, les définitions des maladies professionnelles sont extrêmement variables selon les époques et les pays. Elles s'inscrivent dans des systèmes d'assurances sociales spécifiques, dont dépendent les conditions de reconnaissance et les droits qui en découlent. Ces systèmes d'assurance de même que les contours de ce qui est reconnu comme maladie professionnelle sont le fruit de compromis entre les intérêts souvent contradictoires des employeurs et des salariés, et ils évoluent selon les rapports de force en présence (Lenoir, 1980). Les conflits concernant les maladies causées par l'amiante, mettant aux prises associations de victimes et industriels de l'amiante, sont probablement l'exemple le plus connu des luttes pour la reconnaissance des maladies professionnelles (Henry, 2003; Thébaud-Mony, 2007). D'autres rapports de force se jouent hors de l'attention publique. Par exemple, Déplaud (2003) analyse comment en France, les discussions autour de l'inscription des lombalgies dans les tableaux de maladies professionnelles, menées au sein de la *Commission des maladies professionnelles*, cristallisent une opposition entre représentants des organisations syndicales et patronales, ainsi qu'entre les experts médicaux alliés aux unes et aux autres. La définition de ce qui constitue une maladie professionnelle est aussi façonnée par les rapports sociaux⁴⁷ de sexe, les atteintes à la santé qui touchent les femmes du fait de leur activité professionnelle étant en général moins bien reconnues que celles qui affectent les hommes (Messing, 2000; Vogel, 2003).

⁴⁷ J'emprunte le concept de rapport social à Danièle Kergoat qui le définit comme « une tension qui traverse le champ social. [...]. Cette tension érige certains phénomènes sociaux en enjeux autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagoniques » (2000, p. 39). Par exemple, on peut considérer que les hommes et les femmes sont des groupes sociaux en tension, entre autres, autour de l'enjeu de la division du travail, alors que les employeurs et les salariés sont des groupes sociaux en tension notamment autour de la répartition des richesses produites.

Je relèverai ici deux thèmes présents dans la littérature : l'inscription de la santé au travail dans un système d'assurance plutôt que de santé publique et la faible reconnaissance des maladies professionnelles.

3.3.1 Un système d'assurance

Au XIX^e siècle, alors que les accidents du travail se multipliaient du fait de l'industrialisation, les victimes ou leurs familles devaient engager des procédures en justice contre l'employeur ou un tiers afin d'obtenir une indemnisation. En Suisse, une première amélioration fut l'introduction d'une responsabilité de l'employeur même en l'absence de faute de sa part (mais l'indemnisation était réduite ou supprimée en cas de faute de l'ouvrier). Par rapport à ce régime dit de responsabilité civile, l'introduction d'une assurance contre les conséquences des accidents et maladies professionnelles (entrée en vigueur en 1918 en Suisse) constitua un progrès important, puisqu'elle permit de garantir l'accès à des prestations indépendamment de la notion de faute et en évitant des procédures en justice à l'issue incertaine.

Toutefois, en faisant de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle des risques assurables, l'assurance contribua paradoxalement à les rendre socialement acceptables (Ewald, 1986). Selon Thébaud-Mony (1997, p. 559), la logique de l'assurance s'oppose en effet à une logique de santé publique qui « supposerait en fonction de connaissances scientifiques de plus en plus précises, la maîtrise des risques au travail et la recherche de l'amélioration des conditions collectives de santé au travail ». A l'inverse, la logique de l'assurance a pour objectif la réparation financière de risques considérés comme inéluctables, ce qui masque les conditions de leur survenue et notamment les choix organisationnels qui contribuent à les produire. Elle réduit les accidents et maladies professionnels à un problème économique : « Dans la mesure où la maîtrise des risques et l'amélioration des conditions de travail sont inscrites dans un rapport coût/efficacité, la prévention des atteintes liées au travail n'acquiert de légitimité que si le coût qu'elle représente ne constitue pas un préjudice pour la "santé" économique des entreprises » (Thébaud-Mony, 1997, p. 559). Par ailleurs, l'introduction de l'assurance contribua à déplacer les revendications du mouvement ouvrier. Les maladies dues au travail donnaient lieu à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle à des luttes récurrentes (Vogel, 1999). Parmi les plus connues, on

peut citer la grève des allumettières en France en 1895 pour revendiquer l'abandon du phosphore blanc qui provoquait une nécrose des mâchoires (Vogel, 1999) ou la lutte contre le « blanc de céruse », peinture à base de plomb engendrant le saturnisme (Buzzi, Devinck, & Rosental, 2006). Grâce notamment à l'assurance, la revendication de meilleures prestations sociales en cas d'accident ou de maladie supplanta l'action sur les conditions de travail (Dwyer, 1991, pp. 30-33), permettant de réduire (sans la faire disparaître) la conflictualité sociale autour des lésions professionnelles.

Dans le cadre de ce système assurantiel, la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles recouvre divers enjeux. Pour les salariés, un enjeu fondamental est l'accès à des prestations favorables des assurances sociales, en particulier frais de traitements, compensation du salaire et rente en cas d'invalidité⁴⁸. Du point de vue des employeurs, l'enjeu principal concerne la prise en charge des coûts engendrés par ces maladies. En effet, en Suisse comme dans d'autres pays, les primes d'assurances pour les maladies et accidents professionnels sont entièrement à la charge des employeurs. Plus généralement, en l'absence d'une véritable politique de santé publique sur ce thème, la reconnaissance par l'assurance est l'un des seuls facteurs conférant une visibilité sociale aux atteintes à la santé dues au travail et fournissant un point d'appui pour la transformation des conditions de travail (Thébaud-Mony, 1991, p. 107). Enfin, cette reconnaissance a un impact sur le sens donné à la maladie et sur l'identité des personnes atteintes (Ewan, Lowy, & Reid, 1991; Lippel, 2007).

3.3.2 La faible reconnaissance des maladies professionnelles

Dans tous les pays qui connaissent des systèmes d'assurance des risques professionnels, seule une petite minorité des maladies causées par le travail est reconnue comme maladies professionnelles. Les TMS n'échappent pas à la règle (Conne-Perréard, et al., 2001; Kome, 1998; Lippel, 2008; Messing, 2000). Le faible taux d'indemnisation par rapport à la fréquence réelle du problème résulte de filtres successifs (Azaroff, Levenstein, & Wegman, 2002). J'en retiendrai trois : la définition restrictive des maladies professionnelles, la sous-déclaration des cas qui pourraient répondre à cette

⁴⁸ Contrairement à la France, il n'y a pas en Suisse d'obligation de reclassement découlant de la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

définition et la sévérité des critères mis en œuvre par les assurances pour statuer sur les cas qui leur sont annoncés.

En ce qui concerne le premier filtre, toute maladie liée au travail n'est pas susceptible d'être reconnue comme maladie professionnelle. La définition repose généralement sur des listes ou tableaux qui spécifient les pathologies et les critères d'acceptation. Sans entrer dans les détails, il est utile de donner quelques points de repère sur la reconnaissance des TMS au niveau international qui est souvent invoquée comme argument dans les débats en Suisse. En ce qui concerne l'Union européenne, les systèmes nationaux de protection sociale restent très hétérogènes du point de vue des affections susceptibles d'être reconnues⁴⁹. Les listes de maladies professionnelles sont en outre difficilement comparables entre elles, car elles ne sont pas organisées de manière identique (catégories très générales ou précises, organisation par diagnostic ou par processus de l'atteinte, énoncé ou non d'une liste des travaux susceptibles de provoquer l'affection, etc.) (Eurogip, 2006, pp. 3-5; 2009). Depuis 1966, la Commission européenne édicte toutefois des recommandations non contraignantes visant à harmoniser la reconnaissance des maladies professionnelles. La recommandation de 2003 mentionne quatre grands types de TMS sur la liste des maladies « reconnues scientifiquement comme d'origine professionnelle, susceptibles d'indemnisation et devant faire l'objet de mesures préventives » (Commission européenne, 2003, p. 238). Il s'agit des « maladies des bourses périarticulaires dues à la pression » ou bursites (genou, coude, épaule), des affections par surmenage des gaines tendineuses, du tissu péri-tendineux ou des insertions musculaires et tendineuses, des lésions du ménisque dues au travail à genou ou accroupi, et enfin des « paralysies des nerfs dues à la

⁴⁹ Il faudrait ajouter que les systèmes nationaux se distinguent également par les critères de reconnaissance (par exemple, existence d'une présomption d'origine), les procédures (par exemple, possibilité pour l'employeur de s'opposer à la décision) ainsi que les prestations (par exemple, montant et durée des prestations d'assurance). Pour des comparaisons, voir la base de données *Mutual Information System on Social Protection* de l'Union européenne (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_fr.htm) et les publications du groupement Eurogip (<http://www.eurogip.fr>).

pression ». Dans cette dernière catégorie, le syndrome du canal carpien est désormais explicitement cité.

Autre institution de référence, l'Organisation internationale du travail (OIT) inclut sur sa *Recommandation 194 sur la liste des maladies professionnelles* les « troubles musculo-squelettiques causés par une activité professionnelle particulière ou par un milieu de travail comportant des facteurs de risque particuliers » (Organisation internationale du travail, 2002). Dans la version révisée en 2010, l'OIT mentionne désormais explicitement différents types de TMS : ténosynovites du pouce, de la main et du poignet dues à « des mouvements répétitifs, des efforts intenses ou des postures extrêmes du poignet », bursites du coude et du genou (dues à la pression ou à la position agenouillée), « épicondylite due à un travail répétitif intense », lésions méniscales et « syndrome du canal carpien dû à un travail répétitif intense pendant des périodes prolongées, des vibrations, des postures extrêmes du poignet ou une combinaison de ces trois facteurs » (Organisation internationale du travail, 2010, p. 6). Il y a donc une convergence dans les organisations internationales sur la reconnaissance de certains TMS dus à l'usage de la force, aux postures contraignantes et aux mouvements répétitifs. Toutefois, les systèmes nationaux de reconnaissance des maladies professionnelles continuent à présenter des différences importantes concernant les diagnostics inclus sur les listes et les critères de reconnaissance. Ils sont souvent plus sévères que les recommandations citées ci-dessus (Eurogip, 2009), ce qui empêche la déclaration et la reconnaissance de nombre d'affections causées par les activités professionnelles.

Au sujet du deuxième filtre, la sous-déclaration de lésions qui pourraient entrer dans le système d'indemnisation est un phénomène attesté par la littérature internationale (pour le Canada, voir Alamgir, Koehoorn, Ostry, Tompa, & Demers, 2006; pour l'Europe, De Bruq, 2001; pour les Etats-Unis, Morse, et al., 2005; Rosenman, et al., 2000; Shannon & Lowe, 2002). Les études relèvent divers freins à la déclaration, parmi lesquels on peut citer, de manière non exhaustive : l'ignorance concernant les droits ou les procédures ; le fait de ne pas percevoir le lien entre conditions de travail et maladie, de considérer par exemple que cette dernière est une conséquence normale du vieillissement ; à l'inverse, la représentation que la douleur ou l'atteinte à la santé sont des conséquences ordinaires et inévitables du travail ; la crainte d'un licenciement ou

d'autres formes de représailles ; le désintérêt, voire l'opposition, de l'employeur face aux démarches ; la peur d'encourir la désapprobation de ses collègues ; l'absence d'identification d'un lien avec l'activité professionnelle de la part des médecins ; l'anticipation d'un éventuel échec de la démarche d'indemnisation ou la crainte de procédures longues et difficiles (Azaroff, et al., 2002; Dembe, 2001; Diricq, 2008; Gisquet, et al., 2011; Guberman & Côté, 2005; Lippel, et al., 2005; Thébaud-Mony, 1991).

En ce qui concerne le troisième filtre, les assurances n'acceptent qu'une partie des cas qui leur sont annoncés. En tant que maladies multifactorielles, les TMS sont particulièrement sujets à contestation puisque des facteurs concurrents peuvent être invoqués pour réfuter leur causalité professionnelle, par exemple, le vieillissement, les maladies associées, les activités extraprofessionnelles, etc. (Lippel, Messing, Stock, & Vézina, 1999).

Les obstacles à la reconnaissance sont plus grands pour certaines catégories de travailleurs. Par exemple, au Québec les travailleurs migrants accèdent plus difficilement à l'indemnisation (Gravel, 2006; Gravel, et al., 2006). Déclarant moins de lésions professionnelles, notamment du fait d'une insertion plus précaire dans l'emploi, ils sont aussi défavorisés au cours du processus d'indemnisation par un manque de maîtrise de la langue. Par ailleurs, des études dans divers contextes nationaux montrent que les maladies professionnelles des femmes sont généralement moins bien reconnues que celles des hommes (Guthrie & Jansz, 2006; Messing, 2000; Vogel, 2003). Elles mettent en évidence plusieurs facteurs explicatifs. Tout d'abord, la conception même des listes et tableaux peut comporter des biais de genre (Vogel, 2003). Divers obstacles peuvent ensuite entraver la déclaration et l'acceptation des maladies touchant les femmes, notamment les stéréotypes de certains acteurs (médecins, assureurs, etc.) sur la pénibilité et les risques du travail effectué par les femmes, le manque d'études scientifiques sur les travaux féminisés, l'utilisation erronée des résultats d'études épidémiologiques par certains assureurs et tribunaux, le moindre taux de syndicalisation des femmes, les carrières discontinues et le travail à temps partiel (Guthrie & Jansz, 2006; Lippel, 2003; Messing, 2000; Vogel, 2003). Toutefois, il faut aussi relever que dans certains contextes, notamment en France ces dernières années, les cas de TMS

reconnus sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2006; Euzenat, 2010).

3.4 Conclusion

Les débats sur les TMS ne sont pas uniquement des controverses scientifiques. Au contraire, en analysant l'émergence des RSI, puis des TMS, on peut montrer que les prises de position sont fondamentalement marquées par les intérêts opposant employeurs et salariés. Attribuer une cause professionnelle aux TMS revient en effet à mettre en question les conditions dans lesquelles le travail est effectué. Potentiellement, cela peut conduire les salariés à thématiser un conflit entre les exigences de protection de leur santé et les exigences de rentabilité des entreprises. En effet, si l'on considère que les TMS découlent de caractéristiques des conditions de travail comme les cadences, la parcellisation du travail, l'absence de pouvoir des salariés dans l'entreprise (etc.) alors la lutte contre les TMS remet directement en question les objectifs de rentabilité et la répartition du pouvoir dans les entreprises. Toutefois, ce conflit ne s'exprime que rarement frontalement. La manière dont les TMS sont perçus socialement est en effet structurée par des dispositifs institutionnels. Parmi ceux-ci, les systèmes assurantiels d'indemnisation des risques professionnels jouent un rôle fondamental. D'une part, ils introduisent un tiers entre employeurs et salariés, qui permet de transformer partiellement un conflit sur les conditions de travail en conflit sur les prestations d'assurance (Dwyer, 1991). D'autre part, ils représentent une instance légitime de définition des risques professionnels, qui en l'absence de dispositifs indépendants, influence grandement ce qui est reconnu socialement comme atteintes à la santé dues au travail (Daubas-Letourneux, 2005; Thébaud-Mony, 1991). Toujours au niveau des dispositifs institutionnels, il faut également mentionner que les recherches épidémiologiques constituent la source légitime de production de connaissances scientifiques sur les liens entre maladies et travail (Thébaud-Mony, 2007). Cette focalisation sur les approches épidémiologiques tend à faire appréhender les TMS sous l'angle de facteurs distincts, plutôt que de l'intrication entre dimensions physiques et psychiques et ne fournit que peu de ressources pour comprendre les pathologies développées par des individus singuliers. L'approche interactionniste propose toutefois de ne pas se limiter aux dispositifs institutionnels, mais de considérer également la

manière dont divers acteurs sociaux mettent en œuvre, retravaillent ou contestent les catégorisations institutionnelles.

La revue de la littérature montre l'importance qu'ont eue des acteurs particuliers pour l'interprétation des TMS dans différents contextes, par exemple en Australie, les syndicats et associations féministes ainsi que les médecins de différentes spécialités, en France, les spécialistes de la santé au travail (médecins, ergonomes), etc. Ces acteurs ont différents intérêts dans la définition des TMS, par exemple, il peut s'agir d'étendre le domaine de compétence d'un groupe professionnel en faisant reconnaître les TMS comme étant de son ressort, de rendre visibles des maladies vécues par les femmes, etc. Leurs activités peuvent contribuer à transformer des réalités institutionnelles, par exemple influencer la manière de concevoir les études épidémiologiques ou modifier les listes de maladies professionnelles. Les institutions et les acteurs sociaux font ainsi vivre différents points de vue sur les TMS, que les personnes atteintes de TMS sont susceptibles de rencontrer dans différents contextes, par exemple, médias et publications, consultations médicales, procédures avec les assurances sociales, rencontres syndicales, interactions quotidiennes avec les collègues, les proches, etc. Avant d'étudier la manière dont les définitions des TMS et les explications de leurs causes interviennent dans les trajectoires de personnes atteintes et dans le sens qu'elles donnent à leurs troubles, je commencerai par analyser le dispositif institutionnel de reconnaissance des maladies professionnelles en Suisse et la manière dont il définit les TMS.

4 La reconnaissance des maladies professionnelles en Suisse : les aspects légaux et leurs conséquences

Comment définit-on, en Suisse, ce qui constitue une maladie professionnelle ? Comment cette notion s'inscrit-elle dans le système des assurances sociales ? Quels sont les enjeux de la reconnaissance d'une pathologie comme maladie professionnelle ? Afin de répondre à ces questions, je commencerai par un aperçu historique du développement de l'assurance contre les risques professionnels et de la catégorie de maladie professionnelle. Je présenterai ensuite le système actuel d'assurance, la définition actuelle des maladies professionnelles et les enjeux de la reconnaissance en termes de prestations et de prise en charge des coûts.

4.1 La mise en place de l'assurance contre les accidents et les maladies professionnelles

Pour comprendre les caractéristiques du système d'assurance-accidents, il est utile de situer son émergence et de revenir sur la situation qui prévalait avant sa mise en place.

4.1.1 Avant l'assurance : la responsabilité civile de l'employeur

La *Loi fédérale concernant le travail dans les fabriques du 23 mars 1877* (dite « *Loi sur les fabriques* ») instaura une première forme de protection contre les risques professionnels. Auparavant, l'ouvrier devait assumer seul les conséquences d'un accident ou d'une maladie dus au travail à moins d'être en mesure de prouver la faute d'un tiers (Sommer, 1978). Outre des dispositions concernant les conditions de travail (durée du travail, interdiction du travail de nuit et du dimanche pour les femmes, etc.) et la sécurité au travail, la *Loi sur les fabriques* instaura la responsabilité civile des fabricants pour les accidents survenus dans leur entreprise, même sans faute de leur part, et leur obligation d'indemniser les victimes. L'indemnisation était en revanche

réduite ou supprimée en cas de faute de l'ouvrier. Cette loi prévoyait aussi d'étendre la responsabilité de l'employeur à des maladies graves causées par certains travaux⁵⁰.

Ces dispositions sur la responsabilité civile furent précisées dans la *Loi fédérale sur la responsabilité civile des fabricants* (1881), puis dans la *Loi fédérale sur l'extension de la responsabilité civile* (1887) qui étendit la responsabilité des employeurs à certaines entreprises hors des fabriques, par exemple celles du bâtiment (Hartmann, Borel, Gähler, Stegmann, & Wechsler, 1993, p. 9). En ce qui concerne les maladies dues au travail, le Conseil fédéral dressa, en 1887, la liste des substances engageant la responsabilité des fabricants⁵¹ (Conseil fédéral, 1887). Les conditions étaient toutefois très restrictives : seules étaient concernées les maladies causées « certainement et exclusivement » par les substances de la liste (Maurer, 1985, p. 207).

Le système de responsabilité civile montra rapidement ses limites. Les ouvriers avaient de grandes difficultés à obtenir réparation de la part des entreprises. Il était aisé pour un entrepreneur de prétendre que l'ouvrier s'était blessé par sa propre faute et les ouvriers disposaient de peu de moyens pour poursuivre les patrons en justice (Sommer, 1978, p. 78). La responsabilité civile avait également conduit de nombreuses entreprises à conclure des assurances privées contre les accidents et des assurances de responsabilité civile. Ce marché était caractérisé par une concurrence et une recherche de profits qui conduisaient les assurances à contester l'octroi de prestations aux ouvriers (Sommer, 1978, pp. 79-80). A l'instar d'autres contextes nationaux, par exemple la France (Ewald, 1986) et la Grande-Bretagne (Dwyer, 1991), le régime de responsabilité civile était aussi perçu comme un facteur exacerbant le conflit de classes, notamment parce que les procès étaient également l'occasion pour les travailleurs de dénoncer l'exploitation capitaliste conduisant selon eux aux accidents et de mener des luttes

⁵⁰ Article 5d : « Le Conseil fédéral désignera, en outre, celles des industries dont l'exercice suffit à engendrer certaines maladies graves, auxquelles s'étendra la responsabilité prévue pour les accidents. »

⁵¹ Les substances de la liste sont le plomb, le mercure, l'arsenic (et leurs combinaisons), le phosphore jaune, des « gaz irrespirables » (comme l'acide sulfureux, l'acide chlorhydrique, etc.), des « gaz vénéneux » (comme l'acide sulfhydrique ou l'acide carbonique), le cyanogène et ses combinaisons, la benzine, l'aniline, la nitroglycérine et les virus de la variole, du charbon et de la morve (Conseil fédéral, 1887).

collectives contre des employeurs. C'est pourquoi, dès les années 1880, les débats politiques portèrent sur l'introduction d'un système d'assurance obligatoire contre les accidents. Comme le résumait Ludwig Forrer, alors conseiller national, dans un rapport préparant l'introduction d'un article constitutionnel sur l'assurance contre les accidents et les maladies : « L'assurance est le mot d'ordre de notre époque. La responsabilité civile, c'est la guerre ; l'assurance est la paix. » (Conseil fédéral, 1890, p. 385)

4.1.2 Introduction d'un système d'assurance : la Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents

En 1890, le principe d'une assurance en cas de maladie et d'accidents fut accepté en votation populaire et inscrit dans la Constitution fédérale (Hartmann, et al., 1993). Il fallut ensuite presque trente ans pour que ce principe se traduise par une assurance effective. La *Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents* (LAMA) fut adoptée en 1911 et l'assurance-accidents commença à fonctionner en 1918. Par ce biais, les travailleurs de l'industrie et de quelques autres secteurs (bâtiment, transports notamment) étaient assurés contre les accidents professionnels ou non professionnels⁵² et les maladies professionnelles. Le monopole était détenu par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA)⁵³, institution autonome et tripartite (administrée par des représentants des patrons, des travailleurs et de l'Etat) assurant selon le principe de la mutualité. Les grands principes des prestations et du financement restèrent les mêmes jusqu'à aujourd'hui : des prestations couvrant notamment la perte de gain (à 80%), la prise en charge intégrale des frais de traitement ainsi que des rentes en cas d'invalidité et de décès ; des primes pour les accidents et maladies professionnels payées par les employeurs (ce qui correspond à la reconnaissance de leur responsabilité

⁵² Le fait d'inclure à la fois les accidents professionnels et non professionnels est une particularité du système suisse. Ce choix visait à éviter les litiges sur le caractère professionnel ou non des accidents, ainsi qu'à garantir une égalité de traitement (Conseil fédéral, 1906, pp. 286-287). Les primes pour les accidents non professionnels peuvent toutefois être reportées sur les salariés.

⁵³ En allemand « Schweizerische Unfallversicherungsanstalt » abrégé Suva. Depuis les années 1990, cette institution utilise le sigle Suva aussi dans ses documents en français et en italien. J'utiliserai le terme CNA pour la description des aspects historiques et légaux, et le terme Suva lorsque celui-ci est utilisé par cette institution.

pour les atteintes professionnelles). L'assurance offrait donc des prestations relativement étendues, mais elle ne couvrait qu'une partie des travailleurs, essentiellement des ouvriers de sexe masculin.

4.1.3 La reconnaissance des maladies professionnelles et son évolution sous la LAMA

Lors de son entrée en vigueur, la LAMA définissait comme maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou essentiellement à une liste de « substances dont la production ou l'emploi engendre certaines maladies graves » (art. 68 LAMA). Cette liste, concrétisée par l'article 57 de *l'Ordonnance I sur l'assurance-accidents* du 25 mars 1916, contenait déjà plus de quarante substances et fut encore étendue en 1920 (Conseil fédéral, 1916, pp. 132-133; 1920). Le concept de maladie professionnelle ne concernait alors que l'action de substances nocives et non des maladies liées à l'activité de travail, par exemple des mouvements et postures. Cependant, le Conseil d'administration de la CNA constata rapidement les lacunes de la liste et décida, en 1918 déjà, de permettre l'octroi de prestations bénévoles à certaines conditions pour des substances hors liste ou pour des maladies causées par certains travaux (Maurer, 1985, p. 207). Grâce à cela, la Suisse disposait dans la première moitié du XX^e siècle d'un système de reconnaissance des maladies professionnelles particulièrement développé (plus par exemple que la France) (Buzzi, et al., 2006, p. 25). Elle était en avance sur les obligations définies par la Convention 18 de l'Organisation internationale du travail (OIT) concernant la réparation des maladies professionnelles, qu'elle fut parmi les premiers pays à ratifier (Organisation internationale du travail, 1925)⁵⁴.

Par la suite, il y eut un certain élargissement de la notion de maladie professionnelle. En 1956, des affections causées par l'activité même de travail (et non par des substances) furent introduites sur la liste, avec toutefois la mention que les maladies concernées devaient s'être « développées dans un laps de temps relativement court » (Conseil

⁵⁴ Les exigences de cette convention étaient certes assez minimales : mise en place d'un système de réparation des maladies professionnelles au moins équivalent à celui des accidents du travail, reconnaissance des maladies dues au plomb, au mercure et des infections par la maladie du charbon.

fédéral, 1956, p. 673)⁵⁵. Cela concernait entre autres deux affections que l'on considère aujourd'hui comme des TMS : les « paralysies nerveuses périphériques par pression prolongée » et les tendovaginites de type « *peritendinitis crepitans* ». La même année, le Conseil d'administration de la CNA confirma le principe d'octroyer des prestations pour certaines maladies hors liste. Il instaura une clause générale qui autorisait la direction de la CNA « à titre d'essai et sans préjudice pour l'avenir, à allouer également les prestations d'assurance pour les affections qui ont été causées exclusivement et avec certitude par le travail dans une entreprise assujettie à l'assurance obligatoire et qui ne peuvent pas être l'effet d'une autre maladie » (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1968, p. 55). Dans les faits, la CNA n'appliqua pas des critères aussi stricts, se contentant d'une causalité de 80% (Maurer, 1985, p. 208). Cette disposition visait par exemple à reconnaître des cas de bursites chroniques dues à des pressions prolongées ou de surdité causée par des bruits industriels, des maladies que le Conseil fédéral intégra en 1963 sur la liste des maladies professionnelles (Conseil fédéral, 1963). Le Conseil fédéral abandonnait en même temps l'idée que les pathologies liées à l'activité de travail devaient forcément se développer de manière rapide pour être reconnues comme maladies professionnelles (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1968).

En résumé, de l'entrée en vigueur de la LAMA à son remplacement par la *Loi sur l'assurance-accidents* (LAA) en 1984, les possibilités de reconnaissance des maladies professionnelles s'élargirent. Les décisions du Conseil d'administration de la CNA jouèrent un rôle clé pour indemniser de nouvelles maladies. En particulier, on passa d'une définition très réduite des maladies professionnelles, ne prenant en compte que l'effet de substances toxiques, à une définition incluant des affections dues à l'accomplissement même du travail, notamment certains TMS. Mais malgré ces

⁵⁵ Liste figurant sur l'*Ordonnance relative aux maladies professionnelles* qui avait remplacé en 1952 l'article 47 de l'*Ordonnance I du 25 mars 1916 sur l'assurance-accidents*. Outre l'introduction de cette ordonnance spécifique sur les maladies professionnelles, la révision mineure de la LAMA de 1947 avait justement donné la possibilité d'ouvrir la liste à des maladies qui n'étaient pas provoquées par des substances (Maurer, 1985, p. 207).

évolutions, le nombre de maladies professionnelles reconnues resta limité par rapport à l'étendue des atteintes à la santé dues au travail.

4.2 Le cadre légal actuel : la Loi fédérale sur l'assurance-accidents

La *Loi fédérale sur l'assurance-accidents* (LAA) du 20 mars 1981 entra en vigueur en 1984, remplaçant le volet « accident » de la LAMA. Je résumerai ses principales dispositions avant d'examiner la définition des maladies professionnelles.

4.2.1 Assurés et assureurs

La LAA introduisit deux changements majeurs par rapport à l'ancien droit. Tous les travailleurs⁵⁶, quel que soit leur secteur d'activité, furent désormais assurés de manière obligatoire et le domaine de l'assurance-accidents devint un marché ouvert à d'autres assureurs⁵⁷ que la CNA. Cette dernière conserve un monopole sur les secteurs considérés comme les plus dangereux en termes d'atteintes à la santé (Hartmann, et al., 1993). En 2009, elle assurait 21% des entreprises et 51% des salariés (Suva, 2011c). Les autres assureurs sont agréés par l'Office fédéral de la santé publique. En 2011, il s'agissait de vingt-trois institutions d'assurance privées, huit assureurs maladie et deux caisses publiques d'assurance-accidents (Office fédéral de la santé publique, 2011). La CNA assure selon le principe de la mutualité, c'est-à-dire que les primes encaissées financent les prestations (ainsi que les frais administratifs et un supplément pour la prévention) alors que les autres assureurs sont autorisés à tirer des bénéfices de leur activité (selon des modalités expliquées dans Jaeger, 2004).

⁵⁶ Notion qui recouvre les personnes qui travaillent pour le compte d'autrui. Les indépendants peuvent s'assurer à titre facultatif.

⁵⁷ Ces assureurs assuraient déjà de manière non obligatoire une grande partie des salariés non couverts par la LAMA, car la majorité des conventions collectives de travail obligeaient les entreprises à conclure des assurances-accidents (Conseil fédéral, 1976a, pp.155-156). Le souci de protéger leurs intérêts économiques incita le législateur à instaurer un marché de l'assurance-accidents obligatoire plutôt que d'accorder le monopole de toute l'assurance-accidents à la CNA (Sommer, 1978, p. 635).

4.2.2 Les prestations

Les prestations de l'assurance-accidents sont les suivantes (Suva, 2007a) :

- prise en charge intégrale des frais médicaux, pharmaceutiques et de réadaptation jugés nécessaires ;
- indemnités journalières de 80% du gain assuré⁵⁸ : dès le troisième jour d'arrêt de travail et jusqu'au moment où la personne a retrouvé sa capacité de travail, reçoit une rente ou décède ;
- rente d'invalidité : 80% du gain assuré pour une invalidité totale, réduite en cas d'invalidité partielle. Le taux d'invalidité est obtenu en comparant ce que la personne gagnait avant l'atteinte à la santé avec ce qu'elle pourrait encore gagner malgré cette atteinte. Une rente est versée à partir de 10% de taux d'invalidité. Le cas échéant, la rente de l'assurance-accidents est servie en complément à une rente de l'AI ou de l'AVS. Le cumul des rentes ne peut toutefois pas excéder 90% du gain assuré ;
- rente de survivants pour les enfants et dans certains cas pour le conjoint ;
- indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle ou psychique, visant la réparation symbolique d'une atteinte durable⁵⁹ ; indemnité en capital pour troubles psychogènes⁶⁰ ;
- allocation pour impotent.

4.2.3 Les primes

Les primes pour les risques professionnels, à la charge des employeurs, sont calculées sur la somme des salaires assurés dans l'entreprise. Le système n'est pas totalement solidaire, puisque les entreprises sont réparties par catégories de risques avec des taux

⁵⁸ Le gain assuré est plafonné : le montant maximum assuré était de 106 800 francs par an de 2000 à 2007, il est de 126 000 dès 2008 (art. 22, al. 1, OLAA).

⁵⁹ Un barème indique les montants correspondant à différentes atteintes, par exemple 20% du gain maximum assuré pour la perte d'un pouce, 30% pour la perte de la vue d'un côté, etc. (annexe 3 OLAA).

⁶⁰ Cette prestation a pour but d'aider une personne à surmonter des troubles psychogènes (non organiques) survenus suite à un accident ou une maladie professionnelle. Elle est en principe versée à la place d'une rente (Suva, 2007a, p. 60).

de primes différenciés. Les entreprises les plus dangereuses du point de vue des risques professionnels (reconnus) paient donc des primes plus élevées, disposition qui a pour but d'inciter les employeurs à la prévention.⁶¹

4.2.4 La procédure et les voies de recours

En ce qui concerne la procédure, la personne atteinte doit annoncer le cas à son employeur, qui lui-même l'annoncera à l'assurance (art. 45 LAA). Si l'employeur ne le fait pas, la personne elle-même peut faire la déclaration directement à l'assurance (art. 53 OLAA). L'instruction peut mettre en œuvre plusieurs moyens, outre le rapport médical du médecin traitant : visite dans l'entreprise afin de déterminer les facteurs professionnels de la maladie, entretien d'un représentant de l'assurance avec la personne concernée, examen médical par le médecin de l'assurance ou expertise médicale externe. Sur la base de ces éléments, l'assurance rend une décision à laquelle il est possible de faire opposition. L'assurance doit alors réexaminer le cas, y compris d'éventuels faits nouveaux, et rendre une décision sur opposition. Des recours sont possibles au tribunal cantonal des assurances (art. 57 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA), puis au Tribunal fédéral⁶² (art. 62 LPGA).

⁶¹ Depuis les années 1990, la Suva a de plus introduit pour les entreprises au-delà d'un certain chiffre d'affaire un système de bonus-malus qui fait varier les primes en fonction de la fréquence et du coût des accidents de l'entreprise même. Toutefois, le système bonus-malus ne prend en compte que les coûts engendrés par les accidents et non ceux des maladies professionnelles (Suva, 2007b). Ce détail n'est pas toujours connu des acteurs de terrain d'après ce que j'ai pu constater lors de ma recherche, ce qui peut avoir des répercussions sur les pratiques de déclaration. En effet, on peut penser que la crainte (en l'occurrence injustifiée) d'une augmentation des primes risque de dissuader certains employeurs de déclarer des cas à l'assurance-accidents.

⁶² Jusqu'au 31 décembre 2006, il s'agissait du Tribunal fédéral des assurances. A la différence des recours concernant notamment l'AI, les recours concernant l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents peuvent porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 de la Loi sur le Tribunal fédéral).

4.2.5 La prévention des maladies professionnelles

La LAA comporte des dispositions sur la prévention des accidents et maladies professionnels. Elle prévoit que la responsabilité de la prévention incombe en priorité à l'employeur, qui « est tenu de prendre, pour prévenir les accidents et maladies professionnels, toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions données », alors que les employés sont tenus de le seconder dans l'application des mesures (art. 82 LAA). En vertu de l'article 83 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions plus précises sur les mesures de prévention. Parmi celles-ci, l'*Ordonnance sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles* (OPA) comporte des dispositions détaillées, par exemple sur la sécurité des bâtiments, des équipements de travail, l'aération, la protection contre le bruit, etc. Elle oblige les employeurs à informer les travailleurs des risques et les instruire des mesures à prendre pour les prévenir (art. 6 OPA). Elle prévoit également le droit des travailleurs à être consultés « sur toutes les questions relatives à la sécurité au travail » (art. 6a OPA).

Cette ordonnance définit par ailleurs les organes compétents pour la surveillance de la sécurité au travail. La CNA est chargée de surveiller l'application des prescriptions concernant les accidents professionnels dans certains types d'entreprises et pour certains types d'équipement (art. 49 OPA) présentant des dangers particuliers. Parmi les organes d'exécution de la Loi sur le travail, les inspections du travail cantonales sont compétentes dans les autres cas (art. 47 OPA). Dans la surveillance de la sécurité au travail, les organes fédéraux d'exécution de la Loi sur le travail (SECO) collaborent également pour les entreprises de la compétence de la CNA. Cette collaboration est réglée par la Commission de coordination (art. 48 OPA). En ce qui concerne les maladies professionnelles en revanche, c'est la CNA qui est chargée de surveiller l'application des prescriptions dans toutes les entreprises (art. 50 al. 1 OPA). A noter que les organes d'exécution jouent un double rôle : d'une part, un rôle de contrôle, qui implique de vérifier si les entreprises prennent les mesures nécessaires et le cas échéant, de les contraindre à le faire, d'autre part, un rôle de conseil et d'information pour les employeurs et employés (Suva, 2009, p. 84). Leurs dépenses sont financées par un

supplément de prime de 6,5% des primes nettes de l'assurance contre les accidents professionnels⁶³. Par ailleurs, l'OPA instaure l'obligation pour certaines entreprises de faire appel à des spécialistes pour évaluer les risques concernant la sécurité et la santé, ainsi que les renseigner sur les mesures à prendre (art. 11a-g). La *Directive relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail (Directive MSST)*⁶⁴ concrétise cette obligation. Malgré la volonté d'adopter une approche systémique de la santé et de la sécurité, cette directive est davantage axée sur la prévention des accidents et des maladies professionnelles que sur la protection de la santé des travailleurs en général (pour une discussion critique, voir : *Raisons d'agir sur le lieu de travail*, 1999).

4.3 La définition actuelle des maladies professionnelles

Les maladies professionnelles sont définies comme suit à l'article 9 de la LAA :

1 Sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGa) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent.

2 Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle.

⁶³ Soit environ 116 millions de francs pour l'année 2010 (Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail, 2011). La répartition du budget est effectuée par la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST). Instituée par l'art. 85 LAA, cette dernière coordonne l'activité des organes d'exécution dans le domaine de prévention des accidents et maladies professionnels. Elle est composée d'un président désigné par la Suva et de dix membres proposés par la Suva, les assureurs privés, les caisses-maladies et le SECO. Les employeurs et travailleurs disposent de deux délégués chacun, l'Office fédéral de la santé publique d'un délégué. Le président et les membres sont nommés par le Conseil fédéral (Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail, 2006).

⁶⁴ Directive édictée en 1996 par la CFST et révisée en 2006.

3 Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA).

Tout comme l'ancien droit, la LAA établit le principe d'une liste des maladies professionnelles, comprenant d'une part, une liste de substances, et d'autre part, une liste de maladies dues à certains travaux. Dressée par Conseil fédéral, cette liste figure en annexe de l'*Ordonnance sur l'assurance-accidents* (reproduite en annexe, p. 373). Comme l'indique le texte de loi, le fait que des maladies figurent sur cette liste ne suffit pas à les faire reconnaître : il faut en outre qu'elles soient « dues exclusivement ou de manière prépondérante » à l'activité professionnelle⁶⁵.

En complément au système de liste, la LAA connaît un système ouvert ou clause générale. Les affections hors liste dues « exclusivement ou de manière *nettement prépondérante* » à l'activité professionnelle doivent être considérées comme maladies professionnelles. La mise en place de cette clause générale correspond à la *Recommandation 121 de l'Organisation internationale du travail*⁶⁶ (Conseil fédéral, 1976a, p. 190). Comme le relève la CNA, elle répond aussi plus généralement à un besoin de souplesse : « En raison des rapides mutations industrielles et de l'approfondissement permanent des connaissances médicales, une liste des substances nocives et des maladies dues à certains travaux ne pourrait jamais être exhaustive et entièrement actualisée, en dépit d'adaptations périodiques » (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1991, p. 42). Dans les faits, les strictes exigences posées par la loi (il faut rendre digne de foi que les affections sont dues de manière *nettement* prépondérante à l'activité professionnelle) restreignent toutefois les possibilités de faire reconnaître des maladies hors liste.

⁶⁵ Il s'agit donc d'une causalité qualifiée et non d'une causalité adéquate ordinaire (voir Scartazzini, 1991, p. 96).

⁶⁶ Recommandation adoptée en 1964 (Organisation internationale du travail, 1964) et complétant la Convention no 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La Suisse n'a pas ratifié la Convention 121 (<http://www.ilo.int/ilolex/cgi-lex/ratifcf.pl?C121> , consulté le 8 décembre 2011).

4.3.1 Les TMS inclus sur la liste

Parmi les maladies de la liste, trois catégories peuvent être considérées comme des TMS⁶⁷ : les bursites chroniques par pression constante, les paralysies nerveuses périphériques par pression et les tendovaginites (*peritendinitis crepitans*). Il ne s'agit pas de diagnostics médicaux courants, mais de catégories propres à l'assurance, qui peuvent recouvrir différentes pathologies. Par exemple, les bursites peuvent être des bursites du genou, du coude, de l'épaule, etc. ; les paralysies nerveuses périphériques peuvent correspondre à des syndromes du canal carpien, des lésions du nerf cubital, des lésions du nerf sciatique poplité externe, etc. ; les tendovaginites peuvent être des ténosynovites de la main, du poignet, etc.⁶⁸ Les types de TMS inclus sur la liste suisse correspondent grosso modo à la recommandation de la Commission européenne de 2003 (voir section 3.3.2, p. 85), mais les affections touchant les tendons sont définies de manière nettement plus restrictive. En effet, seules les tendovaginites de type *peritendinitis crepitans* figurent sur la liste suisse et aucune autre pathologie affectant les tissus tendineux et péri-tendineux (par exemple, les tendinites ou les épicondylites).

4.4 Les enjeux de la reconnaissance comme maladie professionnelle

En se limitant à ce qui est prévu sur le plan légal, la reconnaissance des maladies professionnelles présente trois enjeux : les prestations, la répartition des coûts et la protection de la santé.

4.4.1 Les différences de prestations

Les prestations en cas de maladie professionnelle sont bien plus avantageuses pour les personnes atteintes qu'en cas de maladie non professionnelle, comme le résume le Tableau 1. Je ne prends en compte ici que les principales différences de prestations légales, et non celles qui découleraient par exemple des conventions collectives de

⁶⁷ La catégorie TMS ne figure pas sur la liste et n'est pas utilisée par les assurances-accidents. Dans les publications du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents, l'appellation « maladies de l'appareil locomoteur » recouvre plus ou moins cet ensemble de troubles.

⁶⁸ Information fournie par le Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents.

travail ou de la part surobligatoire de la prévoyance professionnelle. L'octroi de ces prestations dépend évidemment de procédures et critères que je n'évoquerai pas ici.

Tableau 1 : Principales différences de prestations légales entre maladie non professionnelle et maladie professionnelle

	Maladie non professionnelle	Maladie professionnelle
Frais de traitement	Prise en charge par l'assurance-maladie, avec franchise et participation aux frais pour l'assuré ; catalogue des prestations remboursées.	Prise en charge par l'assurance-accidents : frais de traitement et de réhabilitation couverts quasi intégralement.
Perte de salaire	a) <i>Absence d'assurance d'indemnités journalières</i> : salaire pour une période dépendant de la durée des rapports de travail (p. ex. échelle bernoise : 1 mois après 1 an dans l'entreprise, 2 mois après 2 à 4 ans, 3 mois après 5 à 9 ans, etc.). b) <i>Assurance d'indemnités journalières</i> : en fonction du contrat, souvent 80% du gain assuré pendant 2 ans.	Indemnités journalières LAA : 80% du gain assuré jusqu'à ce que la personne puisse reprendre le travail, ait droit à une rente ou décède.
Rente en cas d'invalidité	Rente AI : dès 40% de taux d'invalidité, remplacée par rente AVS au moment de la retraite. En 2011, le montant de la rente (entière complète) minimale est de 1160 fr. par mois et celui de la rente maximale de 2320 fr. Rente LPP : dès 40% de taux d'invalidité ⁶⁹ .	Rente LAA : dès 10% de taux d'invalidité, 80% du gain assuré. Rente AI ou AVS : dès 40% de taux d'invalidité, complète rente LAA jusqu'à max. 90% du gain assuré. Rente LPP : dès 40% de taux d'invalidité, s'ajoute dans les limites de la surindemnisation.
Rente de survivants	Rente AVS Rente LPP : s'ajoute.	Rente LAA Rente AVS : complète la rente LAA jusqu'à max. 90% du gain assuré. Rente LPP : s'ajoute dans les limites de la surindemnisation.
Indemnités spéciales	–	Indemnité en capital ; indemnité pour atteinte à l'intégrité

En cas de maladie professionnelle, l'assurance-accidents assume les frais de traitement, des indemnités journalières, des rentes en cas d'invalidité ou de décès, ainsi que des indemnités spéciales. Les rentes de l'assurance-accidents complètent d'éventuelles rentes AI ou AVS et peuvent être accompagnées de rentes d'une caisse de pensions. Dans les cas de maladies qui ne sont pas professionnelles, les prestations sont moindres. Les frais de traitement sont pris en charge par l'assurance-maladie (avec une

⁶⁹ Le montant de la rente LPP dépend du montant des cotisations versées jusqu'au moment de l'incapacité de travail et de celles projetées jusqu'à l'âge terme. L'obligation d'assurance LPP ne commence qu'à partir d'un certain montant de salaire annuel chez le même employeur (en 2011, ce montant est de 20 880 fr.).

participation aux frais de l'assuré et un catalogue de ce qui est remboursé). La compensation de la perte de salaire est limitée dans le temps : en général deux ans lorsqu'il y a une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, nettement moins longtemps lorsque c'est l'employeur lui-même qui doit le salaire⁷⁰. Les rentes d'invalidité ou de survivants sont uniquement versées par l'AI ou l'AVS, le cas échéant avec un complément d'une caisse de pensions (LPP).⁷¹

4.4.2 La répartition des coûts

A cette différence de prestations correspond une différence dans la prise en charge des coûts. Sans entrer dans les détails, les frais découlant des maladies professionnelles reviennent en grande partie⁷² aux assurances-accidents et donc en dernier lieu aux employeurs qui paient les primes d'assurance. Cela implique deux différences majeures avec les maladies non professionnelles. Pour ces dernières, les frais de traitement sont assumés par les assurances-maladies (financées par des primes individuelles payées par les assurés indépendamment de leur revenu), l'Etat (notamment financement cantonal des hôpitaux et subsides pour les primes d'assurance) et les personnes elles-mêmes (notamment, franchise et participation aux frais de traitement, traitements non remboursés). Par ailleurs, la perte de salaire est prise en charge par l'assurance d'indemnités journalière (financée par des cotisations des employeurs et des salariés). En l'absence d'une telle assurance, l'employeur doit le salaire pendant un certain temps. Dans les cas de maladies longues, la personne risque de supporter elle-même l'entier de la perte de gain en attendant de toucher une éventuelle rente d'invalidité ou de reprendre

⁷⁰ Il n'y a pas d'obligation d'assurance d'indemnités journalières si bien que seulement environ 60% de la population active est couverte par une telle assurance (selon l'estimation de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national en 2004).

⁷¹ Outre les différences induites par la catégorisation en maladie professionnelle ou non, cette présentation met surtout en évidence la faiblesse voire les lacunes de la protection sociale pour les cas de maladies non professionnelles.

⁷² Une part des coûts n'est pas prise en charge par l'assurance-accidents, par exemple les rentes AI et LPP, ainsi que la part de la perte de salaire qui n'est pas compensée.

le travail. Les entreprises ne paient donc qu'une partie des frais occasionnés par les maladies non professionnelles alors que l'Etat et les salariés y contribuent largement.

Les sommes en jeu dans la reconnaissance des maladies professionnelles sont considérables. Si l'on s'en tient aux maladies reconnues, les coûts des maladies professionnelles reconnues se montent à 99,1 millions de francs en 2009 (montant comprenant les prestations à court terme, mais aussi les capitalisations pour de futures rentes d'invalidité ou de survivants) (Suva, 2011c). Proportionnellement, les maladies professionnelles coûtent plus cher que les accidents professionnels : en 2009, elles représentent presque 7% des coûts de l'ensemble des maladies et accidents professionnels (qui se montent à 1,411 milliard de francs), alors qu'elles forment seulement 1% des cas. En fait, ce sont certains types de maladies particulièrement graves qui entraînent des coûts élevés. Ainsi les maladies causées par l'amiante occasionnent en 2009 plus de la moitié des coûts, alors qu'elles représentent environ 6% des nouveaux cas. Cela s'explique par le fait que les coûts des maladies professionnelles explosent lorsque les assurances doivent payer des rentes pour les travailleurs devenus invalides ou les survivants de personnes décédées. Les TMS sont en revanche des maladies relativement bon marché. En 2009, ils représentent 12% des nouveaux cas de maladies professionnelles, mais engendrent moins de 4% des coûts. Or, en réalité, les coûts des pathologies liées au travail, mais qui ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles, sont encore bien plus élevés. La Suva note ainsi que la prise en charge des coûts de tous les troubles de la santé associés au travail nécessiterait de multiplier par trois les primes de l'assurance-accidents professionnels (Suva, 2004, p. 58). Cela représenterait un renchérissement substantiel du coût de la main-d'œuvre. A l'inverse, dans la situation actuelle, des maladies causées partiellement ou totalement par le travail sont considérées comme des maladies ordinaires, ce qui constitue selon Conne-Perréard, Glardon, Parrat et Usel (2001, p. 6) « une forme d'externalisation des coûts par les entreprises »⁷³.

⁷³ Pour compenser (partiellement) les préjudices subis par d'autres branches d'assurance à cause de la sous-déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles, la France a instauré depuis 1997 un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles en faveur de la branche maladie de la sécurité sociale (Cour des comptes, 2002, p. 36). Le montant de ce

4.4.3 La protection de la santé

Si, comme nous l'avons vu plus haut, la LAA concerne uniquement la prévention des accidents et des maladies professionnelles, la protection de la santé des travailleurs est garantie plus largement par la *Loi sur le travail* qui stipule : « Pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise » (art. 6 al. 1 LTr)⁷⁴. L'*Ordonnance 3 relative à la Loi sur le Travail* précise l'application de cet article, par exemple du point de vue de la conformité des postes de travail aux principes de l'ergonomie (art. 24 OLT3), des exigences particulières d'aménagement des postes (art. 24 OLT3), du port de charges (art. 25 OLT3), des équipements individuels de protection (art. 27 OLT3), etc. Par ailleurs, les travailleurs doivent être informés et instruits des risques et des mesures à prendre pour les prévenir (art. 5 OLT3), et consultés sur toutes les questions concernant l'hygiène (art. 6 OLT3)⁷⁵.

Par conséquent, la législation devrait permettre de prévenir les TMS malgré le fait que ceux-ci ne sont que rarement reconnus comme maladies professionnelles. C'est pourquoi, du point de vue de la prévention, le débat porte moins sur la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles que sur l'architecture générale des dispositifs de protection des travailleurs. Parmi les thèmes discutés dans les instances officielles (Aubert, Aubry Girardin, Auf der Maur, & Scheidegger, 1995) figurent le

versement est décidé par le gouvernement français, en tenant compte des rapports remis tous les trois ans par la « Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale ». En 2005, cette commission avait évalué le coût de la sous-déclaration entre 356 et 749 millions d'euros (Diricq, 2005), alors qu'en 2008, l'estimation a été revue à la hausse, entre 565 millions et 1,015 milliard d'euros (Diricq, 2008). Les montants des transferts effectivement décidés sont de 330 millions d'euros de 2004 à 2006, de 410 millions d'euros de 2007 à 2008 (Dériot, 2008) et de 710 millions d'euros en 2009 (LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009).

⁷⁴ J'adopte ici un point de vue limité sur la protection de la santé. En effet, comme le notent Scheidegger et Pitteloud (2005, p. 116), celle-ci dépend aussi des horaires de travail et des temps de repos, qui font l'objet d'autres articles de la LTr

⁷⁵ L'art. 48 LTr oblige plus généralement l'employeur à informer et consulter les travailleurs sur les questions de santé.

dualisme législatif et la pluralité des organes d'exécution, qui engendrent des problèmes de coordination et une séparation artificielle entre prévention des accidents et maladies professionnels d'une part, protection de la santé de l'autre. Un débat connexe porte sur la pertinence de confier des tâches de prévention à un organisme pratiquant l'assurance (la CNA). Par ailleurs, de nombreux acteurs déplorent le déséquilibre des moyens à disposition pour les tâches de surveillance relevant de la LAA (financées par le supplément prélevé sur les primes de l'assurance-accidents) et celles relevant de la LTr (financées par les impôts, avec des disparités cantonales) (Ferreira, et al., 2010, pp. 98-99)⁷⁶. Les moyens pour la prévention des accidents et maladies professionnels reconnus sont ainsi bien plus élevés que ceux pour la prévention des autres atteintes liées au travail⁷⁷.

L'enquête de terrain présentée en troisième partie de ce travail permettra d'aborder le thème de la prévention sous un autre angle, en laissant de côté la question des dispositions légales pour s'intéresser aux possibilités d'action et de négociation des salariés au sujet de leurs conditions de travail. Je soutiendrai que de ce point de vue, la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles peut jouer un rôle important

⁷⁶ Ce thème a fait l'objet d'interventions au Parlement : la question 03.1138 du 9 décembre 2003, « Maladies liées au travail. Recherche et prévention », relevait ainsi la faiblesse de la prévention des maladies associées au travail. En 2004, le Conseil fédéral y répondait : « Il faut reconnaître qu'actuellement, peu de ressources sont allouées à des mesures de prévention qui ne relèvent pas du domaine de la sécurité au travail. Cela pose problème et c'est pourquoi le Conseil fédéral est tout à fait disposé à aller dans le sens proposé par l'auteur de la question et à examiner un financement global pour mettre en œuvre des mesures de prévention dans le domaine des maladies liées au travail. » Toutefois, la situation n'a pas changé depuis lors. Un thème semblable est repris dans le postulat 10.3379 du 7 juin 2010, « Inspections du travail et réduction des coûts de la santé », qui demande un accroissement des contrôles relatifs à la protection de la santé selon la LTr.

⁷⁷ Ce déséquilibre est visible si l'on consulte les statistiques concernant les décisions. Selon le rapport annuel sur l'inspection du travail (Secrétariat d'Etat à l'économie, 2011), en 2010 les inspections cantonales du travail ont formulé 482 avertissements et prononcé 73 décisions assorties de menaces de sanctions pénales ayant trait à la protection de la santé au travail au sens large (incluant : durée du travail et du repos, protection de la santé et approbation des plans, protection des jeunes travailleurs). En ce qui concerne le domaine de la sécurité au travail, les organes d'exécution ont formulé 1670 avertissements et prononcé 1364 décisions.

dans la prévention parce qu'elle permet de légitimer l'existence d'un lien entre le travail et les atteintes à la santé, ainsi que la nécessité de transformer les conditions de travail. Par ailleurs, je mettrai en évidence certaines conditions qui empêchent les salariés de faire valoir effectivement le droit à la protection de leur santé, par exemple, la précarité de la relation salariale et l'absence de protection contre les licenciements, l'absence de structures qui permettraient une participation collective à la protection de la santé, mais aussi l'importance de conditions comme les horaires, l'intensité du travail, les faibles qualifications, etc. qui ne relèvent pas de l'approche technique de la prévention généralement privilégiée dans l'application de la LTr (par exemple, Secrétariat d'Etat à l'économie, 2010a).

4.5 Conclusion

Plusieurs recherches montrent que la catégorie juridique de maladie professionnelle subit des évolutions liées aux connaissances scientifiques, mais aussi à des compromis politiques (Déplaud, 2003; Thébaud-Mony, 1991). En Suisse, la définition des maladies professionnelles, qui n'incluait que les conséquences de substances nocives lors de l'introduction de l'assurance-accidents, s'élargit peu à peu pour inclure des pathologies liées aux activités de travail elles-mêmes, notamment certains TMS. Toutefois, la définition des maladies professionnelles reste « des plus restrictives » (Ghélew, Ramelet, & Ritter, 1992, p. 64), puisqu'il faut dans chaque cas, rendre vraisemblable la causalité prépondérante ou nettement prépondérante de l'activité professionnelle. Cette définition restrictive reflète le poids politique accordé aux intérêts des employeurs au détriment de ceux des salariés. En effet, la reconnaissance des maladies professionnelles présente des enjeux en termes de prestations et de prise en charge des coûts. Elle porte aussi un enjeu de visibilité sociale des atteintes à la santé dues au travail : elle peut ainsi constituer un point d'appui pour imposer, légalement ou par des négociations locales, des mesures de prévention, par exemple des changements d'organisation du travail ou l'interdiction de certaines substances. Les conflits d'intérêts qui découlent de ces enjeux sont toutefois médiatisés par l'existence de l'assurance-accidents, puisque les employeurs n'assument pas directement les coûts des maladies professionnelles, mais indirectement, par le biais des primes d'assurance. En outre, les conflits portent sur l'octroi de prestations des assurances bien plus souvent que sur

l'organisation du travail et sur les responsabilités des entreprises dans les atteintes à la santé. L'existence de l'assurance contribue de ce fait à pacifier les rapports sociaux de travail (Dwyer, 1991; Ewald, 1986) et la reconnaissance des maladies ne produit que des effets limités sur les conditions de travail (Thébaud-Mony, 1991).

5 La reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles en Suisse : statistiques et critères

Pour décrire la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, il est nécessaire d'examiner, au-delà des bases légales, leur mise en pratique. Pour cela, je commencerai par présenter de manière approfondie les statistiques des assurances-accidents. J'examinerai le nombre de cas de TMS déclarés et reconnus comme maladies professionnelles, leur répartition selon le sexe et l'évolution des déclarations au cours du temps. Je tenterai ensuite d'expliquer ces statistiques en émettant des hypothèses sur les processus de déclaration, puis en me référant aux critères de reconnaissance définis par la loi et la jurisprudence et aux interprétations qu'en font les assurances-accidents.

5.1 Les statistiques de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles

L'analyse des statistiques de déclaration et de reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles est basée sur des données publiées ou établies ad hoc⁷⁸ par le Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA, géré par la Suva). Les données disponibles, leurs limites et les calculs effectués sont présentés en annexe (p. 377). Compte tenu des effectifs restreints pour certaines catégories de troubles, les variations aléatoires d'une année à l'autre pourraient induire des biais considérables. C'est pourquoi, je me baserai à plusieurs reprises sur la moyenne des années 2005 à 2009.

5.1.1 Nombre de TMS reconnus, dans l'ensemble et par catégorie

Plusieurs TMS figurent sur la liste des maladies professionnelles : bursites chroniques par pression constante, paralysies nerveuses périphériques par pression et tendovaginites (*peritendinitis crepitans*) (ci-dessous, je me contenterai de les désigner

⁷⁸ Je remercie vivement M. Serge Quarroz du SSAA de m'avoir fourni des chiffres et des explications à plusieurs reprises.

comme « bursites », « paralysies nerveuses » et « tendovaginites »). Des affections de type TMS peuvent en outre être reconnues en tant que maladies hors liste. De 2005 à 2009, 2604 cas de TMS au total ont été reconnus. Cela correspond à une incidence de 13,9 cas pour 100 000 travailleurs à plein-temps par année. Les TMS représentent environ un sixième de toutes les maladies professionnelles reconnues ces années-là.

Les diagnostics représentés

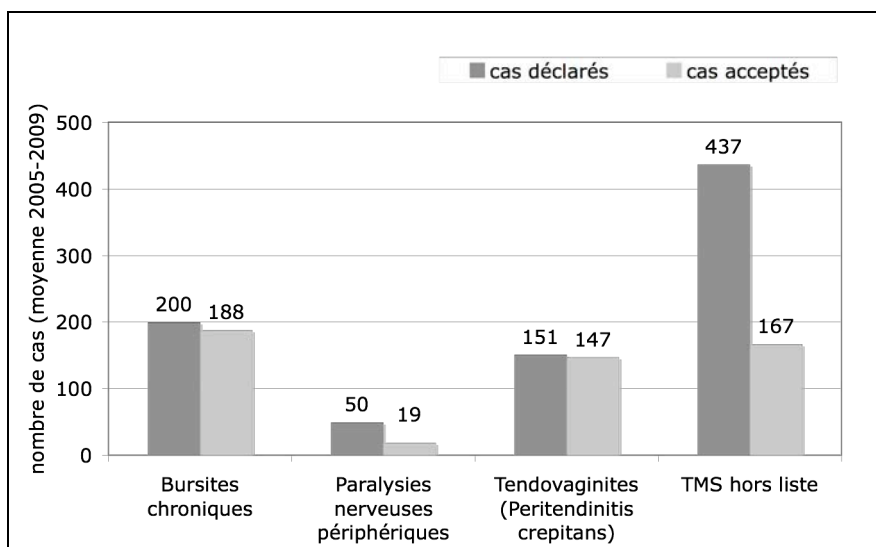
Les catégories de la liste ne sont pas des diagnostics médicaux usuels, mais des catégories légales qui peuvent regrouper divers diagnostics. Les cas de bursites regroupent principalement des bursites du genou et dans une moindre mesure du coude⁷⁹. Les maladies reconnues dans cette catégorie sont donc liées au travail à genou plutôt qu'à des postures ou gestes des bras. Les paralysies nerveuses regroupent les cas de syndrome du canal carpien, mais aussi par exemple des atteintes du nerf cubital. Les tendovaginites sont surtout des cas de synovites et ténosynovites du poignet et de la main. Enfin, les maladies hors liste sont très diverses et comprennent de nombreux cas de tendinites, de synovites ou ténosynovites.

5.1.2 Cas de TMS déclarés et cas acceptés

Il y a de grandes différences selon les catégories à la fois dans le nombre de cas déclarés et dans le taux d'acceptation (Figure 4).

⁷⁹ Statistique spéciale LAA : nombre de maladies 1992-2005 codées selon la CIM-9.

Figure 4 : Cas de TMS déclarés et acceptés comme maladies professionnelles par catégorie (en moyenne entre 2005 et 2009) (source : statistique spéciale LAA, codage selon CIM-9 et CIM-10)



Les nombres de cas de bursites et tendovaginites annoncées aux assurances-accidents sont du même ordre de grandeur et les cas sont quasiment tous acceptés (taux d'acceptation : 94% et 97%). En revanche, le nombre de paralysies nerveuses déclarées est beaucoup plus faible et un peu plus du tiers est accepté (taux d'acceptation : 38%). Cela reflète l'existence de controverses sur l'origine professionnelle de ces maladies, en particulier à propos du syndrome du canal carpien. Les maladies hors liste constituent une grande partie des TMS annoncés (52%) et un peu plus du tiers est accepté (taux d'acceptation : 38%), ce qui dénote la difficulté de faire reconnaître des maladies par le biais du système ouvert. La forte proportion de maladies déclarées « hors liste » et leur faible taux d'acceptation entraînent un taux d'acceptation nettement plus bas pour les TMS en général (62% en moyenne entre 2005 et 2009) que pour les maladies professionnelles d'autres types (85%).

La sous-déclaration des TMS

La faible déclaration des TMS

Selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail, les TMS sont un problème de santé au travail très fréquent en Suisse. 22% des travailleurs et 14% des travailleuses affirment que leur travail est source de maux de dos ; 14% des travailleurs et 12% des travailleuses disent souffrir, à cause de leur travail, de douleurs musculaires dans les

épaules, la nuque ou les membres (Graf, et al., 2007). Pourtant très peu de cas sont déclarés aux assurances-accidents : entre 2005 et 2009, 22,3 cas sont déclarés en moyenne chaque année pour 100 000 travailleurs (en équivalents plein-temps, EPT).

Il y a donc un phénomène de sous-déclaration, mais le problème est que l'Enquête européenne repose sur les déclarations des travailleurs concernant des douleurs et non pas sur des diagnostics médicaux. En outre, elle évalue la prévalence des troubles et non leur incidence. Pour chiffrer la sous-déclaration, il faudrait obtenir, par des études épidémiologiques, l'incidence de chaque pathologie dans la population active (par exemple, épicondylite, tendinite de Quervain, syndrome de la coiffe des rotateurs, etc., les catégories de la liste pouvant recouvrir plusieurs pathologies) puis la comparer avec l'incidence des cas annoncés aux assurances-accidents. Cette tâche étant hors de portée, j'ai tenté de faire l'exercice pour le syndrome du canal carpien uniquement.

Le taux de déclaration du syndrome du canal carpien

Au cours des années 2005 à 2009, 177 cas de syndrome du canal carpien ont été annoncés aux assureurs accidents⁸⁰ (119 hommes et 58 femmes). Comme le nombre de cas réellement survenus dans la population assurée de manière obligatoire n'est pas disponible, il faut l'estimer par le biais d'études épidémiologiques. Je prendrai comme référence l'incidence annuelle de 0,11% (0,157% chez les femmes et 0,064% chez les hommes) constatée dans le Maine-et-Loire par Roquelaure et al. (2005) dans une population de 20 à 59 ans, c'est-à-dire correspondant grosso modo à l'âge de la population active⁸¹. La population assurée en Suisse a été en moyenne entre 2005

⁸⁰ Source : statistique spéciale LAA. Les cas sont comptabilisés selon l'année d'annonce. En effet, le délai nécessaire pour l'examen des cas annoncés implique que ceux-ci ne sont pas toujours traités l'année où a lieu l'annonce. Cela signifie que ces chiffres peuvent évoluer étant donné que certains cas annoncés au cours des années 2005 à 2009 n'ont pas encore fait l'objet d'une décision définitive.

⁸¹ A ma connaissance, il n'existe pas d'étude estimant l'incidence du syndrome du canal carpien par sexe en Suisse. L'incidence obtenue par Roquelaure et ses collègues est plutôt basse comparée à d'autres études (voir par exemple : Aroori & Spence, 2008; Bongers, et al., 2007; Mondelli, et al., 2002; Nordstrom, DeStefano, Vierkant, & Layde, 1998). Les estimations dépendent notamment des critères et modes de diagnostic (description des symptômes, examen clinique ou électromyographie) ainsi que des procédures pour recenser les cas (patients de consultations médicales ou échantillon de la population tout

et 2009, de 3,76 millions de personnes (Suva, 2011b). Par conséquent, on peut, par approximation, supposer qu'environ 4000 nouveaux cas de syndrome du canal carpien sont survenus dans cette population chaque année. Entre ces 4000 cas et les 35 cas annoncés en moyenne aux assurances-accidents entre 2005 et 2009, il y a plus qu'un facteur 100. L'estimation effectuée, même si elle est très grossière, permet de conclure que la proportion de cas annoncés est de moins de 1% des cas survenus dans la population assurée. Ces conclusions rejoignent celles tirées en 1991 par Delgrosso et Boillat (1991) à partir de l'étude Sentinelles de 1989-1990. Ce réseau de surveillance épidémiologique basé sur le travail des médecins de famille recensait alors 188 cas en une année dans un échantillon représentant environ 3% de la population générale. A cette époque, seule une trentaine de cas était prise en charge annuellement par l'assurance-accidents. Les auteurs concluaient que le syndrome du canal carpien était massivement sous-déclaré et que l'impact du travail sur cette maladie était sous-estimé (Delgrosso & Boillat, 1991, p. 269).

On peut ajouter que les femmes déclarent moins souvent que les hommes les cas de syndrome du canal carpien qui les affectent. En effet, selon les chiffres de Roquelaure, les femmes connaissent une incidence du syndrome carpien représentant deux fois et demie celle des hommes⁸². Pourtant, les femmes ne représentent que 33% des cas annoncés aux assurances-accidents entre 2005 et 2009. Même si l'on tient compte du fait qu'elles forment un peu moins de la moitié de la population assurée (Office fédéral de la statistique, 2011a), force est de conclure que les cas survenus chez les femmes sont encore moins déclarés que ceux survenus chez les hommes.

venant). L'étude de Roquelaure citée dans le texte est basée sur les cas diagnostiqués par les neurophysiologistes, ce qui conduit à sous-évaluer le nombre de cas. En se basant sur les données de centres de chirurgie, la même équipe estime l'incidence des cas de syndrome du canal carpien opérés à 0,27% chez les femmes et 0,12% chez les hommes (Ha, et al., 2010).

⁸² Ce ratio se situe dans la moyenne par rapport à d'autres études. Par exemple, il est de 1,8 selon Bland et Rudolfer (2003) et 3,6 selon Mondelli, Giannini et Giacchi (2002).

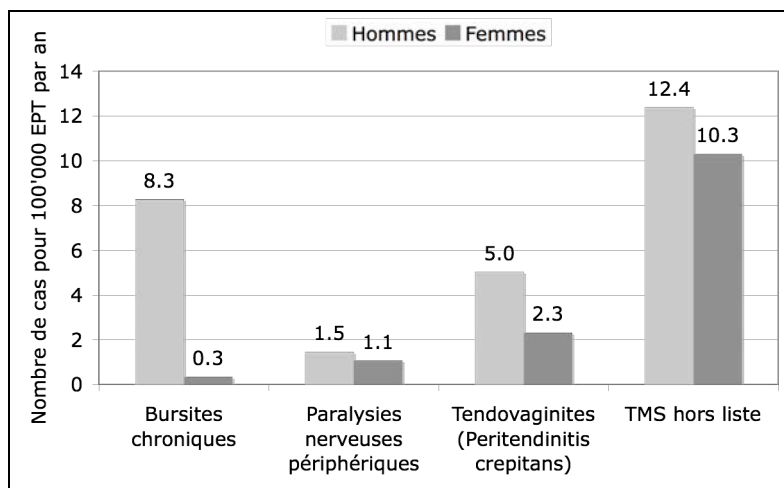
5.1.3 Un biais de genre ?

Seules 16% des personnes indemnisées pour des TMS entre 2005 et 2009 sont des femmes. Pourtant, celles-ci représentent pour les mêmes années, 45% des salariés occupés (Office fédéral de la statistique, 2011a) et réalisent, du fait du travail à temps partiel, 37% des heures de travail salarié (Office fédéral de la statistique, 2011b). Si l'on examine les statistiques plus en détail, on peut relever des différences entre les travailleuses et des travailleurs sur trois plans : la fréquence des déclarations, le type de pathologies déclarées et le taux d'acceptation par les assurances.

L'incidence des cas déclarés

La Figure 5 présente l'incidence des différents types de TMS déclarés comme maladies professionnelles, chez les femmes et les hommes. L'incidence est calculée en équivalents plein-temps (EPT) pour tenir compte du fait que les hommes effectuent plus d'heures de travail salarié que les femmes. Ce mode de calcul réduit l'écart entre hommes et femmes par rapport à celui qui serait obtenu avec les effectifs réels.

Figure 5 : Incidence des TMS déclarés, selon le sexe, moyenne de 2005 à 2009



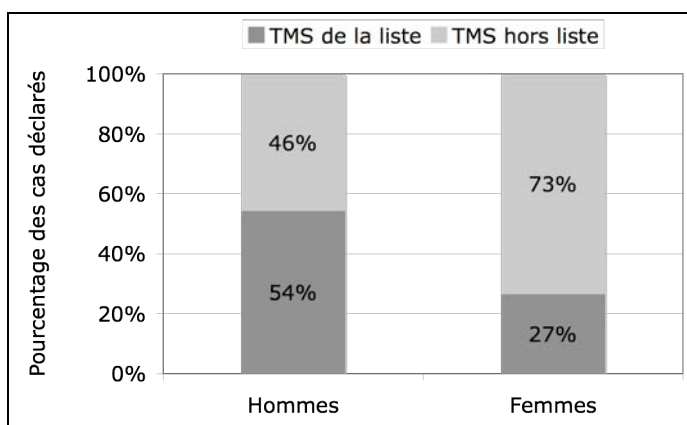
Tous les types de TMS sont plus rarement déclarés par les femmes que par les hommes. C'est assez compréhensible en ce qui concerne les bursites, car selon les diagnostics relevés par les assurances, la plupart des cas déclarés sont des hygromas du genou, typiques par exemple du travail de carreleur effectué en majorité par des hommes. Pour les autres TMS, la moindre déclaration des femmes est plus surprenante. En effet, nous avons déjà vu que le syndrome du canal carpien (principal diagnostic déclaré dans les

paralysies nerveuses) est deux à trois fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, les études menées sur la population active dans divers contextes nationaux montrent que les TMS du membre supérieur en général ne sont pas moins fréquents chez les femmes, certaines études montrant même l'inverse (de Zwart, Frings-Dresen, & Kilbom, 2001; L. Punnett & Herbert, 2000; Roquelaure, et al., 2006; Treaster & Burr, 2004). L'enquête européenne sur les conditions de travail montre qu'en Suisse les femmes sont à peine moins nombreuses (12%) que les hommes (14%) à estimer que leur activité professionnelle est source de douleurs dans les épaules, la nuque ou les membres (Graf, et al., 2007). Tout laisse donc à penser que les obstacles à la déclaration sont encore plus grands pour les femmes que pour les hommes.

L'utilisation de la liste

Le type de maladies déclarées est différent chez les femmes et les hommes (Figure 6).

Figure 6 : Part des cas déclarés sur la liste et hors liste selon le sexe (moyenne 2005-2009)



Les maladies hors liste constituent la majorité des cas de TMS déclarés (73%) chez les femmes, alors que ce sont les maladies de la liste qui forment la majorité des cas déclarés (54%) chez les hommes⁸³. On pourrait, en suivant Vogel (2003), faire l'hypothèse que la liste est conçue de telle manière qu'elle permet plus facilement d'appréhender les TMS des hommes que ceux des femmes. Ceci contribuerait à expliquer que les TMS des hommes soient plus souvent déclarés que ceux des femmes,

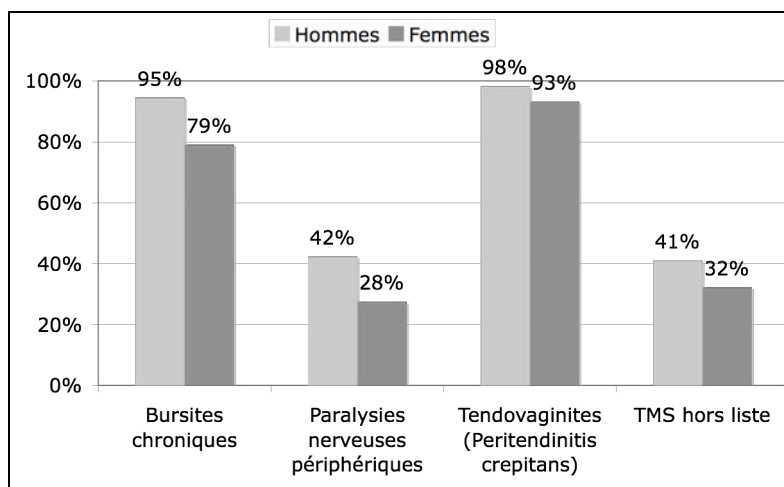
⁸³ Différence significative : $\chi^2 = 231,83$, $df = 1$, $p < 0,0001$.

puisque la présence d'une maladie sur la liste facilite son identification en tant que maladie d'origine professionnelle et rend plus probable son indemnisation par l'assurance. Dans le cas suisse, on peut penser que l'usage qui est fait de la liste joue un rôle tout aussi important que sa conception. La liste comprend effectivement les bursites chroniques, dont un grand nombre est lié au travail agenouillé dans des professions à majorité masculine. Mais la catégorie de paralysie nerveuse, figurant elle aussi sur la liste, devrait permettre de déclarer les cas de syndrome de canal carpien, une pathologie très courante et nettement plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Or, dans les faits, très peu de cas de syndrome du canal carpien sont déclarés annuellement aux assureurs (une trentaine), dont les deux tiers concernent des hommes.

Le taux d'acceptation

Le taux d'acceptation des TMS est globalement plus faible pour les femmes (43%) que pour les hommes (68%). Les taux d'acceptation varient selon les types de TMS (Figure 7).

Figure 7 : Taux d'acceptation des TMS selon le sexe, moyenne de 2005 à 2009



Les assurances acceptent la quasi-totalité des cas de bursites et de tendovaginites, mais elles sont tout de même plus sévères avec les cas des femmes. En ce qui concerne les paralysies nerveuses et les TMS hors liste, les assurances acceptent moins de la moitié des demandes, avec une sélection plus stricte pour les femmes que pour les hommes⁸⁴.

⁸⁴ Les différences sont statistiquement significatives (voir annexe p. 389).

5.1.4 Une « épidémie » en régression

Le nombre de TMS reconnus comme maladies professionnelles a fortement varié au cours des trente dernières années. Je commencerai par un résumé de l'évolution jusqu'au début des années 1990 à partir des publications de la CNA/Suva puis présenterai plus en détail les chiffres de la période de 1992 à 2009, pour laquelle les données disponibles sont homogènes.

L'évolution jusqu'au début des années 1990

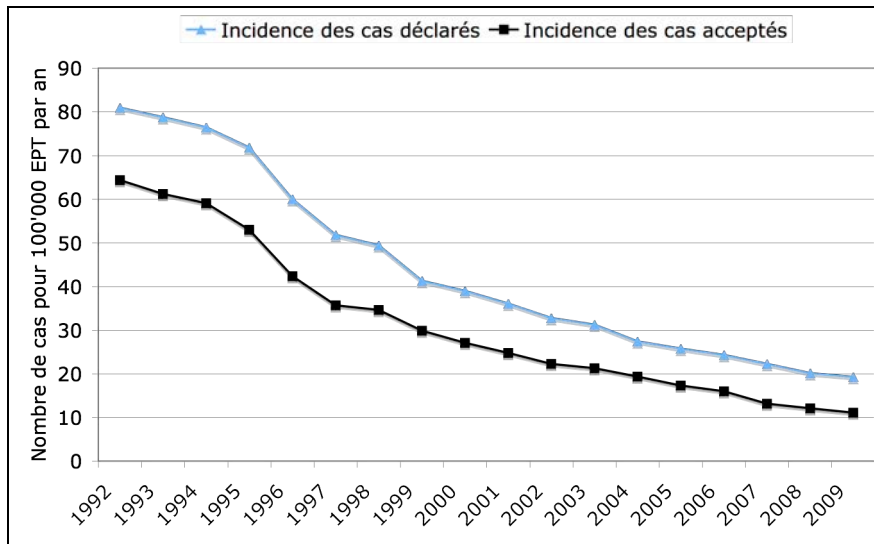
Au cours des années 1980, le nombre « maladies de l'appareil locomoteur » déclarées et reconnues augmente nettement, entraînant un accroissement général du nombre de maladies professionnelles reconnues. Elles deviennent pendant la période quinquennale allant de 1983 à 1987 un groupe important des maladies professionnelles, représentant un tiers des nouveaux cas (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1991, pp. 41-44)⁸⁵. Le rapport sur la période suivante, de 1988 à 1992 constate à nouveau une augmentation des maladies de l'appareil locomoteur et précise : « Dans ce groupe se trouvent en premier plan les inflammations douloureuses des tendons et des nerfs, qui peuvent être provoquées par des travaux exigeant des mouvements répétitifs – tels que l'utilisation de clavier. Les tendovaginites et les bursites sont également très fréquentes » (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1991, p. 57) La CNA établit ainsi à cette époque un lien causal entre le travail répétitif et les TMS, qu'elle réfutera en grande partie dans ses publications ultérieures. Selon une publication de la CNA (Jost & Ruppen, 1992), les TMS représentent en 1989 la moitié des maladies professionnelles reconnues.

⁸⁵ Cet accroissement n'est que partiellement attribuable à l'élargissement de la couverture d'assurance engendrée par le passage de la LAMA à la LAA. En effet, seules les statistiques de la CNA, et non ceux des autres assureurs, sont intégrées dans le rapport sur la période 1983-1987. L'augmentation d'effectif de la CNA, par l'inclusion des entreprises de travail temporaire et des ateliers protégés, aurait contribué pour un cinquième à l'accroissement du nombre de maladies professionnelles (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1991, p. 42).

Au cours des années 1990 et 2000, une chute du nombre de cas

Entre 1992 et 2009, l'incidence⁸⁶ des cas de TMS déclarés et reconnus chute drastiquement (Figure 8).

Figure 8 : Evolution de l'incidence des TMS déclarés et reconnus



L'incidence des cas déclarés passe de 81,0 cas pour 100 000 EPT en 1992 à 19,3 en 2009. Cette diminution concerne toutes les catégories de troubles (graphiques en annexe, p. 383). La chute des cas acceptés, de 64,4 cas pour 100 000 EPT en 1992 à 11,1 en 2009, est encore plus marquée. Il y a en effet, une diminution du taux d'acceptation au cours des années étudiées (79% des cas déclarés sont reconnus en 1992 contre 58% en 2009). Un examen détaillé montre que ce sont en fait les maladies hors liste qui sont toujours plus souvent rejetées au cours de ces années⁸⁷. Comme les

⁸⁶ Le fait de considérer l'incidence en fonction de la population assurée permet de tenir compte de l'augmentation de cette population au cours du temps (de 3,1 millions en 1992 à 3,9 millions en 2009). Ce procédé est justifié par le fait que les TMS sont des maladies qui se déclarent relativement peu de temps après l'exposition. Calculer l'incidence en fonction de la population assurée n'aurait en revanche pas de sens pour d'autres maladies qui se déclarent après un grand délai de latence comme les cancers dus à l'amiante ou à d'autres expositions professionnelles.

⁸⁷ En ce qui concerne le taux d'acceptation, 68% des TMS hors liste sont reconnus en 1992 contre seulement 39% en 2009. Le taux d'acceptation des bursites comme celui des tendovaginites est en revanche de plus de 90% tout au long de la période. Celui des paralysies nerveuses périphériques fluctue

femmes annoncent plus de maladies hors liste, le taux d'acceptation de leurs cas accuse une baisse plus importante (de 68% en 1992 à 36% en 2009) que celui des hommes (de 84% en 1992 à 65% en 2009).

5.1.5 Synthèse des constats sur les statistiques

Je résumerai les principaux constats concernant les statistiques de déclaration et d'acceptation des TMS. Chaque constat m'amènera à formuler des questions auxquelles je tenterai de répondre dans la suite du chapitre.

Trois constats se dégagent concernant les déclarations. Premièrement, un très faible nombre de TMS est annoncé aux assurances-accidents par rapport à leur incidence dans la population assurée. Les personnes elles-mêmes, ou leurs médecins, considèrent-elles que leurs troubles ne sont pas causés principalement par le travail ? S'agit-il plutôt de l'effet d'obstacles ou de freins à la déclaration ? Deuxièmement, femmes et hommes n'ont pas les mêmes taux d'annonce et n'annoncent pas le même type de maladies. Quelles sont les logiques genrées qui déterminent ces différences ? Troisièmement, le nombre de TMS déclarés, après avoir augmenté au cours des années 1980, est en constante diminution depuis le début des années 1990. Comment expliquer cette évolution qui ne reflète pas celle des cas survenus dans la population assurée ? On peut formuler trois autres constats concernant le taux d'acceptation des cas. Il est globalement plus faible pour les TMS que pour les autres maladies professionnelles, plus bas pour les femmes que pour les hommes et diminue depuis le début des années 1990. Comment expliquer ces particularités ?

Pour répondre à ces questions, je commencerai par formuler des hypothèses interprétatives sur les processus de déclaration. Je tenterai ensuite de comprendre les pratiques d'acceptation des cas annoncés en m'appuyant sur les critères légaux, la jurisprudence et les publications des assurances-accidents.

fortement d'une année à l'autre à cause des petits effectifs concernés et il est difficile d'en tirer une conclusion.

5.2 Les processus de déclaration : hypothèses interprétatives

Pour comprendre les processus de déclaration, je m'appuierai sur diverses sources : les rapports statistiques publiés par la Suva, des entretiens menés avec des experts et des personnes souffrant de TMS, des comparaisons internationales, ainsi que la littérature sur la déclaration des maladies professionnelles. Ces données ne permettent de faire que des hypothèses et non pas de répondre de manière définitive aux questions sur la déclaration⁸⁸.

5.2.1 Quels freins à la déclaration des TMS en Suisse ?

Du point de vue des personnes concernées, la sous-déclaration s'explique en partie par le manque de connaissances sur les droits et procédures attachés à la catégorie de maladie professionnelle, ainsi que par des réticences à déclarer leurs troubles, notamment par crainte de perdre leur emploi. Ces obstacles seront examinés en détail au chapitre 8, sur la base d'entretiens menés avec des ouvrières et ouvriers atteints de TMS.

Etant donné le caractère multifactoriel des TMS et les controverses qui prévalent au sein même de la communauté médicale, il est possible qu'un certain nombre de cas soient considérés comme des maladies non professionnelles par les médecins traitants, bloquant par là même une éventuelle déclaration. Il faut également souligner qu'en Suisse, la médecine du travail est peu développée. C'est pourquoi ce sont les médecins de premier recours ou certains spécialistes qui jouent un rôle déterminant dans l'identification et la déclaration des maladies professionnelles (Chiarini, Chouanière, Praz-Christinaz, & Danuser, 2009). Or, l'investigation des conditions de travail et le repérage d'éventuelles maladies professionnelles ne font pas toujours partie de leurs priorités.

⁸⁸ Il serait intéressant de conduire une recherche approfondie sur les processus de déclaration, afin de comprendre les obstacles et incitations propres au contexte helvétique, par exemple au niveau des procédures, de la protection contre les licenciements, de la structure de la médecine du travail ou du rôle joué par les syndicats.

Cependant, même lorsqu'une origine professionnelle est supposée, d'autres obstacles peuvent survenir. Ainsi, certains acteurs du processus de déclaration (médecins traitants, employeurs, syndicats) ne savent pas toujours que certaines pathologies peuvent être déclarées comme maladies professionnelles ou ne disposent parfois que d'informations lacunaires, tant sur les critères que sur les procédures. Par exemple, l'assimilation du syndrome du canal carpien à une paralysie nerveuse périphérique, maladie de la liste, a été confirmée par une jurisprudence non publiée du Tribunal fédéral des assurances sociales (arrêt du 2 février 1996, U 203/93 et arrêt du 2 juillet 1997, U 176/96). Cette information figure dans une brochure publiée par la Suva en 1998 (Vogt, 1998). Or, au début de ma recherche en 2004, les acteurs du syndicat qui se lançaient dans une procédure de reconnaissance ne savaient pas que le syndrome du canal carpien était susceptible d'être reconnu au titre de maladie de la liste, ce qui implique un fardeau de la preuve moins lourd, puisqu'il « suffit » de rendre vraisemblable que la maladie est due de manière prépondérante à l'activité professionnelle.

Même lorsque les acteurs sont convaincus de l'origine professionnelle et disposent des connaissances nécessaires à la déclaration, la connaissance des critères restrictifs à remplir, le risque de voir la demande refusée et la perspective d'une procédure longue et pénible peuvent décourager l'annonce des cas. Plusieurs experts (médecins du travail, ergonomes) m'ont fourni des éléments allant dans ce sens. La crainte de susciter de faux espoirs et d'entraîner les patients dans une procédure pénible inciterait certains médecins à ne pas évoquer la possibilité d'une déclaration de maladie professionnelle. On peut aussi se demander si certains discours dénonçant la faible reconnaissance des TMS en Suisse (par exemple, Moussadek, 2007; Rosende, 2004) n'ont pas en fin de compte un effet démobilisateur, instillant la conviction que toute démarche de déclaration est vouée à l'échec.⁸⁹

⁸⁹ Une récente étude par questionnaire menée par l'Institut universitaire romand de Santé au Travail auprès de 806 médecins romands fournit des éléments en ce sens (Chiarini & Chouanière, 2010). Outre une connaissance limitée du système de la part de certains médecins (près de la moitié des médecins disent n'avoir jamais fait de déclaration de maladie professionnelle, et parmi ceux-ci neuf sur dix disent qu'ils ne sauraient pas comment s'y prendre), le principal obstacle invoqué pour une déclaration de

5.2.2 Pourquoi les femmes déclarent-elles moins de TMS ?

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour tenter d'expliquer pourquoi les femmes déclarent moins de TMS que les hommes. Tout d'abord, le fait que les travailleuses déclarent plus de maladies hors liste et les travailleurs plus de maladies de la liste suggère que la liste permet mieux aux acteurs de saisir les troubles dont souffrent les hommes que ceux dont souffrent les femmes. Par exemple, les cas déclarés dans la catégorie de « bursite chronique » sont en grande majorité des pathologies liées au travail à genou, typique par exemple de la profession « masculine » de carreleur.

Une autre hypothèse est qu'il y a des pratiques de déclaration différenciées selon les secteurs d'activités. Les statistiques apportent un élément en ce sens. En effet, un grand nombre de cas de TMS sont déclarés dans le secteur de la construction, secteur masculin s'il en est. Dans ce secteur, l'incidence des cas déclarés est d'environ 190 cas pour 100 000 EPT par an. Par contre, dans un secteur féminisé comme la vente, qui comporte également des risques importants de TMS (Dozolme, 1994), l'incidence des cas déclarés est dix fois moindre, environ 19 cas pour 100 000 EPT par an⁹⁰. On peut comprendre ces pratiques différenciées dans un cadre plus général, celui des stéréotypes sur les travaux masculins et féminins. En effet, les contraintes typiques des travaux féminins (de manière schématique, travail répétitif, postures statiques) sont moins visibles socialement que celles typiques des travaux masculins (usage de la force, port de charges), ce qui peut entraver l'identification de problèmes de santé d'origine professionnelle. Par ailleurs, il est possible que certaines pathologies affectant les femmes soient plus facilement attribuées à des facteurs biologiques, notamment hormonaux (Meine, 1994), ou à des facteurs psychologiques (Cleland, 1986; Ireland, 1998; Lucire, 2001) qu'à l'activité professionnelle (pour une analyse critique, voir

maladie professionnelle est le refus fréquent des assurances-accidents. Or, comme le notent les auteurs de l'étude (pp. 32-33), cette perception ne correspond pas à la réalité du taux d'acceptation (en 2009 : 81% pour les maladies professionnelles toutes catégories confondues et 58% pour les TMS).

⁹⁰ Calculs sur la base des données fournies par le Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents, chiffres des années 2002 à 2004. Les secteurs sont identifiés en fonction de la nomenclature générale des activités économiques 1985, de l'Office fédéral de la statistique (classes 41 « construction proprement dite » et 42 « aménagement et parachèvement », classes 55 et 56 « commerce de détail »).

Bammer & Martin, 1992; Kome, 1998; Messing, 2000). Enfin, peut-être que les acteurs anticipent des refus pour les cas concernant des femmes, ce qui est lié aux critères de reconnaissance qui seront examinés plus loin.

5.2.3 Interpréter l'évolution des déclarations

Pourquoi les TMS déclarés et reconnus sont-ils en diminution constante depuis le début des années 1990 ? Je passerai en revue trois explications possibles : une réduction des risques, une diminution des emplois à risque ou des changements des pratiques de déclaration.

Selon une première explication, la baisse des déclarations résulterait de la réduction des risques professionnels. Un récent rapport de la Suva avance ainsi qu'elle découlerait d'une « attention accrue accordée de façon générale à l'ergonomie du poste de travail » (2009, p. 62). Selon des discussions avec des experts du domaine⁹¹, il est possible qu'il y ait eu une certaine amélioration, par exemple dans la prévention des bursites liées au travail à genou, mais une réelle régression des TMS en général est improbable. Plusieurs éléments incitent à chercher ailleurs les causes de l'évolution des cas déclarés. Tout d'abord, il y a eu, avant la décrue des années 1990 et 2000, une augmentation des cas déclarés au cours des années 1980 et l'on ne voit pas quelle amélioration radicale des conditions de travail se serait produite au début des années 1990. Au contraire, l'Enquête européenne sur les conditions de travail menée tous les cinq ans depuis 1990 montre la persistance de l'exposition à certains risques physiques comme les positions pénibles et fatigantes ou les mouvements répétitifs du bras ou de la main ainsi qu'une intensification du travail (Parent-Thirion, et al., 2007, p. 29 et p. 62).

Une deuxième explication résiderait dans le changement structurel de l'économie du secteur secondaire au secteur tertiaire et donc le recul du nombre d'emplois dans les branches les plus exposées comme la construction (Suva, 1999, p. 48). Toutefois, le rapport quinquennal de la Suva portant sur la période 2003-2007 relativise l'importance

⁹¹ Dr Marcel-André Boillat, Institut universitaire romand de santé au travail et Dr Walter Vogt, médecine des assurances, Suva, communications personnelles. Je les remercie tous deux pour leurs précieux éclairages.

de ce facteur. Il montre en effet que l'incidence des TMS a très fortement diminué dans le secteur du bâtiment pour les maladies hors liste, puisqu'il a été divisé par cinq entre la période quinquennale 1988-1992 et la période 2003-2007 (Suva, 2009, p. 62)⁹². Il y a donc un recul généralisé du taux de cas déclarés et acceptés.

La troisième explication, qui me semble de loin la plus solide, est qu'il y aurait eu des changements de pratique dans la déclaration des cas. C'est ainsi que des médecins de la Suva expliquaient une partie de l'augmentation des TMS au cours des années 1980 par « une meilleure annonce des cas de maladies professionnelles [...] par régression des chiffres noirs (sensibilisation des assurés, des entreprises, des médecins ; examens médicaux préventifs systématiques) » (Jost & Ruppen, 1992, p. 53). Il y a donc probablement eu progression des déclarations au cours des années 1980, puis diminution. Comment expliquer ces changements de pratique ? Il est possible qu'il y ait eu un changement d'appréciation de la causalité des TMS dans le milieu médical, mais je ne dispose d'aucun élément en ce sens. Il me semble en revanche plausible de considérer que le durcissement des conditions de reconnaissance, particulièrement au niveau des maladies hors liste, décourage l'annonce des cas⁹³. Enfin, on peut aussi estimer qu'il y a eu un taux de déclaration exceptionnel au cours des années 1980, à

⁹² Cette évolution ne semble pas pouvoir s'expliquer uniquement par une amélioration des conditions de travail dans le secteur du bâtiment : si plusieurs maladies connaissent une diminution pendant la même période (dermatoses et maladies oculaires), l'incidence des maladies respiratoires augmente légèrement et celle des surdités est multipliée par trois (Suva, 2009, pp. 60-62).

⁹³ Cette hypothèse est soutenue par plusieurs spécialistes que j'ai rencontrés. Les acteurs susceptibles de conseiller les victimes de TMS, par exemple les médecins, syndicalistes ou juristes, n'ont pas forcément connaissance des détails des statistiques des assurances-accidents, mais on peut présumer qu'ils développent une appréciation des probabilités de reconnaissance, sur la base de leur propre expérience, ainsi que par le biais de publications ou conférences. J'ai par exemple eu l'occasion d'assister à un colloque sur « La main au travail » (Journées suisses des Médecines du personnel des Institutions de soins et Journées scientifiques de la Société Suisse de Médecine du Travail, 18 et 19 novembre 2004) au cours duquel les critères de reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles étaient discutés. Un autre exemple qui semble largement connu est la publication par la Suva d'une prise de position intitulée « L'épicondylite n'est pas une maladie professionnelle. Un changement de paradigme sur le plan médical » (Bär & Kiener, 2000).

cause de l'attention et des espoirs suscités par l'entrée en vigueur de la LAA, puis que ce taux de déclaration est retombé, à cause de l'issue négative de nombreux cas et de l'absence de thématisation des maladies professionnelles dans l'espace public et dans le monde médical.

Cette dernière hypothèse, qui met en avant la mobilisation des acteurs sociaux, est corroborée par la comparaison entre la diminution des TMS reconnus en Suisse au cours des années 1990 et 2000 et leur forte augmentation en France pendant la même période (voir annexe, p. 381). Plusieurs facteurs expliquent l'augmentation des déclarations en France : l'évolution de l'état de santé perçu par les salariés, en lien avec les évolutions du travail et de l'emploi (Hatzfeld, 2006), des changements des définitions administratives (Déplade, 2003), mais surtout la mobilisation de divers acteurs, notamment des médecins du travail, syndicats et organismes de prévention des risques professionnels (voir les publications des organismes de prévention, par exemple, Aptel, et al., 2005; Franchi, 1997) qui ont une influence déterminante sur la perception des risques professionnels par les salariés et leurs pratiques de déclarations (Hatzfeld, 2006, 2009b).

5.3 Les critères d'acceptation des cas

Comment expliquer le faible taux d'acceptation de certaines catégories de TMS – les paralysies nerveuses périphériques et les maladies hors listes – alors que le taux d'acceptation des maladies professionnelles est en général élevé ? Pourquoi les cas annoncés par les femmes sont-ils plus souvent rejetés que ceux annoncés par les hommes ? Pourquoi le taux d'acceptation a-t-il baissé depuis le début années 1990 ? Enfin, pourquoi certains acteurs anticipent-ils le rejet des éventuelles demandes de reconnaissance, contribuant ainsi à freiner les déclarations ? Pour répondre partiellement à ces questions, j'analyserai le cadre légal et la jurisprudence, puis quelques publications des assurances-accidents concernant les TMS.

5.3.1 Un cadre légal restrictif confirmé par la jurisprudence

Le cadre légal suisse est restrictif : pour être reconnues comme maladies professionnelles, les affections doivent être causées de manière prépondérante (pour les

maladies de la liste) ou nettement prépondérante (pour les maladies hors liste) par l'activité professionnelle. La jurisprudence du Tribunal fédéral concrétise l'application de ce principe aux cas particuliers⁹⁴. Les compétences juridiques me faisant défaut pour l'analyser de manière systématique, je me contenterai d'en relever quelques points en prenant appui sur des ouvrages de référence (Frésard & Moser-Szeless, 2007; Ghélew, et al., 1992; Maurer, 1985; Rumo-Jungo, 2003).

La jurisprudence concernant la reconnaissance des maladies professionnelles

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le caractère prépondérant signifie que l'affection doit avoir été causée à 50% au moins par l'activité professionnelle⁹⁵ (ATF 114 V 109, consid. 3). En ce qui concerne les affections hors liste, « l'exigence d'une relation exclusive ou nettement prépondérante au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est réalisée lorsque la maladie professionnelle a été causée à raison de 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle » (ATF 114 V 109, consid. 3). Les mêmes critères s'appliquent à l'aggravation d'une maladie préexistante par l'activité professionnelle (ATF 117 V 354).

Mais comment quantifier les causes dans les cas des maladies multifactorielles comme les TMS ? Selon la jurisprudence, pour admettre un taux de participation causale de 75%, il faut « que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé soient quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général » (ATF 116 V 136, consid. 5c). Pour les maladies de la liste, le principe est le même. Une causalité de 50% signifie que la fréquence des lésions dans le groupe professionnel doit être deux fois plus élevée que dans la population générale (SVR 2000 UV Nr. 22 S. 75

⁹⁴ Jusqu'au 31 décembre 2006, le Tribunal fédéral des assurances était l'instance compétente.

⁹⁵ Plusieurs auteurs notent que la notion de cause prépondérante pourrait être interprétée différemment, conduisant à des pratiques de reconnaissance plus souples. Ainsi, Beretta estime qu'on pourrait interpréter cette notion en termes qualitatifs et non pas quantitatifs (1989, p. 271). Selon Scartazzini (1991, p. 97), on pourrait interpréter le texte de loi « en ce sens que la cause déterminante ne doit pas être "prépondérante" par rapport à l'addition de toutes les autres causes, mais par rapport à chacune d'entre elles, ce qui conduirait à un taux requis inférieur au minimum fixé par la jurisprudence (plus que 50%) lorsque le nombre des causes serait supérieur à deux. » L'auteur relève toutefois que cette solution a été écartée par le Tribunal fédéral des assurances dès 1943.

E. 4b, U 293/99, cité par le jugement U 95/06 du 7 mai 2007). Cela signifie qu'il faut des preuves épidémiologiques que l'activité professionnelle incriminée présente un risque relatif de deux ou de quatre par rapport à la population générale. Par ailleurs, il faut aussi que la personne soit effectivement soumise aux facteurs de risque et qu'il n'y ait pas des causes extraprofessionnelles prépondérantes dans le cas particulier. Pour comprendre le caractère restrictif de cette jurisprudence, il faut encore souligner que le fardeau de la preuve incombe à l'assuré. C'est à lui de rendre vraisemblable que sa maladie est due à l'activité professionnelle (116 V 136, cons. 5). Ghélew, Ramelet et Ritter (1992, p. 68) soulignent en citant le message du Conseil fédéral que « les exigences quant à la preuve, par l'assuré, du caractère exclusif ou prépondérant de l'activité professionnelle ne doivent pas être trop sévères ; il lui incombera cependant de “rendre digne de foi que son affection est principalement due à son activité professionnelle” » (Conseil fédéral, 1976b, p. 168).

Les restrictions à la reconnaissance des TMS

La jurisprudence confirme ainsi le caractère restrictif de la reconnaissance légale des maladies professionnelles, surtout lorsque comme les TMS, les pathologies sont multifactorielles et qu'il existe des controverses sur le poids des différents facteurs. Je soulignerai trois éléments plus spécifiques qui entravent la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, en particulier pour les femmes.

Tout d'abord, on peut faire l'hypothèse que la notion de cause prépondérante, voire nettement prépondérante, rend plus ardue la reconnaissance d'une maladie professionnelle pour les personnes travaillant à temps partiel (ou cumulant plusieurs emplois à temps partiel), qui sont en majorité des femmes (Office fédéral de la statistique, 2009). Comme le temps plein constitue la référence, il est probablement plus difficile de convaincre qu'une exposition à temps partiel à des facteurs de risque a pu causer la maladie. Toutefois, les statistiques des assurances-accidents ne permettent pas de connaître le taux d'activité des personnes qui ont annoncé des maladies professionnelles et il est par conséquent impossible de tester cette hypothèse en la confrontant aux statistiques.

Ensuite, la jurisprudence se base souvent sur une conception ancienne de la maladie professionnelle, la définissant comme maladie typique d'un métier (pour une critique de

cette conception, voir Bousquet & Rey, 1993)⁹⁶. Il est ainsi fait référence aux « cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé » (ATF 116 V 136, consid. 5). Or, comme l'ont montré de nombreuses études en ergonomie, ce ne sont pas les métiers ni même les intitulés de poste ou les tâches, mais les activités réelles qui déterminent les expositions aux risques (Messing, 2000). La conception actuelle facilite la reconnaissance des TMS considérés comme typiques de certains métiers, par exemple, les bursites du genou pour les carreleurs. Elle défavorise à l'inverse celle des TMS causés par des expositions qui se retrouvent dans de nombreuses activités professionnelles, par exemple les mouvements répétitifs. L'approche par métier défavorise particulièrement les travailleuses. En effet, les femmes sont concentrées dans un petit nombre de professions (Maruani, 2003, pp. 39-41), les tâches qu'elles effectuent sont moins reconnues socialement comme des métiers qualifiés (Pfefferkorn, 2007, p. 356) et les risques des travaux féminisés sont moins étudiés que les travaux traditionnellement effectués par des hommes.

Enfin, en ce qui concerne les preuves épidémiologiques, la référence à la « population en général » pose problème. En effet, en épidémiologie, pour déterminer le risque relatif, on procède à une comparaison entre un groupe exposé et un groupe non exposé. Mais la population générale ne représente pas un groupe non exposé aux facteurs de risque de TMS, qui sont des pathologies fréquentes et concernant de nombreuses activités professionnelles. En fait, plus une maladie est répandue, plus il devient difficile de mettre en évidence qu'elle est deux (ou quatre) fois plus fréquente dans un groupe professionnel que dans la population générale. Cette conclusion est d'ailleurs tirée par les juges du Tribunal fédéral eux-mêmes qui relèvent, dans un arrêt concernant des troubles du dos : « Dans la mesure où la preuve d'un lien de causalité qualifié [...] ne peut pas être établie de façon générale d'après l'empirie médicale (*par exemple, à cause de la large distribution d'une maladie dans la population générale, qui exclut qu'une personne exerçant une activité professionnelle assurée donnée soit au moins*

⁹⁶ Hatzfeld relève que c'est justement l'abandon par l'administration de l'approche traditionnelle des maladies professionnelles par métier (héritée des travaux du médecin Bernardino Ramazzini au XVIII^e siècle) et l'attention désormais portée aux « conditions concrètes d'exercice du travail » qui permettent la reconnaissance des TMS en France au tournant des années 1990 (Hatzfeld, 2009a, p. 181).

quatre fois plus souvent touchée par une affection que la population en moyenne), la reconnaissance dans le cas particulier n'entre pas en ligne de compte. »⁹⁷ (Jugement U 337/01 du 27 août 2003, p. 4, souligné par moi). Ainsi, plus un problème de santé au travail est fréquent dans la population générale (et donc plus on pourrait s'en alarmer comme d'un problème de santé publique), plus il est difficile de le faire reconnaître comme maladie professionnelle. Du point de vue scientifique, il serait plus pertinent de comparer un groupe soumis à des risques spécifiques avec un groupe qui n'est pas soumis à ces risques (mesure du risque relatif).

Vers une reconnaissance élargie des TMS ?

Un jugement récent marque toutefois peut-être un tournant dans la manière dont le Tribunal fédéral aborde les TMS. En effet, dans l'arrêt 8C_410/2009 du 10 novembre 2009, il reconnaît comme maladie professionnelle un cas d'épicondylite⁹⁸ chez une employée de la Télévision suisse romande (TSR) travaillant au montage du téléjournal. Pour décrire brièvement le contexte, mentionnons que la TSR s'équipe en 2001 de

⁹⁷ « Sofern der Nachweis eines qualifizierten (zumindest stark überwiegenden [Anteil von mindestens 75%]) Kausalzusammenhanges nach der medizinischen Empirie allgemein nicht geleistet werden kann (z.B. wegen der weiten Verbreitung einer Krankheit in der Gesamtbevölkerung, welche es ausschliesst, dass eine bestimmte versicherte Berufstätigkeit ausübende Person zumindest vier Mal häufiger von einem Leiden betroffen ist als die Bevölkerung im Durchschnitt), scheidet die Anerkennung im Einzelfall aus. »

⁹⁸ L'épicondylite est un cas particulièrement intéressant parce qu'il illustre bien le durcissement des critères d'acceptation des TMS de la part de la Suva (et des autres assureurs à sa suite). Alors que la Suva reconnaissait l'épicondylite sous certaines conditions (Bär, Heinz, & Ramseier, 1987), elle change de point de vue au cours des années 1990, estimant que l'épicondylite ne peut dans les faits quasiment jamais être reconnue comme maladie professionnelle. La Suva s'appuie d'abord sur une note interne (Suva, 1996), mais le Tribunal fédéral des assurances l'oblige à publier son changement de pratique (3 août 2000, ATF 126 V 183, cons. 5), ce qui donne lieu en 2000 à l'article des médecins de la Suva Bär et Kiener : « L'épicondylite n'est pas une maladie professionnelle. Un changement de paradigme sur le plan médical ». Dans le même jugement, le Tribunal fédéral des assurances estime aussi ne pas être en mesure de juger du bien-fondé du changement de pratique et renvoie le cas à l'instance cantonale (Tribunal administratif du canton de Berne) pour qu'elle organise une expertise médicale. Le rapport d'expertise (du 5 avril 2005) conclut que la relation causale doit être appréciée au cas par cas et propose des critères d'évaluation pour ce faire.

nouveaux appareils pour montage des émissions d'actualité. Plusieurs employés se plaignent alors de divers TMS qu'ils attribuent à leur travail et six personnes sur les treize que compte l'équipe annoncent une maladie professionnelle à l'assureur accidents. Différents facteurs sont invoqués en faveur d'une origine professionnelle des troubles : « gestes répétitifs (mouvement de balayage avec le stilet sur la plaque tactile) ; positions de travail (impossibilité de poser les coudes en raison des dimensions spécifiques des plaques tactiles, ce qui entraîne une fatigue) ; intensité du travail (qui dure entre huit et neuf heures et qui implique un stress et une sollicitation augmentant juste avant la diffusion d'une émission) ; planification du travail » (arrêt 8C_410/2009, faits). L'assurance refuse les cas et l'une des monteuses, soutenue par son syndicat, entame alors une procédure judiciaire.

Après plusieurs rebondissements, le Tribunal fédéral reconnaît l'existence d'une maladie professionnelle dans son jugement du 10 novembre 2009. Il se base sur une expertise judiciaire confiée par les juges cantonaux à l'Institut universitaire romand de santé au travail. Cette expertise, menée par des médecins du travail et ergonomes, inclut notamment un examen clinique, une anamnèse personnelle et professionnelle, des évaluations ergonomique et biomécanique de l'activité de montage et une enquête épidémiologique sur les TMS parmi les monteurs de la TSR. Le rapport d'expertise dégage deux arguments déterminants en faveur d'une origine professionnelle du cas. D'une part, la prévalence des TMS, de même que celle de l'épicondylite plus spécifiquement, est au moins quatre fois plus élevée parmi les monteurs que dans la population active. De manière intéressante, le Tribunal juge pertinent de s'intéresser aux TMS en tant qu'ensemble plutôt qu'aux diagnostics considérés isolément (en l'occurrence, épicondylite radiale, tendinite du poignet ou de l'avant-bras, syndrome du canal carpien). D'autre part, l'expertise judiciaire conclut à une nette prépondérance des causes professionnelles par rapport aux causes non professionnelles, en se basant notamment sur des critères définis par une précédente expertise concernant un cas d'épicondylite⁹⁹. A noter que les deux expertises estiment qu'une surcharge mécanique

⁹⁹ Il s'agit de l'expertise organisée par le Tribunal administratif du canton de Berne suite à l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 126 V 183. Comme le résume le Tribunal fédéral (arrêt 8C_410/2009), les critères retenus par les experts sur la base d'une revue de la littérature étaient les suivants : « les facteurs de risque

provoquant des micro-traumatismes peut être la cause d'une épicondylite, ce qui contredit la position défendue par les experts de la Suva selon laquelle l'épicondylite est généralement une affection reposant sur des processus dégénératifs avant tout liés à l'âge et à la constitution physique individuelle (Bär & Kiener, 2000, p. 80). Il est donc possible que ce jugement ouvre la voie à une reconnaissance accrue de l'épicondylite ou d'autres TMS.

Une logique d'assurance plutôt que de santé publique

Pour terminer, je ferai un commentaire plus fondamental sur le système suisse de reconnaissance des maladies professionnelles. Celui-ci présuppose qu'il faut distinguer, pour un cas de maladie, la part revenant aux expositions professionnelles et celle due à d'autres causes (expositions non professionnelles, maladies, etc.). Pour qu'une maladie soit reconnue, « le facteur professionnel doit être plus important que les autres causes » (Ghélew, et al., 1992, p. 67). Une telle exigence correspond bien à la logique de l'assurance : il s'agit d'indemniser les dommages causés par le travail et seulement ceux-ci. Selon cette logique, plus une personne a de risques personnels de développer une maladie (par exemple dans le cas du syndrome du canal carpien, souffrir de maladies associées, être une femme, avoir plus de cinquante ans, etc.) plus les expositions professionnelles devront être massives pour que le cas soit reconnu comme maladie professionnelle¹⁰⁰. En revanche, cela ne correspond pas à une logique de santé

primaire étaient l'application de la force, la durée, le temps de repos réduit et une relation temporelle entre cause et effet. Les vibrations, les exigences spécifiques de la main (presser, appuyer, tenir et maintenir) ainsi que les travaux de précision constituaient les facteurs de risque secondaires. Enfin, la répétition des gestes, la durée de l'activité professionnelle, la rapidité d'exécution des gestes et le manque de formation, les facteurs de risque tertiaires. En revanche, une comorbidité, une dépression et un risque dans les loisirs, de même que l'âge, le tabac et l'appartenance au sexe féminin représentaient des facteurs diminuant la probabilité du lien de causalité. » A noter que si l'experte judiciaire intervenant dans le cas vaudois reprend les critères de l'expertise bernoise, elle souligne aussi que l'appartenance au sexe féminin ne joue que peu de rôle pour le développement d'une épicondylite.

¹⁰⁰ Le cas de l'exposition à l'amiante illustre ce problème. Pendant des années, les assurances-accidents ont refusé des cas de cancers du poumon chez des travailleurs exposés à l'amiante qui fumaient, considérant que l'amiante ne jouait pas un rôle prépondérant par rapport à la fumée de cigarette. En 2007 le Tribunal fédéral a désavoué les assurances, estimant qu'« on ne saurait exclure d'emblée que

publique qui viserait à reconnaître les maladies professionnelles afin de limiter les risques liés au travail. Dans cette perspective, il faudrait reconnaître les maladies dès lors que les personnes sont exposées à un certain niveau de risque considéré comme socialement inacceptable en fonction des connaissances scientifiques sur les atteintes qu'il peut entraîner. La reconnaissance des maladies professionnelles servirait alors à rendre visibles les risques professionnels afin de les combattre.

En résumé, l'analyse de la loi et de la jurisprudence confirme que les conditions posées à la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles sont strictes et sont en moyenne plus difficiles à remplir pour les femmes. Ces critères restrictifs expliquent probablement aussi pourquoi certains acteurs anticipent des refus de la part des assurances-accidents et n'encouragent pas activement les déclarations de maladies professionnelles.

5.3.2 Les publications des assurances-accidents sur les TMS

Pour mieux saisir la difficulté à faire reconnaître les causes professionnelles dans certains cas de TMS, il serait utile d'analyser comment les assurances-accidents jugent, dans la pratique, des causes des maladies qui leur sont déclarées. Pour cela, il faudrait pouvoir analyser systématiquement les expertises réalisées par les assurances. Sans accès à ces documents, il reste possible d'analyser les principes généraux d'évaluation des TMS tels qu'ils sont décrits dans les publications des assurances-accidents. Ces dernières sont au demeurant peu nombreuses et toutes celles que j'ai pu trouver émanent de la Suva à l'exception d'un article publié par un expert travaillant pour les

l'exposition à des poussières d'amiante constitue la cause prépondérante du développement d'un carcinome bronchique pour le seul motif que l'assuré encourait déjà un risque supérieur à la moyenne de développer cette maladie en raison de sa forte consommation de cigarettes » (ATF 133 V 421, consid. 5). Depuis lors, la Suva a radicalement changé de pratique. Elle ne prend plus en compte le tabagisme pour apprécier la causalité des cancers du poumon avec exposition à l'amiante, estimant que « dans la mesure où l'amiante et le tabac constituent des facteurs de risque suradditifs pour le cancer du poumon, il n'est pas possible de déterminer avec suffisamment de précision la part respective de chacun dans les cas individuels » (Suva, 2011a, p. 7).

assureurs privés¹⁰¹. Sans me livrer à une analyse exhaustive de ces documents, j'en tirerai les éléments permettant de répondre aux questions concernant l'évolution des pratiques de reconnaissance, les taux d'acceptation des divers types de pathologies et les différences selon le sexe.

L'évolution des pratiques de reconnaissance

L'appréciation de la Suva sur les TMS a évolué entre les années 1980 et les années 2000. La catégorie même de « maladies de l'appareil locomoteur » (la Suva n'utilise pas la désignation TMS) apparaît dans les rapports statistiques au cours des années 1980. Des pathologies qui étaient jusqu'alors décomptées séparément sont désormais considérées comme faisant partie d'une même catégorie, qui connaît une forte croissance au cours des années 1980 et devient le principal groupe de maladies professionnelles (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1991, p. 41; 1994; Ferreira, et al., 2010, p. 32). Cette période correspond au développement de la problématique des TMS au niveau international, dans les débats publics, les publications scientifiques et les pratiques des assurances sociales. Dans plusieurs publications des assurances-accidents, les mouvements répétitifs sont alors cités comme facteurs étiologiques notables de TMS comme l'épicondylite (Bär, et al., 1987, p. 24) ou « les inflammations douloureuses des tendons et des nerfs » (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1994, p. 57), ce qui fait écho à l'émergence de la problématique des *repetitive strain injuries* au plan international.

¹⁰¹ Les sources suivantes sont prises en considération ici, dans l'ordre chronologique de leur édition : une brochure sur l'épicondylite publiée par la Suva (Bär, et al., 1987) ; un article sur l'épicondylite rédigé par un expert des assureurs privés et paru dans une revue de médecine des assurances (Meine, 1994) ; une brochure sur le syndrome du canal carpien publiée par la Suva (Vogt, 1998) ; un article sur l'épicondylite publié dans les Informations médicales de la Suva (Bär & Kiener, 2000) ; un article sur les TMS du membre supérieur rédigé par un médecin de la Suva et publié dans une revue pour médecins praticiens (Vogt, 2005) ; un article sur les maux de dos publié dans les Informations médicales de la Suva (Ludwig, 2005) ; ainsi que les chapitres sur les maladies professionnelles des rapports quinquennaux sur la statistique des accidents (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, 1991, 1994; Suva, 1999, 2004, 2009).

La tendance s'inverse rapidement : dès le début des années 1990, le nombre de TMS déclarés et reconnus est en baisse. Au cours des années 1990 et 2000, les publications des assurances-accidents justifient la faible reconnaissance comme maladies professionnelles des TMS (notamment le syndrome du canal carpien et les maladies hors liste comme l'épicondylite ou les maux de dos) par les critères légaux stricts et le manque d'études épidémiologiques robustes prouvant le lien causal entre ces pathologies et les expositions professionnelles (Bär & Kiener, 2000; Ludwig, 2005; Vogt, 1998, 2005). Elles relèvent également qu'un changement légal permettrait d'élargir le champ des pathologies reconnues, mais entraînerait des coûts considérables pour les assureurs et donc pour les employeurs (Ludwig, 2005, pp. 77-78; Suva, 2004, p. 58). Les assurances se réfèrent dès lors toujours plus à une distinction entre maladies professionnelles et maladies liées au travail, auxquelles appartiendraient par exemple les maux de dos (Ludwig, 2005, p. 76) ou des TMS liés au travail répétitif (Suva, 2004, p. 58). Cette dernière catégorie permet de reconnaître la pertinence des activités de prévention sans pour autant indemniser les personnes qui souffrent de ces pathologies (Ferreira, et al., 2010, p. 42).

Les différences selon les pathologies

Comment expliquer que certains types de TMS soient souvent rejetés (syndrome du canal carpien et autres « paralysies nerveuses », maladies hors liste comme les épicondylites, tendinites, syndromes de la coiffe des rotateurs, douleurs articulaires, etc.), alors que d'autres (bursites et tendovaginites) sont presque toujours acceptés ? Les publications des assurances-accidents montrent que les différences de taux d'acceptation reflètent des différences d'appréciation sur le rôle des facteurs professionnels et extraprofessionnels en fonction des pathologies.

En effet, les publications des assurances soutiennent que des facteurs extraprofessionnels (sexe, constitution, maladies associées, prédisposition génétique, etc.) jouent un rôle important dans des pathologies comme l'épicondylite, le syndrome du canal carpien ou la tendinite de Quervain (Bär & Kiener, 2000; Meine, 1994; Vogt, 1998, 2005). En revanche, ces facteurs extraprofessionnels ne seraient pas aussi prégnants pour les tendovaginites (Vogt, 2005). Or, selon le cadre légal et la jurisprudence suisses, le poids des facteurs extraprofessionnels réduit grandement la

possibilité de faire reconnaître une maladie professionnelle¹⁰². Les publications mettent aussi l'accent sur le rôle du vieillissement et des processus dégénératifs pour les tendinopathies (épicondylite, tendinite de Quervain, etc.), par opposition aux processus inflammatoires qui interviendraient dans les tendovaginites et signeraient l'existence de pathologies dues à l'hypersollicitation (Bär & Kiener, 2000, p. 71; Vogt, 2005). Implicitement, elles semblent écarter l'hypothèse que ces processus dégénératifs puissent être causés par les activités professionnelles. En outre, elles mettent en doute le lien causal entre certaines expositions professionnelles, en particulier des mouvements répétitifs, et le développement des pathologies comme l'épicondylite ou le syndrome du canal carpien, en se montrant particulièrement sévères dans leur appréciation des lacunes et contradictions des études épidémiologiques (Bär & Kiener, 2000, p. 76; Vogt, 1998). Les activités professionnelles ne seraient par conséquent que les facteurs déclenchants des douleurs ou autres symptômes, et non la cause première de ces pathologies (Bär & Kiener, 2000, p. 71; Vogt, 2005, p. 871). Enfin, les assurances contestent la reconnaissance pour les maladies difficilement objectivables, dont le diagnostic ne repose pas sur des signes cliniques visibles ou sur l'imagerie médicale, mais uniquement sur la perception de douleurs par les patients (par exemple, les lombalgies, des douleurs articulaires ou musculaires, etc.) (Ludwig, 2005, pp. 76-77; Suva, 2004, p. 58). Ces quelques éléments montrent que l'appréciation portée sur la causalité professionnelle des TMS est globalement restrictive, ce qui ne permet de reconnaître que peu de cas, avec toutefois des exceptions pour les pathologies particulières que sont les tendovaginites de type *peritendinitis crepitans* et les bursites chroniques.

¹⁰² Ce n'est pas le cas en France dans le cadre du régime général de la sécurité sociale. En effet, la reconnaissance des maladies professionnelles y est régie par la présomption d'origine aussi appelée présomption d'imputabilité. Les critères de reconnaissance sont fixés dans les tableaux et s'ils sont remplis, la personne n'a pas besoin d'apporter la preuve de l'origine professionnelle de la maladie. Ainsi, « les facteurs extraprofessionnels n'entrent pas en compte dans la décision de reconnaissance » (Arnaud, et al., 2008, p. 46).

Les différences selon le sexe

Pourquoi les cas de TMS touchant les femmes sont-ils plus souvent rejetés que ceux des hommes ? Une première explication est que globalement, les femmes déclarent plus de maladies hors liste, pour lesquelles les critères de reconnaissance sont plus sévères, puisqu'il faut que la maladie soit due de manière nettement prépondérante, c'est-à-dire à plus de 75% au travail. Toutefois, cela n'explique pas l'entier de la différence puisque les taux d'acceptation sont plus faibles pour les femmes que pour les hommes à l'intérieur de chaque catégorie (bursites, paralysies, tendovaginites, maladies hors liste)¹⁰³. Les publications des assurances-accidents permettent d'amener deux explications supplémentaires. La première est que le sexe féminin est parfois considéré comme un facteur prédisposant à certaines affections, en particulier syndrome du canal carpien et tendinite de Quervain (Vogt, 1998, p. 42; 2005). Le fait même d'être une femme diminue dès lors les chances que l'affection soit reconnue comme maladie professionnelle. Cette manière de juger est congruente avec la conception des maladies professionnelles forgée par la jurisprudence, qui conduit à opposer les différents types de causes afin de déterminer laquelle est prépondérante. Au passage, on peut relever que sur un plan scientifique (et non sur le plan légal qui détermine la reconnaissance des maladies professionnelles), la fréquence accrue d'une maladie chez un sexe ou l'autre ne diminuerait pourtant pas la probabilité que la maladie puisse être causée par des activités professionnelles¹⁰⁴. D'ailleurs, des études qui procèdent à une stratification

¹⁰³ Voir les tests statistiques en annexe, p. 389.

¹⁰⁴ Un exemple historique permet de raisonner sur le caractère problématique de la mise en opposition entre facteurs biologiques d'une part et professionnels d'autre part. Le premier cancer d'origine professionnelle connu est le cancer du scrotum. Au XVIII^e siècle, le chirurgien anglais Percival Pott s'est penché sur l'accumulation de cas chez les jeunes hommes qui en tant qu'enfants avaient été employés comme ramoneurs. Il a ainsi pu montrer que le contact avec la suie de cheminée était la cause de ce cancer (Pearce, Boffetta, & Kogevinas, 2000). Le fait que ce cancer ne touche que des hommes et qu'il repose sur une prédisposition anatomique masculine n'a pas suscité de controverse sur le rôle fondamental joué par les facteurs professionnels.

selon le sexe¹⁰⁵ concluent par exemple que les expositions professionnelles accroissent l'incidence du syndrome du canal carpien tant chez les travailleuses que chez les travailleurs, même si cette maladie est plus fréquente chez les femmes (Roquelaure, Ha, Nicolas, et al., 2008; Roquelaure, Ha, Pelier-Cady, et al., 2008). Une deuxième explication est que les experts sous-estiment parfois les expositions associées aux emplois féminisés. Par exemple, une étude sur l'épicondylite dont les conclusions sont reprises dans un article de référence (Bär & Kiener, 2000) évalue la pénibilité du travail en fonction de la profession (Meine, 1994). Les professions de bureau en général y sont décrites comme « ni monotones ni ne sollicitent particulièrement l'usage de la force » (p. 173) et comme « ultralégères » (p. 174). Sont au contraire décrites comme « professions de force » celles du bâtiment et de l'agriculture, ouvrier d'usine, mécanicien (p. 173). On peut se demander si ces appréciations ne sous-estiment pas la pénibilité des travaux féminisés et les effets de certaines expositions typiques de ceux-ci comme la répétitivité des mouvements ou la faible autonomie décisionnelle.

En résumé, après une période d'ouverture dans les années 1980, les assurances-accidents ont adopté une attitude nettement plus restrictive concernant la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, en particulier pour les paralysies nerveuses (dont le syndrome du canal carpien) et les maladies hors liste, ce qui limite particulièrement la reconnaissance des cas affectant les femmes.

5.4 Conclusion

Si les TMS sont toujours plus reconnus, en Suisse, comme un problème majeur de santé au travail, cela n'a pas d'incidence sur leur reconnaissance comme maladies professionnelles. Au contraire, l'analyse des statistiques des assurances-accidents montre que le nombre de cas déclarés et reconnus, déjà faible par rapport à la fréquence de ces troubles dans la population active, est en baisse constante depuis le début des années 1990. L'analyse des conditions légales de reconnaissance, de la jurisprudence et

¹⁰⁵ C'est-à-dire qui analysent les résultats pour les hommes et les femmes, plutôt que de corriger selon le sexe, ce dernier procédé pouvant conduire à gommer l'effet des expositions professionnelles (Messing, 2000, p. 111).

des publications des assurances-accidents permet de comprendre la difficulté à faire indemniser ces troubles : les critères légaux déjà étroits (notions de causes prépondérantes pour les maladies de la liste ou nettement prépondérante pour les maladies hors listes, fardeau de la preuve incombant à l'assuré) s'accompagnent d'une jurisprudence restrictive (interprétation des notions de causes prépondérante et nettement prépondérante, référence aux groupes professionnels, importance des preuves épidémiologiques). L'arrêt du Tribunal fédéral du 10 novembre 2009 concernant un cas d'épicondylite (8C_410/2009) marque toutefois un changement dans la jurisprudence, qui pourrait contribuer à faire évoluer les pratiques de reconnaissance. En ce qui concerne les assurances, si elles reconnaissent en général l'origine professionnelle des bursites et tendovaginites qui leur sont annoncées, elles se montrent nettement plus restrictives concernant les paralysies nerveuses (notamment le syndrome du canal carpien) et toutes les maladies absentes de la liste. Les processus de déclaration et de reconnaissance sont en outre marqués par des inégalités de genre, qui peuvent s'expliquer en partie par la conception du système d'indemnisation et la jurisprudence (conception de la liste, notion de maladie professionnelle associée à un métier, difficulté à apporter des preuves épidémiologiques par manque d'études spécifiques, mauvaise prise en compte des risques du travail à temps partiel, etc.) et en partie par les pratiques des assurances-accidents. Ces critères et pratiques restrictifs expliquent probablement pourquoi un certain nombre de personnes (et plus souvent les femmes) ne déclarent pas des TMS aux assurances-accidents même lorsqu'elles sont convaincues, ainsi que leurs médecins traitants, d'une origine professionnelle. Toutefois, nous verrons avec les résultats de l'enquête de terrain que les difficultés de reconnaissance ne sont pas les seuls obstacles qui s'opposent à la déclaration des maladies professionnelles.

Troisième partie : enquête de terrain auprès d'ouvrières et ouvriers atteints de TMS

La suite de ce travail implique un changement de focus. Il ne s'agit plus d'analyser les discours et pratiques concernant les TMS au niveau de la société et de ses institutions (disciplines scientifiques, lois, assurances, etc.), mais de s'interroger sur leurs conséquences éventuelles pour l'expérience des personnes concernées. Pour cela, je me baserai sur une enquête de terrain menée auprès de quatorze ouvrières et trois ouvriers de l'industrie graphique et de l'emballage, souffrant ou ayant souffert du syndrome du canal carpien et d'autres TMS. Dans le chapitre 6, je commencerai par exposer les méthodes de cette enquête, décrire les données et les procédures d'analyses. Dans le chapitre 7, je montrerai que les personnes concernées souffrent en fait souvent de plusieurs TMS, qui ne se laissent pas toujours diagnostiquer et définir aisément, qui peuvent avoir des conséquences négatives dans différents domaines de la vie et dont la prise en charge tend généralement à en faire des problèmes individuels et personnels, et non des problèmes collectifs et liés aux conditions de travail. Je m'intéresserai ensuite à la manière dont les actions de divers acteurs, notamment les personnes atteintes elles-mêmes, donnent forme aux trajectoires, c'est-à-dire au travail de trajectoire (chapitre 8). Mon objectif principal sera de comprendre pourquoi et comment les TMS se constituent au cours des trajectoires comme des problèmes essentiellement individuels et personnels : pourquoi y a-t-il si peu d'actions menées sur les conditions de travail, d'actions collectives dans ou hors des entreprises, de déclarations et de reconnaissances comme maladies professionnelles ? Après avoir étudié les trajectoires des ouvrières¹⁰⁶, je m'intéresserai aux explications qu'elles produisent sur les causes de leur maladie (chapitre 9). Je montrerai que ces explications recouvrent plusieurs dimensions, allant des explications sur les processus physiologiques à l'attribution de responsabilités, mais surtout, qu'elles ont des enjeux spécifiques pour les personnes atteintes, parce qu'elles

¹⁰⁶ Dans la suite du texte, j'utilise le féminin générique pour désigner les personnes interviewées, sauf lorsqu'il est question spécifiquement des hommes ou des femmes. Les autres acteurs sont désignés par le masculin générique.

influencent leur manière de faire face aux bouleversements induits par la maladie. Pour terminer, je reviendrai sur les liens entre les définitions et explications sociales de la maladie et le sens personnel que construisent les ouvrières atteintes (chapitre 10). Je partirai du décalage constaté entre les définitions institutionnelles dominantes des TMS en Suisse, qui nient leur caractère de maladies professionnelles et tendent à en faire un problème individuel et personnel, et les explications fournies par les personnes concernées, qui mettent l'accent sur le rôle du travail et la nécessité de transformer les conditions de travail, voire revendiquent une reconnaissance au titre de maladies professionnelles. Je montrerai alors que les personnes interrogées peuvent utiliser activement divers discours sociaux, ceux d'autres personnes ou d'institutions, pour donner sens à leur maladie.

6 Présentation de l'enquête de terrain

6.1 Démarche

Les analyses épidémiologiques et ergonomiques s'accordent sur le fait que les TMS ne sont pas des problèmes propres à certains secteurs d'activités ou professions, tout en étant particulièrement fréquents dans les situations de travail caractérisées par des mouvements répétitifs, des postures contraintes ou l'usage de la force. Au-delà du travail ouvrier dans l'industrie graphique et la gainerie dont il sera question ici, une recherche sur les TMS serait donc pertinente dans de nombreuses situations professionnelles. Le choix du terrain n'a donc pas été déterminé par les particularités de la maladie, mais par une occasion de collaborer avec des syndicalistes impliquées dans une démarche de reconnaissance de TMS comme maladies professionnelles. Actives dans des entreprises de l'industrie graphique au sens large (imprimerie, reliure, fabrication de papier, emballage) et de la gainerie (domaine très particulier de l'emballage qui consiste à fabriquer des boîtes et écrins pour des bijoux), elles m'ont mise en contact avec des ouvrières et ouvriers de ces secteurs pour des entretiens¹⁰⁷. Elles m'ont également permis de suivre leur démarche syndicale visant à faire reconnaître certains cas de TMS comme maladies professionnelles, ce qui a fourni toutes sortes d'informations contextuelles et de pistes de réflexion, par exemple sur les relations de travail dans le domaine de l'industrie graphique et de la gainerie, ou sur l'action syndicale concernant les TMS. En particulier, j'ai pu suivre les rencontres d'un groupe syndical qui visait à soutenir des ouvrières dans leurs démarches auprès des

¹⁰⁷ Les permanentes syndicales m'ont fourni, après avoir demandé leur accord, les coordonnées de douze personnes, qui m'ont fourni les contacts de cinq collègues. D'autres tentatives de contacts n'ont pas débouché sur des entretiens. Une ouvrière a refusé l'entretien, disant qu'il lui était trop pénible d'évoquer des problèmes de santé qui avaient entraîné son licenciement. Une autre ne s'est pas présentée au rendez-vous. Trois personnes ont été écartées car elles ne correspondaient pas au critère de sélection initial, soit être atteinte du syndrome du canal carpien. Ce critère s'est finalement avéré peu pertinent, comme je l'expliquerai plus loin (section 7.1). Quatre personnes dont on m'avait fourni les noms sont restées inatteignables : deux avaient quitté la Suisse ; deux autres avaient déménagé sans laisser d'adresse.

assurances sociales et à faire campagne pour la reconnaissance des maladies professionnelles.

C'est donc l'appui d'un syndicat qui m'a permis de gagner la confiance de personnes à interviewer et de récolter des données particulièrement riches. On pourrait objecter que cette collaboration est source de biais, du point de vue des données produites ou de leur analyse. Les réponses se situent à trois niveaux. Sur le plan théorique, la notion de biais fait référence à la possibilité d'un discours neutre ou objectif. Or, dans une perspective dialogique, le discours est toujours situé, adressé et élaboré dans l'interaction si bien qu'un discours neutre n'existe pas. Ensuite, en ce qui concerne l'interprétation des données, le travail d'analyse vise justement à établir une distance critique par rapport aux discours recueillis. De ce point de vue, je n'ai pas de compte à rendre au syndicat. Enfin, il est utile de préciser les conditions de production des discours car la plupart des entretiens prennent place dans un contexte dialogique inhabituel pour une recherche en psychologie. En effet, j'avais déjà rencontré deux personnes (Fabienne et Nicolas¹⁰⁸) auparavant, dans le contexte d'un travail de recherche effectué pour le même syndicat (Probst & Groupe de travail santé, 2002). J'ai ensuite rencontré la majorité des personnes à deux reprises pour des entretiens, j'ai également revu certaines d'entre elles lors d'activités du groupe syndical et appelé certaines ouvrières par téléphone pour avoir des nouvelles de leurs procédures avec les assurances sociales. Le contexte des entretiens est constitué de ces divers échanges avec les ouvrières, mais aussi de ce que les permanentes du syndicat leur disent de ma recherche et de ce qu'elles me rapportent de leurs conversations avec elles, ou de ce que les ouvrières qui se connaissent se racontent entre elles.

Les entretiens ont eu lieu entre le printemps 2004 et l'été 2007. En parallèle, j'ai participé à diverses réunions organisées par le syndicat : des séances au cours desquelles les syndicalistes planifiaient leurs interventions sur la question des TMS, des séances d'un groupe réunissant quelques ouvrières atteintes de TMS¹⁰⁹ ainsi qu'un cours

¹⁰⁸ Les noms des entreprises et des personnes interviewées sont remplacés par des pseudonymes.

¹⁰⁹ Dans ce contexte, quatre ouvrières (Barbara, Coralie, Danielle et Evelyne) m'ont fourni des documents concernant des procédures avec l'entreprise (salaire, licenciement), les médecins (certificats médicaux,

syndical sur cette thématique. C'est pendant la même période que j'ai rassemblé d'autres types d'informations sur ces maladies, présentées dans les chapitres précédents : littérature épidémiologique, statistiques, jurisprudence, etc. J'ai également mené des entretiens avec divers acteurs concernés par les TMS : le directeur et la commission du personnel de l'entreprise *l'Ecrin*, des syndicalistes, un avocat, des médecins du travail, des ergonomes et des médecins d'assurance.

Le recueil des données s'est donc fait progressivement, en rapport étroit avec l'analyse et la problématisation. Cette démarche s'inspire de la *grounded theory*, une méthode de recherche qualitative formalisée par Strauss en collaboration avec Glaser (Glaser & Strauss, 1967) puis Corbin (Strauss & Corbin, 1998) à partir de recherches de terrain en sociologie médicale menées dans une perspective interactionniste. La *grounded theory* a pour objectif de générer des théories ancrées dans les données par le biais d'une démarche systématique. En particulier, les auteurs préconisent une « méthode comparative continue », qui implique des allers et retours entre recueil et analyse des données (Strauss, 1992a). Dans la perspective de la *grounded theory*, l'échantillonnage ne porte pas en premier lieu sur des personnes, mais sur des « incidents » (des actions, des interactions, des changements, etc.) (Strauss & Corbin, 1998, p. 177). L'échantillon ne se veut pas représentatif par rapport à une population générale, mais vise à saisir une diversité de situations et de phénomènes pour enrichir la théorie produite et vérifier sa pertinence. L'échantillonnage n'est donc pas figé en début de recherche, mais vise la « saturation théorique », c'est-à-dire le moment où les nouvelles données recueillies ne permettent plus d'enrichir ou de contredire la théorie. Tout en cherchant, selon ce principe, à diversifier les situations et processus étudiés (par exemple, hommes et femmes, maladies chroniques ou non, diverses actions pour y faire face, etc.), je n'ai pas pu, à cause de la complexité des phénomènes étudiés, atteindre une saturation théorique.

comptes rendus d'examen) et les assurances sociales (compte rendu d'enquête, décisions). Ces documents m'ont aidée à mieux comprendre certaines démarches médicales et administratives. J'en ai aussi tiré des informations pour les interroger sur certains points de trajectoires lors du second entretien

6.2 *Données recueillies*

Les données principales sont des entretiens avec quatorze ouvrières et trois ouvriers ayant souffert de TMS, en particulier du syndrome du canal carpien. Lors du premier contact téléphonique, puis à nouveau au début de l'entretien, j'ai demandé à la personne la permission d'enregistrer nos échanges¹¹⁰ et garanti que je ne donnerai pas son nom, ni celui de l'entreprise ou d'autres informations permettant de la reconnaître. Afin d'honorer cet engagement, je ne fournirai que des informations succinctes sur les situations personnelles et parcours professionnels.

Les entretiens sont de type semi-directif. Pour le premier entretien, la trame (voir annexe, p. 391) abordait les thèmes suivants :

- le déroulement de la maladie et les démarches entreprises ;
- les causes de la maladie et la possibilité de la prévenir ;
- les conséquences de la maladie sur le plan professionnel, les possibilités d'adapter le travail et les réactions dans l'entreprise ;
- les conséquences sur la vie quotidienne et la manière d'envisager l'avenir ;
- la situation actuelle d'emploi et les procédures avec les assurances sociales.

Un second entretien a été réalisé avec douze personnes. Il visait à recueillir des informations supplémentaires sur les trajectoires et approfondir certains thèmes en fonction des analyses en cours (par exemple, sur les raisons de déclarer ou non une maladie à l'assurance-accidents, la reconnaissance du statut de malade, etc.).

Le Tableau 2 présente la liste des entretiens avec leurs dates et durées.

¹¹⁰ Les enregistrements ont été détruits suite à la transcription.

Tableau 2 : Dates, durées et lieux des entretiens

Nom	Premier entretien			Second entretien		
	Date	Durée	Lieu	Date	Durée	Lieu
Anne	Printemps 2004	2 h ¼	domicile	Automne 2006	0 h ¾	domicile
Barbara	Été 2004	2 h ¼	domicile	Automne 2006	1 h	domicile
Coralie	Été 2004	2 h	domicile	Automne 2006	1 h ¼	domicile
Danielle	Été 2004	2 h ¼	domicile	Automne 2006	1 h	domicile
Evelyne	Été 2004	2 h	domicile	Automne 2006	1 h	domicile
Fabienne	Hiver 2005	2 h ½	domicile	Automne 2006	1 h ¼	domicile
Gisèle	Printemps 2004	1 h ½	domicile	Automne 2006	0 h ¾	domicile
Hélène	Printemps 2005	2 h ½	domicile	Hiver 2007	0 h ¾	restaurant
Irène	Printemps 2005	1 h ½	domicile	Automne 2006	0 h ¾	domicile
Josiane	Printemps 2005	1 h ¼	domicile	Hiver 2007	0 h ½	restaurant
Karin	Printemps 2007	1 h ¼	domicile	Pas de second entretien (non sollicité)		
Laure	Automne 2005	1 h	domicile	Automne 2006	0 h ½	domicile
Manon	Automne 2005	1 h	domicile	Hiver 2007	0 h ½	domicile
Nicolas	Automne 2005	1 h	restaurant	Hiver 2007 : téléphone (refus d'entretien)		
Pierrette	Été 2006	1 h	domicile	Pas de second entretien (injoignable)		
Raphaël	Hiver 2007	1 h ½	domicile	Été 2007 : téléphone (entretien non sollicité)		
Serge	Printemps 2007	1 h	restaurant	Pas de second entretien (non sollicité)		

Les premiers entretiens avec Anne, Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne, Fabienne et Hélène ont duré deux heures ou plus, une durée qui s'explique par le fait qu'elles souffrent de troubles chroniques mettant en jeu de nombreux problèmes (médicaux, assurantiels, professionnels, etc.). Les autres entretiens ont été plus brefs, entre une heure et une heure et demie. Les seconds entretiens ont duré entre une demi-heure et une heure et quart. Cinq personnes n'ont été interrogées qu'une fois : dans trois cas, j'ai jugé un second entretien inutile, une personne l'a refusé et une autre était inatteignable. Au total, vingt-cinq entretiens ont eu lieu au domicile des personnes interviewées et quatre dans des restaurants par choix des personnes concernées.

6.3 Situations et caractéristiques des personnes interviewées

Les ouvrières interrogées travaillaient, ou avaient travaillé avant la maladie, dans six entreprises différentes.

Deux entreprises de gainerie

Neuf des ouvrières interrogées (Anne, Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne, Hélène, Irène, Josiane, Karin) travaillaient dans deux gaineries, *L'Ecrin* et *Arti-Luxe*. Le métier de gainier ou gainière consiste à fabriquer des boîtes, écrins, coffrets et présentoirs pour des montres et bijoux. Cela implique plusieurs étapes, notamment la fabrication de la « carcasse » en bois ou en plastique, la couverture avec du cuir ou du tissu, des impressions ou incrustations, la fabrication et pose des coussins, la pose des charnières et fermoirs. La plupart des opérations se font manuellement.

Deux entreprises d'imprimerie

L'une des imprimeries, *La Page*, est spécialisée dans l'impression de journaux et magazines. Les deux ouvrières interviewées (Fabienne, Pierrette) travaillaient à l'expédition, où les journaux imprimés sont mis en paquets, étiquetés et conditionnés pour être envoyés dans les points de vente ou chez les distributeurs. Le travail à l'expédition est en grande partie mécanisé. L'autre imprimerie, *Poly-Print*, effectue divers types de travaux (journaux, imprimés administratifs, etc.). L'ouvrier que j'ai interrogé (Serge) y avait travaillé, il y a plusieurs années, à la sensibilisation du papier pour préparer la gravure des cylindres de la presse, un procédé manuel aujourd'hui disparu.

Une entreprise de reliure

Deux personnes travaillaient dans une reliure industrielle, *La Tranche*. L'ouvrier (Nicolas) y était essentiellement occupé à la coupe du papier et l'ouvrière (Gisèle) à l'emballage (mécanisé ou manuel) et à l'expédition (tâche essentiellement manuelle de confection des colis).

Une entreprise de fabrication de papier

Trois personnes travaillaient dans une fabrique de papier, *La Papeterie*. Deux ouvrières (Laure, Manon) y étaient d'abord employées à la production de filtres, un processus mécanisé où le travail consiste surtout à alimenter la machine avec les matières nécessaires et gérer la sortie des produits. Toutes deux ont ensuite été promues contrôleuses de la qualité dans l'atelier, puis l'une a obtenu un poste au service qualité. L'ouvrier (Raphaël) a travaillé à l'expédition. Ses tâches consistaient en particulier à

décharger les camions apportant les matières premières et les charger avec les produits finis. Après la fermeture de l'entreprise, il a travaillé pendant trois mois comme temporaire dans une usine de conditionnement de matériel médical.

Au moment du premier entretien, les personnes interrogées avaient des situations très diverses sur les plans de l'emploi et des prestations d'assurances sociales (Tableau 3).

Tableau 3 : Situation des personnes interviewées au moment du premier entretien

Nom	Entreprise	Emploi	Situation en termes d'assurances sociales
Anne	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	Sans emploi	Aide sociale, attente décision AI
Barbara	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	Sans emploi	Indemnités journalières maladie, attente décision AI
Coralie	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	Sans emploi	Sans revenu, attente décision AI
Danielle	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	Sans emploi	Indemnités journalières maladie, attente décision AI
Evelyne	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	Sans emploi	Sans revenu, attente décision AI
Fabienne	Imprimerie <i>La Page</i>	En emploi	
Gisèle	Reliure <i>La Tranche</i>	Licenciée	
Hélène	Gainerie <i>Arti-Luxe</i>	En emploi	
Irène	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	Sans emploi	Incapacité de travail dans le cadre du chômage
Josiane	Gainerie <i>Arti-Luxe</i>	En emploi	
Karin	Gainerie <i>L'Ecrin</i>	En emploi	
Laure	<i>La Papeterie</i>	Licenciée	
Manon	<i>La Papeterie</i>	Sans emploi	A l'assurance-chômage
Nicolas	Reliure <i>La Tranche</i>	En emploi	
Pierrette	Imprimerie <i>La Page</i>	Licenciée	
Raphaël	<i>La Papeterie</i> , puis conditionnement	Sans emploi	Incapacité de travail dans le cadre du chômage
Serge	Imprimerie <i>Poly-Print</i>	En emploi	

Au moment du premier entretien, huit personnes sont sans emploi et trois se trouvent dans le délai de congé suite à un licenciement. On peut faire plusieurs hypothèses pour expliquer cette forte proportion de personnes ayant perdu leur emploi, ou sur le point de le perdre. Tout d'abord, certaines personnes (cinq ouvrières de la gainerie *L'Ecrin*) ont perdu leur emploi suite à une longue incapacité de travail due aux TMS. Ensuite, il faut relever que tous les secteurs concernés sont marqués par des restructurations entraînant nombre de licenciements. En ce qui concerne la gainerie, secteur peu mécanisé, où le coût de la main-d'œuvre joue un rôle important, la concurrence internationale favorise

des délocalisations dans des pays à bas salaires. L'imprimerie, la reliure et la papeterie sont également des domaines fortement touchés par les restructurations productives, sous l'effet de l'automatisation, mais aussi des fusions et rachats entre entreprises. Par ailleurs, le fait même de passer par le syndicat pour les prises de contact contribue à sélectionner des personnes qui sollicitent de l'aide face à des problèmes, notamment des licenciements. Enfin, il se peut que les personnes licenciées se sentent plus libres de parler de leurs problèmes de santé.

Les huit personnes sans emploi se trouvent dans des situations assez différentes. En effet, trois personnes (Irène, Manon et Raphaël) sont prises en charge par l'assurance-chômage et cherchent un nouvel emploi (immédiatement ou au terme de leur incapacité de travail) ; cinq sont en attente d'une décision de l'AI, dont deux (Barbara, Danielle) touchent encore les indemnités journalières maladie, alors que les trois autres (Anne, Coralie, Evelyne) ont épuisé leur droit. Anne touche alors l'aide sociale alors que Coralie et Evelyne dépendent du salaire de leur époux.

Du point de vue des caractéristiques personnelles, les participantes sont âgées de 35 à 58 ans au moment du premier entretien. Elles sont donc relativement âgées, au sens où elles ont, selon les critères des assurances-accidents, moins de chances de faire reconnaître leur affection comme maladie professionnelle que des personnes plus jeunes. Quatorze interviewées (sur dix-sept) sont des femmes. Il a été difficile de trouver des ouvriers ayant souffert du syndrome du canal carpien pour plusieurs raisons. D'une part, cette pathologie est plus fréquente chez les femmes. D'autre part, les entreprises que j'ai ciblées emploient beaucoup de femmes dans les tâches répétitives les plus susceptibles de favoriser les TMS. Enfin, plusieurs ouvrières ont affirmé que des collègues masculins étaient également atteints, mais qu'ils étaient plus encore que les femmes réticents à parler de leurs problèmes de santé.

Trois personnes sont frontalières, un statut qui a des incidences en termes de protection sociale. Les quatorze autres personnes ont des permis d'établissement (permis C) ou la nationalité suisse. Six d'entre elles sont nées en Suisse, alors que huit y ont immigré à l'âge adulte. Aucune personne d'origine étrangère n'a de permis de séjour précaire. Toutefois, les personnes venues en Suisse à l'âge adulte ont souvent de moindres possibilités de reconversion professionnelle en cas d'invalidité ou de perte d'emploi,

notamment à cause de la maîtrise de la langue ou parce que leurs formations ne sont pas reconnues.

En ce qui concerne la formation, sept personnes ont fréquenté uniquement l'école obligatoire. Trois femmes ont suivi une école ménagère après l'école obligatoire, deux ont commencé des apprentissages qu'elles ont dû interrompre. Une personne a suivi des études secondaires (baccalauréat) et deux une formation tertiaire (secrétaire, ingénieur), mais leur diplôme n'a pas été reconnu en Suisse. En définitive, une seule personne dispose d'une qualification reconnue, un CFC de gainière, pour le domaine dans lequel elle travaille. Globalement, les personnes interrogées sont donc peu formées et sans qualifications reconnues, une situation qui restreint leurs chances de quitter des emplois physiquement pénibles.

Au moment du premier entretien, six personnes ont des enfants « à charge ». Parmi elles, l'une vit seule avec un enfant alors que les autres vivent en couple (marié ou non). Onze personnes n'ont pas ou plus d'enfant à charge, dont cinq vivent seules et six en couple.

6.4 Codage et analyse des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés (sauf les seconds entretiens avec Irène, Laure et Manon), intégralement transcrits selon les normes présentées en annexe (p. 393)¹¹¹ et rendus anonymes. Le corpus a été découpé en énoncés dans le but de permettre un codage suffisamment détaillé.¹¹²

¹¹¹ Pour la présentation des extraits dans le texte, les transcriptions sont retravaillées afin de les rendre plus lisibles : les bégaiements et certaines marques d'hésitations sont supprimés.

¹¹² L'énoncé est ici défini comme un groupe de mots (ou un seul mot) présentant une unité prosodique et/ou syntaxique. Le découpage prend en compte des critères de syntaxe, de prosodie et d'interaction (délimitation par les tours de parole). Je n'ai procédé à aucun décompte du nombre d'énoncés, pour plusieurs raisons. Sur le plan théorique, le but n'est pas de quantifier des phénomènes, mais de comprendre leurs processus. Un décompte ne répondrait ainsi pas aux questions de recherche. Sur le plan pratique, les entretiens diffèrent par leur longueur, par les questions de relance, qui conduisent à développer plus ou moins certains thèmes, et par le déroulement de l'interaction qui fait que la longueur des tours de parole et des énoncés diffère selon les entretiens, ce qui rend tout décompte hasardeux. De

6.4.1 Principe général de codage et d'analyse

La « méthode comparative continue » de recueil et d'analyse des données, développée dans le cadre de la *grounded theory*, vise à traiter les données de manière systématique tout en favorisant l'émergence de nouvelles hypothèses, catégories et théories (Strauss, 1992a). Pour cela, il s'agit de combiner « des procédures explicites de codage et d'analyse » (p. 284) et le ré-examen constant des catégories, hypothèses et théories en fonction de l'analyse progressive des données (p. 285). Le codage, c'est-à-dire les « operations by which data are broken down, conceptualized, and put back together in new ways » (Flick, 2003, p. 177), est donc un processus fondamental pour développer des théories ancrées dans les données. Je m'inspirerai de deux types de codage décrits par Flick (2003), sur la base des travaux de Strauss et Corbin (1998). Le codage ouvert, utilisé surtout en début d'analyse, attache des concepts à des unités de données sur la base de leur sens¹¹³. Les nombreux codes qui en résultent sont ensuite regroupés en catégories pertinentes pour répondre aux questions de recherche (Flick, 2003, pp. 177-178). Le codage axial consiste à sélectionner quelques catégories prometteuses et à procéder à un recodage plus systématique sur cette base, notamment pour comprendre dans quels contextes, comment et avec quelles conséquences certains phénomènes se produisent, ce qui permet de développer des théories (Flick, 2003, pp. 181-182). J'ai mis en œuvre ces deux types de codages selon trois axes : les trajectoires, les causes de la maladie et les dialogues avec des discours sociaux.

plus, étant donné que les phénomènes qui m'intéressent impliquent souvent des passages entiers et non des énoncés singuliers (par exemple, lorsqu'une cause de la maladie est décrite par un récit qui s'étend sur plusieurs énoncés et non par un énoncé synthétique), même un décompte en pourcentage poserait des problèmes majeurs d'interprétation.

¹¹³ Il s'agit donc d'une forme d'analyse qualitative de contenu (Mayring, 2004). Je préfère toutefois ne pas utiliser le terme « analyse de contenu » pour deux raisons. Il sous-entend qu'on pourrait accéder au sens des énoncés, à leur « contenu », indépendamment de leur forme et du contexte énonciatif, ce qui est en contradiction avec tous les apports de la pragmatique linguistique. De plus, l'expression « analyse de contenu » fait souvent référence à des codages réalisés en vue de l'analyse quantitative d'un corpus (Giles, 2002, p. 198; Kvale, 2007, p. 105), ce qui n'est pas mon objectif.

6.4.2 Premier axe d'analyse : les trajectoires

Première étape : codage ouvert – constitution des tableaux de trajectoires

Tous les énoncés ayant trait au déroulement des événements (évolution de la maladie, fermeture de l'usine, etc.) et au travail de trajectoire (prises de décision, actions, démarches, etc.) ont été codés. Les points de trajectoire ont ensuite été organisés en tableaux à partir de cinq catégories (voir exemple en annexe, p. 395)¹¹⁴ :

- La temporalité : dates exactes ou mise en mots de la personne (par exemple, « après quelques semaines »).
- Les événements du contexte : événements ayant trait à la maladie, au travail ou la situation par rapport aux assurances.
- Les acteurs de la trajectoire : personnes ou institutions intervenant dans la trajectoire.
- Le travail de trajectoire : actions menées, de différents types (actes concrets, décisions, explications, prescriptions, conseils, etc.).
- La définition du problème : diagnostics ou autres types de catégories utilisés pour caractériser la maladie (par exemple, maladie professionnelle, fatigue, etc.).

Seconde étape : codage axial – analyse de certaines caractéristiques des trajectoires et points de trajectoires

La constitution des tableaux trajectoires a mis en évidence que les trajectoires se différenciaient principalement sur trois points : 1) les types de TMS dont les personnes disaient souffrir ou avoir souffert ; 2) leurs conséquences ; 3) leur prise en charge. J'ai donc procédé à un codage axial des entretiens sur ces trois caractéristiques. Par ailleurs, j'ai identifié six points de trajectoire qui jouent un rôle dans la constitution des TMS de chaque personne comme problèmes individuels et personnels ou comme problèmes collectifs dus aux conditions de travail : 1) consulter un médecin ; 2) diagnostiquer et

¹¹⁴ Il s'agit d'une reconstitution subjective des trajectoires qui reflète l'expérience de la personne et non les événements et actions réellement survenus. Toute une partie du travail de trajectoire est ainsi passée sous silence, soit parce que les personnes interrogées n'en ont pas connaissance, soit parce qu'elles ne considèrent pas qu'il s'agit d'éléments pertinents à évoquer dans l'entretien (et que la chercheuse ne les interroge pas sur ces points).

traiter les troubles ; 3) arrêter le travail ; 4) adapter le travail ; 5) déclarer une maladie professionnelle ; 6) faire reconnaître une maladie professionnelle. J'ai également procédé à un codage axial pour ces six points de trajectoire, c'est-à-dire que j'ai recodé chacune des six catégories selon des sous-catégories analytiques (par exemple, en distinguant les différentes raisons de différer la consultation d'un médecin, les diverses circonstances favorisant ou entravant la déclaration d'une maladie professionnelle, etc.) permettant de caractériser le travail de trajectoire.

6.4.3 Deuxième axe d'analyse : les contenus et les enjeux des discours sur les causes de la maladie

Première étape : codage ouvert des énoncés sur les causes

J'ai commencé par coder tous les énoncés traitant des causes des TMS. J'ai pris en compte non seulement les énoncés traitant de manière explicite des causes de la maladie (par exemple, « c'est à cause qu'on fait toujours le même travail »¹¹⁵), mais aussi les références implicites, notamment au travers des discours sur la pénibilité du travail, la possibilité de prévenir les TMS (par exemple, « mais bon, le problème, qu'est-ce qu'ils auraient dû faire, de faire toujours une rotation ») ou la reconnaissance d'une maladie professionnelle (par exemple, « ben c'est vrai, ils ont tous dit "mais c'est maladie professionnelle" »). En revanche, j'ai écarté les énoncés portant sur les causes des TMS d'autres personnes, par exemple : « Je sais que lui, il a un problème de bras. Mais il a XXX un certain âge. Il a quand même autour des cinquante-cinq, alors est-ce que c'est dû au travail ou est-ce que c'est simplement de l'arthrose, je ne sais pas. » J'ai ensuite procédé à des codages ouverts pour décrire le contenu¹¹⁶ de chaque énoncé.

Seconde étape : codage axial – analyse des dimensions et enjeux des discours sur les causes

Pour procéder à un codage axial sur la base de ce codage ouvert, je suis partie de la question : de quoi parlent les ouvrières lorsqu'elles évoquent les causes de leurs

¹¹⁵ Tous les extraits cités à titre d'exemple proviennent des entretiens avec les ouvrières.

¹¹⁶ Terme que j'utilise à défaut de mieux. L'identification des contenus se base en effet non seulement sur le lexique utilisé mais aussi sur la manière de dire.

maladies ? Par regroupements et recodages successifs à partir des codes ouverts, j'ai alors identifié six dimensions des discours sur les causes, qui ne s'excluent pas mutuellement : 1) les processus physiologiques ; 2) les facteurs professionnels et extraprofessionnels ; 3) l'organisation et les moyens du travail ; 4) la division du travail et les rapports sociaux ; 5) les responsabilités ; 6) les attributions psychologiques. J'ai recodé l'ensemble du corpus pour repérer tous les énoncés correspondant à chacune de ces dimensions. J'ai ensuite procédé à des regroupements parmi les codes ouverts pour créer des sous-catégories à l'intérieur de chaque dimension. Par exemple, parmi les facteurs de TMS, les sous-catégories distinguent les mouvements répétitifs, l'usage de la force, l'exposition au froid, etc. En prenant chacune des six dimensions séparément, je me suis ensuite posé la question : quels sont les enjeux des discours sur les causes de leurs maladies ? Autrement dit, qu'est-ce que ces explications permettent aux personnes de faire ? Sur cette base, j'ai procédé à un codage (d'abord ouvert sur quelques énoncés, puis systématique sur la base des catégories émergentes) des enjeux. La suite de l'analyse a consisté à analyser les points communs et les différences entre les discours des personnes interviewées.

6.4.4 Troisième axe d'analyse : les dialogues avec des discours sociaux

Le troisième axe d'analyse porte sur le dialogue avec des discours sociaux pour comprendre et expliquer sa maladie. Parmi les nombreuses formes que peut prendre le dialogisme montré¹¹⁷ (voir par exemple, Authier-Revuz, 1984; Bres & Verine, 2002; Grossen & Salazar Orvig, 2011; Salazar Orvig, 2005; Vion, 2001), j'ai retenu les trois suivantes : la représentation du discours d'autrui par le biais des discours rapportés, les références à des discours supposés partagés, ainsi que les contrastes ou oppositions avec des voix implicites. Contrairement aux deux autres axes d'analyse, je n'ai pas exploité ce codage de manière systématique pour des raisons qui seront explicitées plus loin. Je l'ai utilisé pour enrichir l'interprétation des extraits d'entretiens dans l'analyse des

¹¹⁷ Terme que j'utilise, rappelons-le, pour le distinguer du dialogisme fondamental du discours, qu'Authier-Revuz (1984) appelle hétérogénéité constitutive, c'est-à-dire du fait que nous parlons toujours avec les mots des autres et que nos propos sont toujours orientés vers la réponse que nous anticipons des autres (Bakhtine, 1978).

discours tenus sur les causes de la maladie, ainsi que pour une étude de cas portant sur un entretien. Je décrirai brièvement les trois formes de dialogisme retenues.

Les discours rapportés

La notion de discours rapporté désigne des réalités différentes selon les ancrages théoriques. Dans une perspective dialogique, la définition repose non pas sur la grammaire, mais sur l'énonciation. Rosier définit ainsi le discours rapporté comme « un continuum de formes exprimant une mise en rapport de discours dont l'un crée un espace énonciatif particulier tandis que l'autre est mis à distance et attribué à une autre source, de façon univoque ou non » (2008, p. 6). Dans cette optique, le discours rapporté ne se réduit pas aux formes canoniques que sont le discours direct et le discours indirect mais prend diverses autres formes. J'ai retenu et codé les suivantes :

- les formes canoniques que sont les discours rapportés direct (par exemple, « il m'a dit "il faut que vous changiez de poste" ») et indirect, avec une subordonnée introduite par « que » (par exemple, « ils m'ont très bien expliqué que c'est une opération délicate ») ou à l'infinitif lorsque les personnes de la proposition principale et de la subordonnée coïncident (par exemple, « il m'a dit de changer de travail, de faire un autre travail ») ;
- les formes mixtes mêlant discours direct et indirect, par exemple, celles qui portent des marques du discours indirect comme l'usage d'une subordonnée introduite par « que », mais dont l'énonciation (personnes, temps des verbes, déictiques) appartient au discours direct (Rosier, 2008, p. 7) (par exemple « et puis après dans la lettre de licenciement, c'était marqué que vous êtes payée comme dans le passé, par contre c'est pas nous, c'est l'assurance-maladie »¹¹⁸) ;
- le discours libre, repérable tantôt par des indices comme la concordance des temps (par exemple, « elle me dit "ben écoute." Ça faisait plusieurs années qu'elle s'était déjà arrêtée mais d'elle-même hein ! ») et tantôt uniquement par des « changements de cadre » (Myers, 1999, p. 377) (par exemple dans l'ironie, « vous savez hein, une femme n'est pas dommage, de toute façon quand elle peut plus, il y en a d'autres qui sont à la porte qui attendent ») ;

¹¹⁸ J'ai tenu compte non seulement des sources orales, mais aussi écrites du discours rapporté.

- les « attributions du dire » (Rosier, 2008, p. 103), introduites par des locutions comme « selon », « d'après », « à ses yeux », etc. (par exemple, « le muscle droit il est vraiment atrophié, comme elle m'a dit la rhumatologue » ou « je faisais trop de bruit pour rien selon eux »). Dans ce même ordre d'idées, je retiens également la référence à des rumeurs ou d'autres discours de source indéfinie introduites par des locutions comme « je sais que », « il paraît que », « j'ai entendu », etc. (par exemple, « j'ai su qu'elle était opérée du tunnel carpien et qu'elle allait pas bien non plus » ou « il paraît qu'il a fait quand même pas mal d'erreurs lui, hein »).

Les limites de ce qui appartient au discours rapporté sont discutables. Je n'ai ainsi pas retenu comme discours rapportés les dialogues que la personne tient avec elle-même (par exemple, « je me suis dit... »), les modalisations, les focalisations narratives, ni le discours narrativisé, c'est-à-dire « un discours citant sans discours cité, [...] un discours qui est traité comme un événement » (Rosier, 2008, p. 105).

Les discours supposés partagés

La deuxième forme retenue est la référence à des discours supposés partagés socialement qui appartiennent à ce que Bakhtine appelle « la sphère de l'échange culturel » (1984, p. 302; Salazar Orvig, 2005). Comme le note Rosier (2008), ces phénomènes, même s'il s'agit d'énoncés circulants, se différencient du discours rapporté : « les lieux communs, et plus largement la doxa culturelle, produisent une reconnaissance qui n'est pas nécessairement un effet de citation puisque ces énoncés apparaissent comme appartenant à tous, comme le signal d'une connivence, d'un savoir partagé. » (pp. 116-117). Pour repérer ces références, j'ai retenu :

- les lieux communs, qui sont parfois marqués par l'usage de proverbes (par exemple « je dis toujours "bon maître d'apprentissage, bon apprenti" »), formules stéréotypées (par exemple, « et puis maintenant parce qu'ils sont plus là, alors maintenant on critique par-derrière ») ou par des énoncés génériques (par exemple, « il y a des gens qui sont costauds, qui ont jamais rien, toute leur vie. Puis il y a des gens qui sont plus fragiles »), mais dont l'interprétation repose surtout sur le fait que la chercheuse partage des références culturelles et sociales avec les interviewées (Grossen & Salazar Orvig, 2011, p. 59) ;

- les références à des discours institutionnels ou professionnels, qui peuvent être marquées par des indices métadiscursifs (par exemple, « il y avait aussi une dépression qui s'est profilée à ce moment-là. Donc ce qu'on appelle une dépression grave »), mais dont, comme pour la catégorie précédente, l'interprétation dépend souvent des connaissances que la chercheuse a du contexte.

Des voix en creux

La troisième forme de dialogisme montré retenue consiste dans l'opposition ou le contraste avec d'autres discours possibles sur la maladie, qui font donc apparaître des voix en creux : elles sont soit mentionnées uniquement par la négative, soit sous-entendues. Pour repérer ces phénomènes, qui sont intimement liés à l'anticipation de la compréhension et de la réponse d'autrui (Bakhtine, 1978, p. 103) et ont souvent une connotation argumentative (Billig, 1996), j'ai retenu les indices suivants :

- des adverbes de négation, comme « ne... pas » ou « ne... jamais » (par exemple, « parce que s'ils veulent faire un contrôle génétique, on n'a jamais eu ça dans la famille ») ;
- des conjonctions marquant l'opposition, comme « mais », « pourtant », « quand même », etc. (par exemple, « en tout cas, pour qu'est-ce que j'ai compris moi, il y a quand même une erreur du chirurgien ») ;
- des adverbes et locutions marquant la concession, comme « bon », « bien sûr », « c'est vrai que », etc., et qui peuvent être suivies ou non d'une opposition explicite (par exemple, « c'est vrai que trois presque dans la même année, c'est vrai que ça fait un peu louche, enfin ouais. Mais c'est tombé comme ça quoi. ») ;
- des propositions à valeur modale de négation, comme « c'est faux » ou « c'est impossible » (par exemple, « parce que j'ai entendu l'autre fois qu'on leur montrait rien mais ça c'est faux hein ») ;
- des questions rhétoriques (par exemple, « si j'avais 70 ans ou 80 ans, d'accord, pourquoi pas ? [...] Mais à 52 ans, demander à mon mari ? Ou à mon fils ? »).

7 Diagnostics, conséquences et traitements : quelques éléments des trajectoires

Plusieurs études sur les trajectoires de malades mettent en évidence des phases de la maladie survenant dans un ordre relativement constant (Alonzo & Reynolds, 1995; Kirkevold, 2002; Whitehead, 2006). En ce qui concerne les « repetitive strain injuries », Reid, Ewan et Lowy (1991) délimitent ainsi trois phases : évaluation, recherche de traitements et adaptation à une maladie devenue chronique. Les trajectoires recueillies dans le cadre de ma recherche n'ont en revanche pas permis de reconstituer de telles phases. Cela peut s'expliquer par les particularités des trajectoires étudiées. En effet, toutes les personnes interrogées ne souffrent pas d'une maladie chronique et toutes ne deviennent pas invalides. Les trajectoires prennent donc des directions divergentes. En outre, certaines personnes souffrent successivement de plusieurs TMS, avec des périodes de rémission, ce qui rend les trajectoires encore plus hétérogènes. L'analyse doit donc rendre compte non seulement des points communs, mais aussi de la diversité des trajectoires. C'est pourquoi je commencerai, dans ce premier chapitre consacré aux trajectoires, par mettre en évidence leur diversité au travers de trois thèmes : 1) les différents TMS dont chaque personne dit avoir souffert ; 2) les conséquences des TMS pour chacune d'entre elles ; 3) les interventions et traitements mis en œuvre pour gérer les TMS et leurs conséquences. Je rapporterai ici de manière descriptive les propos des ouvrières, alors que le prochain chapitre opérera une analyse plus théorisée du travail de trajectoire.

7.1 De quelles maladies les personnes interviewées souffrent-elles ?

7.1.1 Etudier le syndrome du canal carpien ou les TMS ?

Mon intention initiale d'étudier la situation de personnes affectées par une pathologie spécifique, le syndrome du canal carpien, s'est rapidement heurtée à plusieurs obstacles. En effet, la plupart des ouvrières interrogées expliquent au cours des entretiens qu'elles

ne souffrent pas que de cette seule affection, mais ont d'autres TMS¹¹⁹ comme des épicondylites, des tendinites, de l'arthrose dans la nuque ou encore des troubles pour lesquels elles ne citent pas de diagnostic médical spécifique, par exemple des douleurs aux épaules ou au dos. Parmi ces problèmes, le syndrome du canal carpien n'est pas toujours le principal.

Par exemple, lorsque j'interroge Barbara sur le syndrome du canal carpien, qui a été annoncé comme thème de l'entretien, elle me répond à propos de son arthrose aux pouces, ce qui conduit à un malentendu.

Extrait 1 : Barbara (gainerie, 1)¹²⁰

- 116 B et puis Docteur T m'a envoyée, justement mon généraliste, m'a envoyée chez la spécialiste des mains, Docteur U. [...] Mais elle a parlé avec Docteur V, ma rhumatologue, et Docteur T et le médecin de l'assurance N. Elle leur a bien expliqué pour qu'eux, ils me fassent comprendre, parce que **moi je voulais me faire opérer pour me sauver des douleurs**
- 117 IP **opérer du tunnel carpien ?**
- 118 B **non non. Me sauver de ça, de l'arthrose**
- 119 IP ouais, d'accord, ouais
- 120 B **des pouces.** Alors ils m'ont très bien expliqué que c'est une opération délicate, qu'à 100% aucune garantie et qu'au moment où ils vont opérer pour ne plus que je sente les douleurs, les autres quatre doigts vont être bloqués. Alors je ne veux pas aller me faire charcuter là-bas

Barbara parle ici d'une opération potentielle, qui permettrait éventuellement de diminuer ses douleurs (tour 116), mais qui comporte aussi certains risques (tour 120). Lorsque je vérifie si elle parle bien d'une opération du tunnel carpien (tour 117), Barbara rectifie en expliquant qu'il s'agit en fait d'une opération des pouces qui sont atteints d'arthrose (tours 118 et 120). Lors du second entretien, je reviens sur la

¹¹⁹ Les ouvrières elles-mêmes n'utilisent pas ce terme, il s'agit de mon interprétation de leurs discours.

¹²⁰ Pour tous les extraits, le type d'entreprise est mentionné entre parenthèses. Pour les personnes avec qui j'ai fait deux entretiens, le chiffre 1 ou 2 indique s'il s'agit du premier ou du second entretien. Lorsque l'analyse porte sur des passages particuliers des extraits, ceux-ci sont soulignés en gras. L'interviewée est désignée par l'initiale de son prénom, l'intervieweuse par IP.

trajectoire telle que j'ai pu la reconstituer à partir du premier entretien, ce qui fait à nouveau surgir des malentendus.

Extrait 2 : Barbara (gainerie, 2)

- 79 IP puis ensuite elle (la chirurgienne) dit « ben ça sert à rien d'opérer »
- 80 B **non, elle m'a opérée**
- 81 IP **ah, elle vous a opérée aussi du tunnel carpien**
- 82 B **oui, de la main droite.** Mais c'est moi qui n'ai pas voulu de la main gauche. Parce qu'elle m'a mis l'Ostenil pour me calmer les douleurs
- 83 IP ouais, à gauche
- 84 B dans le pouce, parce qu'elle m'a dit que c'est là que j'ai l'arthrose. [...] Nous l'avons fait deux fois. Et ça n'a rien donné. Ça n'a rien donné
- 85 IP mhm **puis par contre, le canal carpien [[ça a bien marché]]**
- 86 B [[ça m'a soulagée]], je n'ai pas- **ouais ça a marché. Mais je n'ai plus la force, de l'arthrose, je n'ai plus la force dans la main.** C'est fini, cette main est- je n'ai plus les fourmillements dans la main, mais la main, elle est devenue- elle a l'arthrose, elle est déformée, elle n'a plus l'habileté, la manière de travailler. Là (au bras) j'ai encore des brûlures. **Ça, ça n'est pas passé**

Contrairement à ce que j'avais compris au cours du premier entretien, Barbara explique qu'elle a bien eu une opération du canal carpien (tour 82). Elle revient ensuite sur l'échec du traitement de l'arthrose par les injections d'*Ostenil* (tours 82 et 84). Je lui demande ensuite si, en revanche, l'opération du canal carpien « a bien marché »¹²¹ (tour 85). Elle le confirme. Elle oppose explicitement le syndrome du canal carpien, qui a guéri, et les troubles liés à l'arthrose – perte de force, déformation, perte d'habileté, brûlures – qui eux n'ont pas guéri (tour 86). Peu après, je reviens encore une fois sur les différents troubles que Barbara a subis.

Extrait 3 : Barbara (gainerie, 2)

- 95 IP puis pour les mains, en fait vous aviez aussi d'autres problèmes, vous avez eu le canal carpien
- 96 B **bon, le canal carpien**
- 97 IP **ça a pu se résoudre, mais l'arthrose**

¹²¹ Lorsque de courts extraits des entretiens sont insérés directement dans le texte, ils sont présentés avec une police différente qui permet de les distinguer des citations de la littérature scientifique ou des mises en exergue de termes ou d'expressions.

98 B **mais l'arthrose, voilà. C'est là-dessus qu'il faut rester.** Moi le tunnel carpien, j'ai fait l'opération, bon je n'ai plus de fourmillements, mais le problème est resté. **Ce n'est pas le tunnel carpien qui m'a sauvée**

Lorsque j'évoque à nouveau le canal carpien (tour 95), Barbara répond « bon, le canal carpien » (tour 96). L'interprétant comme une relativisation du problème (tour 97), je complète alors son énoncé en disant « ça a pu se résoudre » et propose un contraste avec le problème de l'arthrose : « mais l'arthrose ». Barbara avalise cette interprétation par une reprise accompagnée d'une confirmation : « mais l'arthrose, voilà » (tour 98). Elle explicite alors que c'est « là-dessus qu'il faut rester » et non pas sur l'opération du tunnel carpien qui, quoique réussie, n'a pas permis de guérir ses troubles. Cet échange confirme que pour Barbara, le problème principal est bien l'arthrose aux pouces et non le syndrome du canal carpien. Ainsi, le thème sur lequel je voulais initialement interroger Barbara, le syndrome du canal carpien, s'avère au cours des deux interviews être en réalité un épisode d'importance secondaire par rapport à un autre problème beaucoup plus grave et handicapant, l'arthrose aux pouces.

Un autre obstacle à une recherche centrée sur le syndrome du canal carpien réside dans le fait que ces termes sont parfois utilisés pour désigner des troubles qui du point de vue médical relèvent en fait d'autres pathologies¹²². Ainsi, Karin et Nicolas m'ont été présentés par les collègues et la secrétaire syndicale comme des personnes atteintes du « canal carpien ». Pourtant, au cours de l'entretien, elles me disent qu'elles ne souffrent pas de cette pathologie, mais d'autres TMS. Dès lors je me suis demandé que faire de ces entretiens – les écarter ?¹²³ leur réserver un traitement particulier ? – et comment comprendre cet usage élastique des catégories médicales.

¹²² Dans un contexte tout à fait différent, Dembe (1996) note qu'aux Etats-Unis, le syndrome du canal carpien a souvent été utilisé comme terme générique pour désigner les « cumulative trauma disorders ».

¹²³ Je rappelle que le fait de souffrir du syndrome du canal carpien était un critère de constitution de mon échantillon. J'ai ainsi écarté plusieurs possibilités d'entretiens parce que les personnes concernées disaient souffrir de TMS autres que le syndrome du canal carpien, ce qui rétrospectivement semble peu pertinent.

Parfois aussi, les ouvrières s'opposent au cadrage de l'entretien sur le syndrome du canal carpien. Par exemple, au cours de l'entretien avec Evelyne, il s'établit une confrontation explicite entre nos définitions du problème :

Extrait 4 : Evelyne (gainerie, 1)

449 E [...] mais je peux pas tourner mon cou. Moi j'ai les cervicales, l'épicondylite et les mains. Ouais, les épaules. **Ça en fait, c'est tout le trapèze.** Des cervicales, tout le trapèze dans le dos jusque dans les mains

450 IP mhm

451 E c'est ça hein. **Ça, c'est travail répétitif moi je dis, hein. C'est tout qui est coordonné là.** [...]

[3 tours omis]

455 E [...] **parce qu'on parle toujours des carpiens, des carpiens, c'est comme la Suva.** La Suva, une fois elle m'écrit « ouais, suite à vos carpiens, nanana ». Moi j'ai répondu « attendez il y a pas que les carpiens. Il faut évoquer aussi les cervicales, l'épicondylite, le dos, le dos aussi et les épaules ». J'ai dit « il y a pas que les carpiens. C'est tout, il y a pas que les carpiens. » C'est vrai, on parle que des carpiens. **Chez vous aussi vous évoquez que les carpiens. Non non, il faut pas évoquer que les carpiens.** Les carpiens, c'est autre chose et épicondylite, les cervicales, il y a tout en fait, tout le haut

Cet échange intervient alors que j'interroge Evelyne sur les conséquences du syndrome du canal carpien dans la vie quotidienne. En me concentrant sur une pathologie spécifique, je mets en œuvre une catégorisation médicale (utilisée également par l'assurance-accidents pour la reconnaissance des maladies professionnelles), qui traite séparément les TMS selon leurs localisations anatomiques et les processus physiologiques en cause. En revanche, Evelyne met en avant une catégorisation basée sur l'origine supposée de ses troubles, le « travail répétitif » (tour 451), qui lui permet d'englober dans la même catégorie « les carpiens », « les cervicales », « l'épicondylite », « le dos » et « les épaules » (tour 455)¹²⁴. Elle refuse de morceler les troubles affectant les différentes parties du corps, soulignant au contraire que « c'est tout qui est coordonné »

¹²⁴ A ce sujet, Banks et Prior (2001, p. 16) notent que des patients atteints de fibromyalgie considèrent leur maladie comme un événement affectant le corps dans sa totalité et non comme une maladie localisée dans certains organes.

(tour 451). On peut comprendre cette définition du problème comme étant élaborée à partir de son expérience concrète des effets du travail sur le corps et des handicaps vécus au quotidien, mais elle est également étayée par un argument anatomique – « c'est tout le trapèze » – dans lequel on pourrait entendre les échos des voix des professionnels de la santé (médecins ? physiothérapeutes ?) rencontrés au cours de sa trajectoire. Forte de ces arguments, Evelyne s'oppose aux discours de la Suva, mais aussi de la chercheuse et/ou du syndicat (« chez vous aussi vous évoquez que les carpiens »), qui se limitent à traiter du syndrome du canal carpien en oubliant les autres troubles qui sont tout aussi importants.

7.1.2 Quel cadrage adopter ?

A partir de ces constats, j'aurais pu m'en tenir au projet initial et écarter de l'analyse tout ce qui ne concerne pas le syndrome du canal carpien. J'aurais ainsi privilégié la catégorisation des troubles établie par la médecine et les assurances au détriment de la définition proposée par les personnes interviewées. Subsisteraient un certain nombre d'énigmes : pourquoi les personnes atteintes, la syndicaliste ou les collègues parlent-elles de « canal carpien » pour désigner d'autres pathologies ? Pourquoi certaines ouvrières évoquent-elles des problèmes de coudes, d'épaules ou de nuque quand on les questionne sur le syndrome du canal carpien ?

On pourrait considérer ces discordances comme le signe que le discours profane est moins informé ou moins précis que le discours médical. Le choix qui est fait ici consiste, au contraire, à prendre au sérieux le cadrage proposé par les personnes interviewées. En adoptant une approche socio-culturelle, on peut comprendre que les différentes manières de catégoriser les troubles ont un sens par rapport aux systèmes d'activités dans lesquelles elles s'inscrivent (Engeström, 2005). Ainsi, les traitements pratiqués dans le cadre de la médecine classique nécessitent de procéder à des diagnostics différentiels pour choisir le traitement en fonction de la pathologie (contrairement aux médecines alternatives qui ont une approche plus holistique). Par exemple, il est essentiel pour un chirurgien de la main de vérifier qu'il a bien affaire à un cas de syndrome du canal carpien, et non par exemple à un syndrome du défilé thoracique, avant de décider d'opérer. Des instruments comme l'électromyographie sont alors mis en œuvre pour déterminer si le cas considéré correspond effectivement à la

catégorie supposée. De même, le fonctionnement de l'assurance-accidents suppose d'isoler les troubles les uns des autres, afin de déterminer si chacun correspond à l'une des catégories de la liste des maladies professionnelles et s'il peut être attribuable à plus de 50%, voire 75% au travail. Dans cette activité, deux types de catégorisations, médicale et juridique, se rencontrent, puisque la détermination d'une maladie professionnelle implique d'une part, des diagnostics médicaux et d'autre part, les catégories de la liste des maladies professionnelles (qui ne correspondent pas toutes à des catégories actuelles de la médecine).

Dans le contexte d'un entretien de recherche, la maladie est l'objet d'une activité particulière, le récit, qui a pour but global de faire comprendre une histoire et une situation. Le récit repose lui-même sur la mise en scène d'autres activités, par exemple, les adaptations nécessaires dans la vie quotidienne pour faire face aux douleurs ressenties, les consultations et traitements médicaux ou encore les démarches auprès des assurances pour faire reconnaître son statut de malade. Les catégorisations mobilisées au cours de l'entretien sont dès lors complexes comme le montrent, à titre d'exemple, les extraits cités précédemment. Les ouvrières peuvent dans certains cas regrouper l'ensemble des troubles liés au travail répétitif dans une même catégorie, comme Evelyne lorsqu'elle affirme « il y a pas que les carpiens. Il faut évoquer aussi les cervicales, l'épicondylite, le dos, le dos aussi et les épaules » (Extrait 4, p. 163). Mais dans d'autres cas, elles peuvent aussi séparer très clairement différentes maladies, comme Barbara lorsqu'elle soutient que le syndrome du canal carpien est un problème mineur par rapport à l'arthrose.

Etant donné ce caractère complexe des catégorisations, il n'est pas pertinent de limiter l'analyse aux entretiens et aux discours qui concernent strictement le syndrome du canal carpien. Au contraire, il s'agit de prendre en compte les différents TMS évoqués par les ouvrières et d'essayer de comprendre comment les catégorisations se construisent, au cours des trajectoires et localement lors des entretiens, et les enjeux que ces catégorisations recouvrent. Un premier aperçu des trajectoires sera ainsi basé sur les divers troubles dont les personnes disent avoir souffert par le passé ou souffrir encore au moment de l'entretien.

7.1.3 Les différents TMS subis

Le Tableau 4 présente les différents TMS que chaque personne dit subir ou avoir subis, en restant proche des termes utilisés par les participantes au cours des entretiens. Le tableau indique l'ordre dans lequel les troubles sont apparus, mais ne signale pas leur évolution (régression, guérison ou chronicisation). Il n'est donc pas possible de déterminer à partir de ce tableau si les TMS mentionnés surviennent tour à tour, avec des périodes sans symptômes entre deux épisodes, ou s'il y a accumulation de troubles au cours d'une même période de temps.

Tableau 4 : TMS rapportés par les interviewées, dans l'ordre de leur apparition (SCC = syndrome du canal carpien, G = gauche, D = droite)

	Entreprise	1 ^{er} TMS	2 ^e TMS	3 ^e TMS	4 ^e TMS	5 ^e TMS	6 ^e TMS
Anne	gainerie	SCC G et D	Arthrose aux pouces				
Barbara	gainerie	Tendinite poignet D	Epicondylite D	Calcifications à la nuque	Discopathie (dos)	SCC G et D	Arthrose aux pouces
Coralie	gainerie	Epicondylite D	Douleurs à la nuque	Epicondylite G	Douleurs mains et bras	Tendinite de Quervain	SCC G et D
Danielle	gainerie	Douleurs nuque et bras	Arthrose à la nuque	SCC aux deux mains	Epicondylite		
Evelyne	gainerie	Douleurs cervicales	SCC aux deux mains	Opérations épaule D	Epicondylite D		
Fabienne	imprimerie	SCC D	Douleurs à la nuque	Tendinites aux bras	Epicondylite D		
Gisèle	reliure	Maux de dos	Tendinite de Quervain D	Pouce à ressort D	SCC G	Tendinite de Quervain G	
Hélène	gainerie	SCC G et D	Epicondylites G et D	Hernie discale	Arthrose à l'épaule D	Douleurs à l'épaule G	
Irène	gainerie	Douleurs aux coudes, épaules et dos	Arthrose au dos et hernie discale	SCC G et D			
Josiane	gainerie	SCC D	Epicondylite D	Douleurs à la nuque	Epicondylite G		
Karin	gainerie	Kyste à la main	Arthrose à la nuque	Epicondylite G	Arthrose aux pouces	Hernie discale cervicale	
Laure	fabrique papier	SCC D	SCC G				
Manon	fabrique papier	SCC D	SCC G				
Nicolas	reliure	Douleurs au dos	Douleurs aux poignets				
Pierrette	imprimerie	SCC G	Arthrose main G				
Raphaël	fabrique papier	Douleurs aux bras, mains et au dos	SCC G				
Serge	imprimerie	SCC G et D					

Le Tableau 4 montre que la majorité des personnes interviewées ont souffert de plusieurs troubles. Seules trois personnes – Laure, Manon et Serge – disent n’avoir souffert que du syndrome du canal carpien. Les 14 autres personnes mentionnent plusieurs types de TMS. Parmi celles-ci, Anne et Pierrette évoquent uniquement des troubles localisés dans la main (syndrome du canal carpien et arthrose). Les autres interviewées disent avoir eu des TMS dans plusieurs parties du corps (main, coude, épaule, nuque, dos) simultanément ou successivement. Parfois, ce sont en fait les mêmes symptômes qui donnent lieu à des diagnostics successifs. Soit le diagnostic est complètement remis en cause (par exemple, dans le cas de Coralie, le diagnostic de tendinite de Quervain est corrigé suite à des examens plus poussés qui montrent qu’il s’agirait plutôt d’un syndrome du canal carpien), soit l’importance des différents processus pathologiques est réévaluée (par exemple, dans le cas de Barbara, l’arthrose explique pourquoi les douleurs à la main persistent malgré l’opération du canal carpien).

Par ailleurs, les ouvrières évoquent tantôt des pathologies spécifiques, par exemple, une épicondylite, tantôt des « douleurs » qui ne sont pas désignées par un diagnostic précis. Il est possible que dans certains cas, les médecins n’aient pas communiqué le diagnostic précis, que la personne n’ait pas retenu le terme médical consacré ou n’estime pas nécessaire de l’utiliser. C’est par exemple le cas lorsqu’Evelyne désigne ses troubles comme « l’opération de l’épaule » sans expliciter le diagnostic. Dans d’autres cas toutefois, il n’y a pas eu de diagnostic d’une pathologie précise : soit parce qu’il n’y a pas eu d’investigations, comme dans le cas de Nicolas qui n’a pas consulté de médecin ; soit parce que ces dernières n’ont pas permis de déterminer une base organique de la maladie, comme dans les cas de Coralie et de Danielle. Or, l’absence de lésion objectivable jette un doute sur la réalité des troubles, ce qui a de multiples conséquences, notamment sur les relations avec les médecins et l’accès à des traitements adéquats (Kome, 1998; Reid, et al., 1991), l’octroi de prestations des assurances sociales (Ferreira, 2007), la compréhension et le soutien des autres, ou encore l’image de soi (Reid, et al., 1991; Richardson, 2005).

7.2 Les conséquences des TMS

Les TMS se traduisent par des douleurs, parfois aussi une perte de sensibilité, d'habileté ou de force. Outre ces conséquences corporelles pénibles et les handicaps qu'elles subissent dans leur vie quotidienne, plusieurs personnes interrogées rencontrent des problèmes supplémentaires à cause de la maladie, par exemple, la perte de leur emploi ou des procédures difficiles avec les assurances sociales. Le Tableau 5 présente, pour chaque personne, les principales conséquences des TMS (situation au moment du second entretien pour les personnes qui ont été interrogées à deux reprises).

Tableau 5 : Conséquences des TMS au moment du dernier entretien

	Douleurs et handicaps chroniques	Incapacité de travail	Incapacité à effectuer tout ou partie du travail domestique	Impact négatif sur les loisirs et la vie sociale	Conflit avec les assurances sociales	Baisse du revenu
Anne (gainerie)	X	X	X	X	X	X
Barbara (gainerie)	X	X	X	X	-	X
Coralie (gainerie)	X	X	X	X	X	X
Danielle (gainerie)	X	X	-	X	X	X
Evelyne (gainerie)	X	X	X	X	X	X
Fabienne (imprimerie)	X	-	X	X	-	X
Gisèle (reliure)	-	-	-	-	-	-
Hélène (gainerie)	X	-	-	X	-	-
Irène (gainerie)	X	-	X	X	X	-
Josiane (gainerie)	X	-	-	-	-	-
Karin (gainerie)	X	-	X	X	-	-
Laure (fabrique de papier)	-	-	-	-	-	-
Manon (fabrique de papier)	-	-	-	-	-	-
Nicolas (reliure)	-	-	-	-	-	-
Pierrette (imprimerie)	-	-	-	-	-	-
Raphaël (fabrique de papier puis conditionnement)	-	X	-	X	-	-
Serge (imprimerie)	-	-	-	-	-	-

Pour saisir plus concrètement ce que signifient ces conséquences, je passerai d'abord en revue chaque colonne du tableau séparément, avant de comparer les situations des personnes.

7.2.1 Analyse par type de conséquence

La majorité des personnes interrogées (dix sur dix-sept) vivent avec des douleurs et handicaps chroniques (colonne 1). Il s'agit tantôt d'une pathologie qui n'a pas guéri, tantôt d'une succession de troubles. Seuls des douleurs et handicaps décrits comme intenses et permanents ont été pris en compte ici. Cela ne signifie pas que les sept autres personnes n'aient jamais de douleurs musculo-squelettiques. La catégorisation pose en fait la question du seuil des douleurs considérées comme tolérables. Ce seuil constitue une norme socialement construite, par les ouvrières (jugements collectifs sur ce qui constitue la pénibilité normale du travail), mais aussi par la médecine et les assurances sociales (jugement sur ce qui justifie un arrêt de travail) ou encore par les entreprises (jugement sur les contraintes acceptables pour effectuer certaines tâches).

Six personnes sont en incapacité de travail à cause des TMS au moment du dernier entretien (colonne 2). Dans les cas d'Anne, Barbara, Coralie et Evelyne, il s'agit d'incapacités de longue durée qui ont donné lieu à des demandes de rentes auprès de l'AI (accordées à Anne et Barbara, refusées à Coralie et Evelyne). La perte de leur insertion professionnelle représente pour elles un bouleversement d'autant plus dramatique qu'elles valorisaient et investissaient fortement leur métier de gainière. La situation de Danielle est un peu différente, puisqu'elle ne peut plus travailler dans son ancien métier de gainière, mais travaille à temps partiel dans un nouvel emploi de réceptionniste. Enfin, pour Raphaël, il s'agit d'une incapacité de courte durée, liée à sa toute récente opération du syndrome du canal carpien.

Sept personnes (toutes des femmes) relatent qu'elles ne peuvent plus effectuer tout ou partie du travail domestique qu'elles assumaient auparavant (colonne 3). La maladie impose alors une réorganisation de ce travail qui se décline de différentes manières : redistribution des tâches au sein de la famille, par exemple chez Irène dont le mari fait le ménage et le nettoyage alors que le fils prend en charge la lessive et le repassage ; intervention d'une personne extérieure, par exemple chez Barbara qui engage une femme de ménage pour les tâches trop lourdes comme l'aspirateur ou le repassage ; ou encore abandon d'activités, par exemple Irène qui ne mitonne plus de bons plats le dimanche pour sa famille. Ce bouleversement des activités domestiques peut remettre en question l'autonomie des personnes concernées, mais aussi provoquer des conflits

avec les proches, comme l'évoque Coralie : « moi, je suis obligée de demander toujours à mon mari. Au bout d'un moment, il vous envoie balader. »

La maladie a parfois également des impacts négatifs à long terme sur les loisirs et la vie sociale, ce qui concerne dix des personnes interrogées (colonne 4). Pour ne citer que quelques exemples, Coralie déplore de ne plus pouvoir jouer au tennis¹²⁵ ni jardiner, Hélène de ne plus pouvoir peindre que pendant de courtes durées, Fabienne de ne plus pouvoir tenir un livre pour lire aussi longtemps qu'elle le souhaite... Coralie rapporte aussi que son incapacité de travail a signifié une rupture affective brutale : « vous avez des attaches, des collègues que vous aimez bien, [...]. A quelque part, on vous coupe une partie de- comment dire, il faut pas dire un cordon, mais presque. »

Cinq personnes sont engagées dans des procédures conflictuelles avec les assurances sociales au moment du second entretien (colonne 5). Coralie, Danielle et Evelyne sont en litige tant avec l'assurance-accidents, pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle, qu'avec l'AI, pour l'octroi d'une rente ou d'une reconversion. Anne est en revanche concernée uniquement par la reconnaissance comme maladie professionnelle, la procédure avec l'AI s'étant terminée par l'octroi d'une rente. Enfin Irène est engagée dans une procédure contre l'assurance-chômage, portant sur la reconnaissance de son incapacité de travail, et n'a pas d'information de l'assurance-accidents depuis la déclaration de maladie professionnelle. Les douze autres personnes n'ont pas eu de problèmes avec les assurances sociales, à l'exception de Barbara, qui a eu des litiges avec l'assurance d'indemnités journalières maladie (débouchant sur le versement des indemnités contestées), l'AI (octroi d'une rente) et l'assurance-accidents (rejet de sa demande).

¹²⁵ Coralie mentionne l'incapacité de jouer au tennis, qu'elle pratiquait à titre de loisir occasionnel, comme conséquence de son épicondylite. On verra plus loin qu'elle ne mentionne en revanche pas ce sport comme cause possible de son affection, qu'elle attribue principalement à son emploi. On pourrait s'en étonner, sachant que le tennis est souvent cité comme un facteur causal de l'épicondylite (d'ailleurs aussi appelée « tennis-elbow »). Mon objectif n'est toutefois pas de juger de la pertinence des explications apportées par les ouvrières au regard de connaissances médicales supposées objectives, mais bien d'analyser ces explications pour elles-mêmes.

Enfin, les TMS impliquent pour six personnes cas une chute de revenu plus ou moins prononcée (colonne 6). Elle est relativement limitée pour Anne, qui touche des rentes d'invalidité entières de l'AI et de la caisse de pensions, de même que pour Fabienne, qui touche des indemnités de l'assurance-chômage (en l'occurrence, 80% de son ancien salaire). Elle est plus importante pour Barbara, qui touche des rentes entières de l'AI et de la caisse de pensions, mais avec une durée de cotisation limitée et donc un montant assez faible. De même, elle est importante pour Danielle, qui, après une période de chômage en France, a trouvé un emploi payé au salaire minimum (SMIC). Enfin, Coralie et Evelyne, qui se sont vu refuser des rentes d'invalidité, n'ont plus aucun revenu et sont dépendantes de leurs époux sur le plan financier. Les conséquences de la perte de revenu sont contrastées. Ainsi, bien qu'Evelyne regrette vivement avoir perdu son indépendance économique, elle ne connaît pas une situation financière problématique et parvient à sourire de sa situation, disant qu'elle « vit sur le dos de son mari » et se fait « entretenir ». En revanche, Danielle, qui vit seule, se trouve dans une situation nettement plus précaire. Alors qu'elle dépendait de l'assurance-chômage en France, sa conseillère de l'ANPE¹²⁶ l'a aidée à trouver un emploi adapté à son état de santé, mais celui-ci est à 50% et payé au salaire minimum, ce qui implique un budget très serré.

La synthèse présentée dans le Tableau 5 offre un aperçu des conséquences possibles des TMS. Cependant, elle tend à sous-évaluer l'ampleur de leurs conséquences négatives. D'une part, les problèmes résolus au moment du second entretien ne sont pas répertoriés. Par exemple, Danielle, Gisèle et Irène ont surmonté des ruptures professionnelles provoquées par les TMS, retrouvant un nouvel emploi ; Barbara a surmonté des conflits avec les assurances sociales ; Gisèle a subi pendant plusieurs mois des douleurs et handicaps avant de les voir s'estomper, etc. D'autre part, cette présentation passe sous silence les efforts des personnes pour limiter les conséquences négatives des TMS. Par exemple, Danielle, Hélène, Josiane et Karin n'ont pas d'incapacité de travail, mais paient un prix élevé pour maintenir une activité

¹²⁶ Agence Nationale Pour l'Emploi, établissement public chargé notamment d'aider les demandeurs d'emploi dans leurs démarches. L'ANPE est devenue « Pôle emploi » le 1^{er} janvier 2009, suite à sa fusion avec le réseau des Assédics (www.pole-emploi.fr).

professionnelle (douleurs, prise de médicaments). Elles adaptent également leur manière de travailler (et d'effectuer d'autres activités quotidiennes) en fonction de leurs troubles.

7.2.2 Comparaison entre les personnes

Le Tableau 5 indique que certaines personnes accumulent des conséquences négatives alors que d'autres y échappent. On peut ainsi distinguer trois types de trajectoires. Certaines personnes connaissent une « trajectoire de rétablissement » (Gisèle, Laure, Manon, Nicolas, Pierrette et Serge¹²⁷) : les TMS sont des maladies passagères, leurs conséquences négatives à long terme sont limitées. D'autres personnes suivent des « trajectoires de chronicisation » qui impliquent un bouleversement radical (Anne, Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne) : les TMS deviennent chroniques, les douleurs et handicaps provoquent une incapacité de travail durable et ont des conséquences négatives dans plusieurs domaines (revenu, travail domestique, loisirs et relations sociales, procédures avec les assurances sociales). Enfin, certaines personnes connaissent une « trajectoire de chronicisation aux conséquences contrôlées » (Fabienne, Hélène, Irène, Josiane, Karin) : les troubles sont chroniques, ils engendrent des douleurs et handicaps qui peuvent se répercuter sur le travail domestique, les loisirs et la vie sociale, notamment. Toutefois, les conséquences négatives restent relativement contrôlées du point de vue de l'emploi. Je discuterai plus loin, à travers les exemples de Fabienne et d'Hélène, de quelques ressources qui peuvent atténuer l'impact négatif des TMS sur le travail.

7.3 Traiter la personne ou traiter le travail ?

Quelles sont les actions déployées pour maîtriser les TMS ou, lorsqu'une guérison est impossible, atténuer les symptômes ? Après avoir dressé la liste de toutes les interventions mentionnées au cours des entretiens, j'ai regroupé celles-ci par catégories en fonction de la cible de ces interventions : le corps de la personne (les traitements médicaux et autres soins), le poste de travail (aménagements ergonomiques), la fonction occupée (changement de poste au sein l'entreprise) ou l'emploi (départ de l'entreprise).

¹²⁷ Je laisse ici de côté le cas de Raphaël qui vient de se faire opérer lorsque je le rencontre.

Tableau 6 : Actions sur les TMS rapportées par les personnes interviewées

	Traitements médicaux et autres soins	Aménagements ergonomiques du poste ou de l'organisation du travail	Changement de poste au sein de l'entreprise	Départ de l'entreprise
Anne	X	–	–	X
Barbara	X	–	–	X
Coralie	X	X	–	X
Danielle	X	–	–	X
Evelyne	X	–	–	X
Fabienne	X	X	–	X
Gisèle	X	–	–	–
Hélène	X	X	X	–
Irène	X	–	–	–
Josiane	X	–	–	–
Karin	X	X	X	–
Laure	X	–	X	–
Manon	X	X	X	X
Nicolas	X	X	–	–
Pierrette	X	–	–	–
Raphaël	X	–	–	–
Serge	X	–	–	–

7.3.1 Les traitements médicaux et autres soins

Toutes les personnes interrogées disent avoir consulté des médecins et d'autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Les traitements suivis sont divers. On peut d'abord citer l'application de crèmes en usage externe, la prise orale de médicaments, notamment d'antalgiques, anti-inflammatoires et anti-rhumatismaux, ainsi que les infiltrations de cortisone ou d'autres substances dans ou à proximité des articulations. Plusieurs des personnes interrogées soulignent les effets secondaires des médicaments, par exemple, prise de poids ou fragilisation de la peau à cause de la cortisone, maux d'estomac à cause des anti-douleurs, mais aussi effets de certaines substances sur la mémoire et l'attention (par exemple Irène qui raconte « j'étais tout le temps dans les nuages, à cause des médicaments »), et dans un cas, infarctus potentiellement lié au *Vioxx* (anti-inflammatoire retiré du marché en 2004 suite à la

démonstration de ses effets sur les accidents cardio-vasculaires). Plusieurs ouvrières atteintes de troubles chroniques (Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne, Irène) prennent par ailleurs des antidépresseurs à un moment ou un autre de leur trajectoire. Ces médicaments les aident à faire face à une situation de détresse, due à la fois à leur état de santé et à ses conséquences : incapacité de travail avec tout ce que cela signifie de perte de rôle social et de relations, incertitude quant aux revenus, limitations dans la vie quotidienne, etc. Le cas d'Evelyne est particulier, puisqu'elle rapporte que sa médecin lui a prescrit un antidépresseur « pour détendre » et « pour les douleurs ». En effet, certains antidépresseurs sont prescrits dans des cas de douleurs ne répondant pas aux antalgiques. Toutefois, Evelyne doute de l'explication fournie par la médecin et sous-entend qu'elle tenterait de la traiter pour une dépression contre son gré.

Les opérations (du canal carpien, mais aussi d'autres opérations au poignet, au coude et à l'épaule) sont un autre traitement fréquent chez les personnes interrogées (seul Nicolas n'a pas été opéré pour des TMS), ce qui correspond au critère initial de recrutement (des personnes ayant été opérées du syndrome du canal carpien). Alors que certaines personnes acceptent l'opération comme une évidence, d'autres expriment leurs réticences, relevant que les opérations ne font pas toujours disparaître les symptômes et qu'elles présentent certains risques. Par exemple, Anne, dont l'opération du canal carpien à la main droite a débouché sur une algodystrophie¹²⁸ ne veut pas entendre parler d'une opération à la main gauche.

Les autres traitements évoqués dans les entretiens sont les orthèses, portées à la maison, mais aussi parfois pour effectuer le travail, ainsi que des traitements d'ergothérapie ou de physiothérapie, effectués soit après l'opération, soit indépendamment de celle-ci. On peut également relever le recours à des arrêts de travail thérapeutiques. Enfin, quelques

¹²⁸ « Syndrome douloureux d'une main, d'un pied ou de tout un membre, avec troubles vasomoteurs et trophiques, et déminéralisation osseuse prononcée », l'algodystrophie, aussi appelée algoneurodystrophie ou syndrome de Sudeck, peut être la conséquence d'une intervention chirurgicale et « résulte vraisemblablement d'une perturbation du fonctionnement des nerfs sympathiques » (Larousse médical en ligne, <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/algodystrophie/11050>, dernière consultation le 8 juin 2011).

personnes atteintes de douleurs chroniques évoquent des traitements de médecines dites alternatives (par exemple, acupuncture, réflexologie, ostéopathie, etc.).

7.3.2 Aménagements ergonomiques et organisationnels

Aux dires des personnes interviewées, les aménagements portant sur le poste de travail ou l'organisation du travail sont plutôt rares (six personnes en mentionnent) et ne sont pas toujours initiés par la direction. Selon Hélène, les aménagements de son poste découlent d'une marge de manœuvre négociée avec son chef, qui lui permet de décider, dans une certaine mesure, de l'agencement de sa place de travail, des outils à utiliser, de l'ordre des opérations à réaliser, etc. Dans le cas de Fabienne, la commission du personnel, dont elle fait partie, s'est engagée sur le thème de la santé au travail et a négocié des changements ergonomiques avec la direction de l'entreprise. Ces deux cas seront discutés en détail plus loin (section 8.4, p. 206).

Manon et Nicolas estiment que l'amélioration est une retombée secondaire positive, en quelque sorte involontaire, d'un autre changement. Manon rapporte que les anciennes machines de production de filtres, sur lesquelles il fallait fixer des bobines de papier en les vissant à la main, ont été remplacées par des nouvelles machines avec un système de fixation ne nécessitant qu'un seul tour de main. Selon elle, le travail a ainsi été rendu moins pénible, mais « sans que ce soit vraiment fait exprès pour aider les gens ». De la même manière, Nicolas relève qu'un changement de massicot a rendu le travail de coupe du papier moins sollicitant pour les poignets. La nouvelle machine a été livrée avec un outil permettant d'égaliser les piles de papier tout en maintenant les poignets dans l'axe des bras, ce qui atténue l'effort à fournir.

Extrait 5 : Nicolas (reliure)

- 77 IP ouais ouais. Et puis comment ça se fait que vous ayez la nouvelle machine ?
C'est par hasard en fait ?
- 78 N non, c'est parce que les autres étaient foutues
- 79 IP elle était foutue
- 80 N et puis il fallait avoir une machine qui soit valable pour continuer à travailler
- 81 IP donc avant c'était une vieille machine
- 82 N ben ouais, c'était une machine ancienne et puis en même temps ben il y avait pas d'outil avec quoi. Donc voilà. Puis nous, on n'a jamais pensé à en fabriquer un, parce qu'à quelque part on aurait pu en faire un nous-même,

hein, je veux dire, c'est simplement un morceau de bois d'équerre avec une poignée, hein, c'est tout. Mais on n'a jamais pensé à le faire ou enfin parce qu'on a toujours eu l'habitude de travailler comme ça, en fait. Puis chez nous on réfléchit pas quand on fait (interruption du serveur). Donc voilà, le fait est que ben ouais maintenant ben tu vois¹²⁹, bête exemple, on a reçu cette nouvelle machine et puis l'emplacement où ils l'ont mis, ben c'est contraire aux règles de l'ergonomie et puis des positions de travail. Donc voilà ceux qui ont mis cette machine, ils n'ont pas réfléchi que ben, quand on travaille, ben nous la plupart du temps on est droitier et non gaucher. Donc là ils ont tout mis à gauche. Ce qui fait que chaque fois que tu veux tirer ou porter ou prendre quelque chose, ben tu es toujours en contresens tu vois. Donc ils ont mis la machine en position pour un gaucher, alors que tout le monde dans l'entreprise est droitier, enfin dans le secteur qui utilise cette machine, est droitier

Bien que le nouvel outil découle d'une décision extérieure, Nicolas parvient à se l'approprier pour transformer sa manière de travailler, estimant même qu'il aurait pu le concevoir lui-même. Le progrès représenté par l'introduction de cet outil met toutefois aussi en évidence, par contraste, une absence de préoccupations pour la santé tant de la part des ouvriers, parmi lesquels Nicolas s'inclut lui-même, que de la part de la hiérarchie, l'installation de la nouvelle machine étant jugée « contraire aux règles de l'ergonomie ». L'absence de réflexion sur les modes de travail semble ainsi relever d'une culture organisationnelle plutôt que de responsabilités individuelles des chefs ou de leurs subordonnés.

Contrairement aux exemples considérés jusqu'ici, Coralie et Karin mettent en évidence des initiatives prises par la hiérarchie pour rendre le travail moins contraignant. Ainsi Coralie explique que le changement de machines a réduit le nombre d'opérations à effectuer lors de la couture des « oreillers » destinés à garnir les écrins :

Extrait 6 : Coralie (gainerie, 1)

747 C mais bon, ils ont beaucoup amélioré quand même hein à l'Ecrin
[5 tours omis]

¹²⁹ Nous avons adopté le tutoiement avec Nicolas et Fabienne que j'avais déjà rencontrés avant l'entretien lors d'une activité organisée par le syndicat. Par ailleurs, Irène m'a proposé le tutoiement lors du premier entretien et Coralie lors du second entretien.

- 753 C [...] bon, déjà à la couture, ils ont acheté des machines, au lieu de coudre une pièce à la fois, on en coud six huit à la fois, par exemple, voilà. Et puis c'est des grandes pièces quoi, qu'on met dans des moules, puis la couture, ben ça, c'est des oreillers rectangles, hein, XXX. Ben avant on prenait un oreiller et on mettait trois pièces l'une sur l'autre et on cousait à la machine. On en faisait deux mille hein
- 754 IP ouais
- 755 C c'était de la folie avant. Et puis après ils ont trouvé cette machine donc à Y (nom de lieu), pour faire du cuir. Nous alors on coupait le tissu toujours par quatre, mais en grand, qu'on mettait dans des moules, puis on cousait huit oreillers à la fois. Ça donc ça a été automatisé. C'était quand même beaucoup déjà

On peut noter au passage que Coralie interprète cette réduction des opérations comme une amélioration des conditions de travail et non comme un moyen d'accroître la productivité et de réduire les coûts de main-d'œuvre. De son côté, Karin relève qu'il y a eu des aménagements organisationnels visant à prévenir les TMS. Ainsi, un tournus des postes et des pauses régulières (cinq minutes par heure) ont été mis en place pour les ouvrières de la chaîne.

Les onze autres personnes interrogées ne font pas mention de mesures ergonomiques pour lutter contre les TMS. Par ailleurs, il semble également intéressant de relever un exemple qui montre que les changements ne produisent pas forcément les bienfaits escomptés :

Extrait 7 : Barbara (gainerie, 1)

- 719 B alors il a fait cette machine pour nous alléger le travail. Mais la machine, la pauvre, elle n'arrive pas à remborder¹³⁰ à cent pour cent comme nous on faisait manuellement. Alors, qu'est-ce qu'il fait ? Que tu es huit heures par jour debout pour surveiller la machine. Mettre les bandes avec la colle, pour que la machine après elle remborde. Mais il y a un tournus, il y a des dames, deux dames, l'une elle coupe les coins, parce que la machine ne coupe pas les coins. Et c'est du travail inu- Pour moi, c'est du travail inutile. Parce que lorsque toi, tu fais ça, automatiquement avec les ciseaux, tu coupes. Mais si tu dois, parce que la machine n'a pas bien rembordé, tirer en plus le cuir.

¹³⁰ Opération qui consiste à replier le cuir ou le tissu sur le bord de l'écrin ou du coffret.

Ajuster les coins pour ne pas qu'il y ait des ouvertures, pour que les maquilleuses n'aient pas beaucoup de travail. Couper les coins c'est double travail pour une personne qui est debout huit heures par jour

Barbara explique ici que la machine censée alléger le travail des ouvrières produit en réalité des nouvelles contraintes. Il faut non seulement faire fonctionner la machine (« surveiller la machine », « mettre les bandes avec la colle »), mais aussi tirer le cuir sur les pièces que la machine n'a pas bien rembordées. Cela rejoint le constat dressé depuis longtemps par les ergonomes que l'activité réalisée ne se réduit pas à la tâche prescrite (Daniellou, et al., 1983). En outre, la tentative d'amélioration semble ici déboucher sur une perte de sens du travail. Barbara estime que c'est « du travail inutile » de corriger les manques de la machine, plutôt que de faire soi-même le travail. Or, comme le note Clot (2008, p. 9), le « sens de l'activité réalisée », c'est-à-dire « le rapport de valeur que le sujet instaure entre cette action et ses autres actions possibles » est une condition fondamentale pour que le travail puisse contribuer au développement et à la santé du sujet.

Enfin, dans certains cas, le silence ne signifie pas forcément que rien n'est fait (notamment lorsque des collègues travaillant dans la même entreprise donnent des versions différentes), mais peut-être que les interventions ne sont pas suffisamment importantes dans la trajectoire pour que les personnes y fassent référence au cours de l'entretien. Il se peut aussi que les aménagements ergonomiques, réalisés par des acteurs internes ou externes à l'entreprise, ne soient pas visibles pour les ouvrières parce qu'elles n'y ont pas été associées. Cette faible participation des principales concernées est d'ailleurs une raison possible de l'échec de certaines interventions. Outre le déficit de prise en compte du travail réel, comme dans les situations décrites par Nicolas (Extrait 5) et Barbara (Extrait 7), il semble que parfois, les changements ne puissent pas faire ressource pour les personnes parce qu'elles ne se les approprient pas (Clot, et al., 2003). Ainsi, Fabienne cite le cas de ses collègues, qui n'utilisent pas la possibilité, pour laquelle elle s'est battue, de faire des sacs de journaux plus légers. Enfin, une dernière hypothèse est que la préoccupation d'une entreprise en matière d'ergonomie est peut-être surtout visible par ses manquements. Lorsque des aménagements permettent d'établir des conditions de travail protectrices à certains

égards, il est possible que les ouvrières les perçoivent comme allant de soi plutôt que comme un effort de la direction ou de l'encadrement.

7.3.3 Changement de poste

Quatre personnes expliquent qu'un changement de poste au sein de l'entreprise leur permet d'avoir un travail moins pénible. Pour trois d'entre elles, les changements de postes ne visent pas prioritairement à prévenir les TMS, mais il s'agit plutôt d'une retombée secondaire positive. Ainsi, Laure et Manon, qui travaillent sur machines dans une entreprise de fabrication de papier, obtiennent une promotion comme contrôleuses, puis pour Manon, au contrôle qualité. Ces changements leur offrent des postes plus intéressants, avec plus de responsabilités, mieux payés, mais aussi moins pénibles physiquement. Cela leur permet de retarder l'apparition du syndrome du canal carpien dans la seconde main. De même, Karin bénéficie d'une promotion qui lui offre un travail moins sollicitant. Suite à une restructuration de l'entreprise, elle doit retourner à la production, ce qui selon elle provoque l'aggravation de ses TMS. Le cas d'Hélène est différent car le changement de poste découle directement des problèmes de santé. Travaillant dans la gainerie *Arti-Luxe*, Hélène est affectée au montage des étagères, un poste particulièrement pénible parce qu'il faut manipuler des pièces lourdes et volumineuses pour les assembler. Souffrant de douleurs, elle doit subir des infiltrations aux coudes et aux épaules. Elle demande en vain à son chef un allègement de ses tâches. Après huit mois de conflit, munie d'un certificat médical (qu'elle ne montrera toutefois finalement pas), elle sollicite un entretien avec le directeur, et obtient une mutation dans un atelier de couverture.

Contrairement à ces quelques trajectoires, pour la plupart des autres personnes interrogées, le changement de poste est impossible. Dans plusieurs cas, les médecins traitants auraient conseillé un changement de poste, mais sans fournir de ressources pour agir, notamment auprès de la hiérarchie. Le médecin d'Hélène qui lui fournit un certificat médical attestant de la nécessité de changer de poste constitue une exception. Dans de nombreux cas, les problèmes de santé semblent donc réduits à des questions privées, que la personne discute d'un côté avec ses médecins traitants, de l'autre avec ses supérieurs.

7.3.4 Départ de l'entreprise

Le licenciement ou la démission apparaissent parfois comme le seul moyen de résoudre la contradiction entre l'état de santé et les exigences du travail. Anne, Barbara, Coralie, Danielle et Evelyne sont licenciées après une longue absence pour maladie (plus d'un an) et alors qu'une demande de prestations est déposée auprès de l'AI. Aucune d'entre elles n'envisage à ce moment de pouvoir reprendre son emploi. Par la suite, Barbara bénéficiera de mesures de réinsertion professionnelle de l'AI qui ne permettent pas la reprise d'un emploi car les travaux proposés ne sont pas adaptés à son handicap (par exemple, téléphoniste dans un centre d'appel, impliquant de la saisie rapide sur ordinateur). Danielle bénéficie pour sa part d'un cours et d'un stage organisés et financés par l'ANPE dans le cadre de l'assurance-chômage en France, ce qui lui a permis de retravailler comme réceptionniste.

Le cas de Fabienne est un peu différent. En effet, lors d'une restructuration de l'entreprise, elle se voit offrir le choix entre un licenciement avec le bénéfice du plan social ou le transfert sur un autre site. Elle choisit la première solution, notamment à cause de ses problèmes de santé. Lors du second entretien, elle est toujours à la recherche d'un nouvel emploi. Enfin, il faut mentionner le cas particulier de Manon, dont le licenciement n'est pas lié à des problèmes de santé, mais à la fermeture de l'usine. Manon en profite alors pour entreprendre une activité indépendante, ce qui a un effet positif sur les TMS. En effet, alors qu'elle avait un début de syndrome du canal carpien, et qu'une opération était envisagée, les troubles régressent après le changement d'emploi.

Les entretiens révèlent que le conseil que de nombreuses ouvrières disent avoir entendu de la part de leur médecin, « changez d'emploi », est extrêmement difficile à mettre en pratique pour plusieurs raisons : absence de qualification reconnue, état du marché de l'emploi, difficulté de se reconvertir à un certain âge, etc. Parmi les raisons qui rendent la reconversion difficile, on peut également citer la faiblesse des ressources fournies par les institutions chargées de la réinsertion. Ainsi, parmi les cinq personnes qui se sont adressées à l'AI et les sept personnes qui ont eu recours à l'assurance-chômage, seules Barbara et Danielle ont obtenu une aide pour trouver un nouvel emploi et cela n'a débouché sur un emploi que dans le cas de Danielle.

7.3.5 Des interventions qui visent plus à adapter la personne au travail que le travail à la personne

Selon les récits des personnes interviewées, la devise des ergonomes, « adapter le travail à la personne », est rarement mise en pratique. En effet, si toutes les personnes ont recours à divers traitements, médicaux et autres, les aménagements ergonomiques sont à leurs dires plutôt rares et reposent souvent sur des circonstances particulières (nécessité de remplacer une machine, par exemple). De même, les changements de poste au sein de l'entreprise sont peu courants, alors que le départ de l'entreprise a des coûts élevés pour la personne du fait de la difficulté à retrouver un emploi.

Le fait que les actions soient dirigées plus sur les personnes que sur le travail ne donne pas d'indications sur les causes attribuées à la maladie. En effet, un problème dont l'origine n'a rien à voir avec le travail, par exemple, un handicap dû à un accident de loisirs, peut donner lieu à un aménagement de poste. Il est à l'inverse évident que de nombreuses maladies dues au travail nécessitent de traiter la personne et non seulement d'agir sur le travail. Toutefois, le fait de ne pas agir pour transformer les conditions de travail, ou la manière de l'accomplir, mais de se concentrer sur la réparation des corps, a des conséquences sur la construction sociale des TMS : cela construit ces maladies comme des problèmes relevant de la sphère privée et non comme des problèmes qui concerneraient les entreprises et la manière d'organiser le travail dans la société.

7.4 Synthèse

Cette analyse comparative des trajectoires met en lumière la diversité des problèmes qui s'y posent et la complexité de certaines trajectoires. En effet, contrairement à la définition du projet de recherche initial, les ouvrières interrogées ne souffrent pas seulement du syndrome du canal carpien, mais de différents TMS. Parmi ceux-ci le syndrome du canal carpien n'est pas toujours le plus important et il s'avère même que certaines personnes, pourtant sélectionnées sur ce critère, ne souffrent pas du syndrome du canal carpien selon la définition médicale de cette pathologie. Par conséquent, il faut s'intéresser à la manière dont les ouvrières catégorisent les troubles, qui peut différer de celle des médecins ou assurances. Il est aussi nécessaire de prendre en compte les différents TMS et leurs effets cumulatifs pour comprendre leur impact sur la trajectoire.

Par ailleurs, les TMS ont des conséquences plus ou moins complexes. Certaines trajectoires peuvent être caractérisées de « trajectoires de rétablissement » : les personnes souffrent de TMS passagers qui n'ont que des impacts temporaires sur l'emploi, le travail domestique, les loisirs et relations sociales, le revenu et qui n'engendrent pas de conflits, ou seulement des conflits momentanés, avec les assurances sociales. D'autres personnes subissent des troubles chroniques, avec des conséquences importantes sur leur qualité de vie (douleurs, loisirs et relations sociales, tâches domestiques, etc), mais qui restent gérables du point de vue de l'engagement professionnel. Enfin, pour les dernières, les TMS deviennent des pathologies chroniques avec des impacts majeurs sur tous les domaines de la vie et compromettent leur insertion dans le travail salarié.

Les trajectoires se distinguent enfin par la manière dont les troubles sont gérés. Si toutes les participantes recourent à des traitements thérapeutiques (de différents types et avec des effets secondaires plus ou moins considérables), les interventions de type ergonomique sont nettement plus rares. Les « traitements » visent ainsi plus souvent à adapter la personne à son travail, en la remettant en état de travailler, qu'à adapter le travail (les tâches, les conditions de travail ou la façon de travailler) à ses besoins. L'un des éléments frappants des récits est que les ouvrières mentionnent rarement une instance médiatrice, interne ou externe à l'entreprise, sur laquelle elles auraient pu s'appuyer (ou à laquelle elles auraient au moins envisagé de s'adresser) pour favoriser soit une adaptation du travail, soit un changement de poste. Or, de telles instances ne sont théoriquement pas tout à fait inexistantes, même si les dispositifs de protection de la santé en entreprise sont moins développés en Suisse que dans des pays voisins (notamment, du point de vue de la médecine du travail). Par exemple, l'inspection cantonale du travail serait censée constituer un recours pour la protection de la santé. La directive MSST prévoit par ailleurs l'intervention obligatoire de spécialistes internes ou externes à l'entreprise pour les entreprises qui occupent au moins dix employés et présentent des dangers particuliers¹³¹. Ce rôle de médiateur pourrait d'ailleurs aussi être joué par le service des ressources humaines ou encore par une commission du

¹³¹ Tant l'inspection du travail que des ergonomes sont d'ailleurs intervenus à l'entreprise L'Ecrin, où ont été réalisés plusieurs entretiens. Pourtant les gainières ne semblent pas s'approprier ces interventions.

personnel. Dans les faits, ces différentes instances semblent difficilement mobilisables par les ouvrières souffrant de TMS, pour des raisons qui mériteraient d'être investiguées dans une nouvelle recherche¹³². Or, plusieurs exemples suggèrent qu'un tel appui serait précieux, pour permettre à une ouvrière de se faire entendre (par exemple, la commission du personnel dans le cas de Fabienne), pour négocier des compromis lorsqu'une situation devient conflictuelle (par exemple, dans le cas de Barbara qui est en conflit avec sa hiérarchie sur l'attribution des postes, une intervention tierce aurait peut-être permis une issue plus favorable que le congé maladie), ou simplement pour se donner le courage de formuler une demande (exemple du certificat médical signé par le médecin d'Hélène).

¹³² D'une certaine manière, c'est à ce type de problème que sont censées répondre les mesures de détection et d'intervention précoces mises en place par la 5^e révision de l'AI, entrée en vigueur en 2008. Ces mesures permettent de financer l'intervention de spécialistes et des aménagements individuels pour maintenir la capacité de travail de salariés atteints dans leur santé. Toutefois, elles ne constituent pas un droit pour les salariés et ne sont assorties d'aucune contrainte pour les entreprises (par exemple, en termes de protection contre les licenciements ou d'aménagement du poste de travail). Là encore, il serait intéressant de mener une recherche sur leur mise en pratique réelle et leurs apports, ainsi que sur la manière dont ces dispositifs découlant des assurances sociales s'articulent avec les dispositifs découlant des obligations de protection de la santé au travail.

8 Le travail de trajectoire

Le travail de trajectoire sur les TMS implique diverses actions – diagnostic, soins et traitements, réorganisation de la vie professionnelle et quotidienne, ou encore procédures avec les assurances sociales – et de nombreux acteurs – les ouvrières, leurs médecins, mais aussi leurs chefs, collègues, employeurs, familles et entourage, ou encore les représentants des assurances sociales. Dans ce chapitre, j’aborderai le travail de trajectoire essentiellement sous l’angle des actions menées par les personnes atteintes de TMS : en effet, les données recueillies ne permettent pas de traiter sérieusement du travail des autres acteurs. J’analyserai six points clés des trajectoires : 1) consulter un médecin, 2) identifier la maladie et la traiter, 3) accepter un arrêt de travail, 4) adapter le travail, 5) déclarer une maladie professionnelle, 6) faire reconnaître une maladie professionnelle¹³³. J’examinerai comment les actions des ouvrières contribuent à façonner leurs trajectoires et à construire une certaine définition sociale des TMS. En particulier, je me demanderai dans quelle mesure ces actions contribuent à reproduire la définition dominante des TMS comme maladies relevant de la sphère privée ou à la contester, faisant potentiellement émerger les TMS comme des maladies professionnelles. Pour chacun des six points de trajectoire, l’exposé aura la structure suivante : je présenterai brièvement le point, puis analyserai les actions des ouvrières sur la base d’études de cas contrastés. Prenant ensuite de la distance, je tenterai d’identifier comment les actions des ouvrières s’inscrivent dans des activités collectives et sont médiatisées par des normes, représentations ou discours socialement partagés. Je m’interrogerai également sur les conséquences de ce travail de trajectoire, tant sur le plan matériel que sur celui des définitions de la maladie qu’il contribue à produire.

¹³³ Sélection basée sur l’importance de ces points pour le déroulement de la trajectoire, mais aussi sur les informations disponibles. En particulier, la déclaration et la reconnaissance par l’AI seront laissées de côté car je n’ai pas assez interrogé les ouvrières sur ce point pour avoir les informations nécessaires.

8.1 Consulter un médecin

Les ouvrières racontent que les TMS ont débuté par diverses sensations – des fourmillements, une insensibilité dans les mains, un manque de force, des douleurs, etc. – qu’elles n’ont pas immédiatement considérées comme des signes de maladie. Même après avoir identifié la présence d’un phénomène anormal, elles ont attendu des mois, voire des années, avant de consulter un médecin (à l’exception de Raphaël qui a consulté après un mois). Je commencerai par décrire les raisons que les ouvrières évoquent pour cette attente, puis j’analyserai cette attente comme relevant d’un travail de trajectoire.

8.1.1 Les raisons de l’attente

« Je croyais que c’était normal » : la banalisation des symptômes

Une première raison pour attendre de consulter est de considérer que les symptômes sont des phénomènes banals et transitoires. Ainsi, Evelyne, atteinte du syndrome du canal carpien, raconte qu’elle n’a pas tout de suite consulté son médecin lorsqu’elle a ressenti des fourmillements et des douleurs aux mains.

Extrait 8 : Evelyne (gainerie, 1)

- 159 E et puis comme je fais la tension artérielle, je vais tous les trois mois chez le docteur. Et là je suis allée ce jour-là, puis j’ai dit « oh là là et puis j’ai mal partout. J’ai mal dans les mains » j’ai dit « en plus j’ai des fourmis et tout ». Il me dit « ça fait longtemps ? » J’ai dit « ouais ça fait un moment, mais moi [[je disais rien parce qu’à force de se plaindre »]]
- 162 IP [[ça faisait combien de temps]] plusieurs mois ou bien
- 163 E ben déjà moi je dirais deux trois mois en arrière hein. **Et ça a trop traîné hein. On s’est pris trop tard**
- 164 IP ouais
- 165 E avec Danielle ouais. Ouais ouais, **on s’est pris trop tard**
- 166 IP vous vous saviez pas [[ce que ça pouvait être ou bien]]
- 167 E [[c’était ouais on savait pas]] ce que c’était. Non non, on savait pas ce que c’était. **Moi je croyais que c’était normal, c’est vrai. Des fois quand il arrive un truc, on se dit toujours « oh pff »**
- 168 IP « ça va passer »

169 E « on va pas »- oui. « On va pas épiloguer là-dessus ». On se dit toujours « ça va passer » mais en fait non tss-tss hein. Non non. **Et puis ouais on s'y est pris trop tard. Sinon on aurait pu faire les infiltrations, je pense que ça aurait arrêté.** Parce que c'est- l'infiltration ça sert à ça, d'arrêter. Si on prend tout de suite le mal, avec une ou deux infiltrations ça suffit quoi. Point. Mais là c'était trop tard là

A travers son récit, Evelyne invoque deux raisons pour justifier une consultation tardive : ne pas vouloir se plaindre (un point que je reprendrai plus loin) et évaluer à tort ses symptômes comme normaux. Ce récit a une morale – l'attente avant de consulter explique l'échec des traitements et le caractère chronique de la maladie – qui tout à la fois donne une cohérence à l'histoire d'Evelyne et confère à cette dernière une identité positive en la présentant comme victime de ses propres vertus (ne pas s'écouter ni courir chez le médecin à la moindre occasion).

L'attitude d'Evelyne peut être interprétée comme relevant d'un « retard aux soins », concept développé en psychologie de la santé pour désigner « le temps qui s'écoule entre le moment où une personne remarque un symptôme et le moment où elle entre dans une prise en charge médicale » (Sarafino, 1992, p. 282, cité Morin & Apostolidis, 2002, p. 471). Ce délai peut être problématique car il retarde les soins et compromet la guérison (certaines études révèlent par exemple des délais allant jusqu'à plusieurs mois dans des cas de cancer [Andersen & Cacioppo, 1995; Straub, 2007, p. 369]). La psychologie de la santé explique le retard aux soins notamment par des facteurs psychologiques comme l'interprétation des symptômes et les stratégies de coping (Lau, et al., 1989; Leventhal, et al., 1980; Straub, 2007). On pourrait ainsi expliquer le retard d'Evelyne à se soigner par le fait que les premiers signes du syndrome du canal carpien, discrets et peu handicapants, ne correspondaient pas à ses représentations de ce qu'est une maladie. Toutefois, on ferait ainsi découler l'action de cognitions, croyances et interprétations qui se trouveraient « dans la tête » de la personne et par là même, on individualiserait et décontextualiserait ses conduites. En adoptant une approche socio-culturelle, on peut en revanche comprendre ces conduites comme des actions médiatisées par des normes sociales et par le rapport à l'autre.

Ainsi, lorsqu'Evelyne dit avoir cru « que c'était normal », se pose la question de la norme : jusqu'à quel point un inconfort, des douleurs, sont-ils normaux ? A partir de

quand sont-ils les signes d'une maladie, c'est-à-dire des « symptômes » ? Cette norme est socialement construite et varie selon les situations considérées (par exemple, des battements de cœur rapides ne seront pas interprétés de la même manière lors d'un exercice sportif qu'au repos) (Radley, 1994, p. 69). Elle permet de donner sens aux perceptions corporelles, comme le montre cet extrait d'entretien avec Evelyne.

Extrait 9 : Evelyne (gainerie, 2)

- 113 E c'est qu'un jour où je suis allée chez le généraliste, puis j'ai dit que j'en ai marre, j'ai tout le temps des fourmis quand je me réveille, la nuit et tout. Il m'a dit « c'est quoi, pourquoi vous m'avez pas dit » j'ai dit « ben non », j'ai dit « je pensais que c'était normal »
- 114 IP ouais
- 115 E j'ai dit « **bof, c'est vrai des fois on a des fourmis. Hein, on va pas s'inquiéter pour ça** »

Evelyne décrit ici la manière dont elle interprétait les fourmillements avant d'en parler avec son médecin. Elle se référait au sens commun (comme le montrent les énoncés génériques et impersonnels, l'allusion explicite à un savoir partagé par la locution « c'est vrai » et plus implicite par l'interjection « hein ») pour catégoriser le phénomène comme normal : « des fois on a des fourmis » et orienter son action : « on va pas s'inquiéter pour ça ». Deux autres exemples permettent d'éclairer les contenus possibles de ce type de norme.

« C'est le travail, et peut-être qu'on fait trop » : le travail pénible comme norme

Le récit d'Anne, collègue d'Evelyne souffrant elle aussi du syndrome du canal carpien, suggère que cette norme dépend de l'expérience du travail.

Extrait 10 : Anne (gainerie, 2)

- 1 IP vous avez eu déjà dans les années nonante des douleurs aux mains
- 2 A oui oui [...] atteinte
- [deux tours omis]
- 5 IP mais en fait, à cette période est-ce que vous aviez une idée sur qu'est-ce que ça pouvait être ce problème de main
- 6 A non non, pas du tout
- [quatre tours omis]
- 11 IP vous vous êtes dit « bon voilà »

- 12 A **j'ai dit « c'est le travail, et peut-être qu'on fait trop »** Et puis comme la peau elle est dure aussi, **j'ai dit « ça vient de ça, on efforce, on efforce, et puis voilà quoi »**

Dans un premier temps, Anne ne s'inquiète pas des fourmillements et douleurs aux mains. Elle suppose qu'ils proviennent des efforts, peut-être excessifs, faits au travail. Pour Anne, il semble attendu que le travail mette le corps à l'épreuve, voire qu'il fasse mal. D'autres interviewées présentent également la pénibilité comme inévitable, par exemple Josiane qui a souffert de plusieurs TMS.

Extrait 11 : Josiane (gainerie, 1)

- 305 J et je me dis « bon ben quand elles feront leurs années, ben elles auront aussi des problèmes quoi ». Parce qu'il y en a beaucoup- déjà maintenant certaines qui se plaignent déjà de la nuque. **Et c'est vrai que la nuque alors ça, c'est- je crois que c'est plus ou moins toutes les femmes quoi, qui ont ce problème quoi.** C'est vraiment la position qu'on a [à cause] du travail. Donc on a beau régler notre chaise par rapport au travail qu'on fait, mais la nuque c'est toujours avec la tête en bas et puis à la fin de la journée aïe aïe quoi hein
- 306 IP ouais ouais. Pff
- 307 J **c'est vrai que le travail d'usine, c'est pas bon,** je me dirais **c'est comme celles qui sont sur les ordinateurs toute la journée,** donc elles peuvent avoir des problèmes d'yeux, aussi la position qu'elles ont pour taper à l'ordinateur ou comme ça, je veux dire, chaque métier a son- je pense son problème

Josiane attribue ici les maux de nuque qui affectent ses collègues aux postures et plus généralement au « travail d'usine », puis généralise son propos aux problèmes de santé touchant d'autres métiers, comme « celles qui sont sur les ordinateurs toute la journée ». Elle emploie des énoncés génériques (« c'est vrai que le travail d'usine, c'est pas bon », « chaque métier a son [...] problème ») qui font référence à des significations supposées partagées sur la pénibilité inévitable du travail¹³⁴. Ce sens commun permet d'interpréter les sensations corporelles. En faisant accepter comme normales les sensations

¹³⁴ Radley (1994, p. 67) cite d'ailleurs une étude de Zola (1966) montrant que les femmes ouvrières ne considèrent pas les maux de dos comme une maladie, mais qu'ils font partie de la vie quotidienne normale.

douloureuses, il permet aux ouvrières de supporter une situation difficile qu'elles ont peu de moyens de transformer, mais risque aussi de retarder l'identification des maladies et de rendre invisibles les atteintes à la santé causées par le travail.

« On va dire que je me plains tout le temps » : maintenir une identité positive

Dans l'Extrait 8 présenté plus haut, Evelyne avance une seconde raison pour ne pas consulter : « je ne disais rien parce qu'à force de se plaindre ». Elle reprend ce thème plus loin dans l'entretien, lorsqu'elle évoque une nouvelle fois la consultation médicale qui a conduit au diagnostic de syndrome du canal carpien :

Extrait 12 : Evelyne (gainerie, 1)

399 E quand je suis allée pour mes cachets pour la tension, je lui ai dit « ouais j'ai des fourmis dans les mains et tout, j'en ai marre ». Alors il me dit « ben non, on va faire le contrôle ». Il me dit « ça fait longtemps ? » J'ai dit « bof » j'ai dit « je croyais que c'était normal, moi les fourmillements tout ça ». Il m'a dit « non, c'est pas normal ». Alors j'ai dit « ouais ». Puis après je le regarde, je lui ai dit « ouais, ben après, **on va dire ouais je me plains tout le temps et tout** ». Il m'a dit « non » il m'a dit « il faut tout dire » qu'il me fait. C'est vrai. Après **on a l'impression qu'on se plaint tout le temps, c'est vrai** hein. Et du coup il m'a fait ces examens, puis ça a commencé là quoi

Ici, Evelyne revient sur les raisons pour lesquelles elle n'a pas consulté plus tôt. Non seulement elle estime que ses fourmillements et douleurs sont normaux, mais elle craint aussi qu'un autrui indéfini, « on » (qu'on pourrait interpréter comme son entourage professionnel ou privé), pense qu'elle se plaint en permanence : « on va dire ouais je me plains tout le temps et tout ». Son choix d'attendre vise à conserver une identité positive, médiatisé par le regard d'autrui et par une valeur, celle de ne pas se plaindre pour des broutilles. En même temps, le récit fait apparaître a posteriori Evelyne comme quelqu'un qui a supporté bravement les douleurs et a payé le prix de ce stoïcisme. Ne pas se plaindre apparaît ainsi à la fois comme une vertu et comme un facteur d'aggravation des troubles.

Une troisième raison de ne pas consulter apparaît dans les entretiens : la crainte que la visite médicale ne se solde par un arrêt de travail. Etant donné que je discuterai en détail de l'arrêt de travail plus loin (section 8.3, p. 200), je laisserai ce point de côté pour l'instant.

8.1.2 Le travail de trajectoire et ses conséquences

Le retard aux soins peut être vu non comme le résultat de cognitions individuelles, mais comme une action à la fois cognitive et pratique médiatisée par des normes et valeurs sociales : la norme de la pénibilité du travail, la valorisation d'une attitude stoïque face aux douleurs. C'est à travers ces références partagées que les signes du corps prennent sens et que la personne réfléchit et oriente ces actions. En outre, le retard aux soins s'inscrit également dans le rapport à l'autre, car une valeur comme le stoïcisme ne fonctionne pas seulement par rapport à la personne elle-même, mais contribue aussi à lui donner une identité positive par le regard des autres.

Le retard aux soins peut avoir plusieurs conséquences pour les personnes concernées. Il compromet l'accès à un traitement médical précoce et à des aménagements du travail, ce qui favorise la chronicisation des troubles. Le retard aux soins a également des effets sur la définition sociale des TMS parce qu'il entrave la possibilité de relier les pathologies aux expositions professionnelles. En effet, lorsque les ouvrières poursuivent leur travail malgré leurs TMS, elles adaptent leurs gestes en fonction des douleurs, ce qui peut produire de nouveaux troubles, dont le rapport avec les contraintes professionnelles initiales devient de plus en plus difficile à établir. Ainsi, lorsque des personnes consultent, après plusieurs années de dégradation, pour des troubles généralisés et chroniques¹³⁵, il devient difficile de les relier à des activités professionnelles précises. Quand il s'y ajoute des états dépressifs favorisés par les douleurs et leurs conséquences dans la vie quotidienne, les personnes risquent en outre de voir leur maladie attribuée à des causes psychologiques. Ces processus contribuent à brouiller la lisibilité des liens entre les troubles et le travail. Ils entravent ainsi la connaissance des causes professionnelles des TMS et leur reconnaissance comme maladies professionnelles.

¹³⁵ Ce processus explique aussi pourquoi je n'ai pas pu m'en tenir à l'objectif initial d'étudier le seul syndrome du canal carpien, mais ai dû inclure les TMS en général dans mon étude des trajectoires et discours sur la maladie.

8.2 Identifier la maladie et la traiter

Un deuxième point de trajectoire important réside dans le diagnostic et le traitement des TMS, deux thématiques qui sont intimement liées dans les récits des interviewées.

8.2.1 Les diagnostics et leur devenir

On peut distinguer deux cas de figures parmi les trajectoires : soit les diagnostics sont univoques et définitifs, soit ils donnent lieu à des remises en question, voire des controverses.

« Il y a pas 56 000 solutions » : un diagnostic non problématique

Pour la plupart des personnes interviewées, les diagnostics posés par les médecins sont (relativement) univoques et définitifs. Cela concerne toutes les ouvrières qui ont eu des troubles passagers (Gisèle Laure, Manon, Nicolas, Pierrette, Raphaël, Serge), mais aussi certaines qui connaissent des troubles chroniques (Anne, Fabienne, Hélène, Josiane, Karin). J'illustrerai ce cas de figure par la trajectoire de Josiane. Elle souffre d'abord de douleurs à la main, pour lesquelles elle consulte un chirurgien sur conseil de ses collègues.

Extrait 13 : Josiane (gainerie, 1)

23 J et puis j'ai consulté le médecin. Et il m'a fait des examens et tout et puis il m'a dit « bon ben il y a pas 56 000 solutions, c'est le tunnel carpien quoi qui est bouché » Et puis c'était tout à fait les symptômes de ça quoi. Donc j'ai subi l'opération

En reprenant à son compte le diagnostic du médecin, Josiane le présente comme un fait objectif, « c'était tout à fait les symptômes de ça », qui n'est pas sujet à discussions. Le traitement, une opération, n'est pas non plus discuté, mais apparaît au contraire comme conséquence logique du diagnostic : « donc j'ai subi l'opération ». Il permet une guérison sans séquelles, mais quelques années plus tard, Josiane souffre de douleurs au coude droit.

Extrait 14 : Josiane (gainerie, 2)

28 J si vous voulez quand j'écartais les doigts, la main comme ça, les mouvements, donc j'avais des lancées jusque dans la nuque. Et puis suite à ça donc il (le médecin) m'a dit qu'il y avait donc l'épicondylite. Et le muscle qui

était collé à l'os. Donc décoller, tout euh. J'ai fait un- deux mois en tout à la maison. Deux mois avec le plâtre. Neuf séances de physiothérapie. Et maintenant je sais même plus ce que ça veut dire avoir mal au bras. Sauf que la douleur elle a passé de l'autre côté maintenant. (rire)

Dans ce passage du second entretien, Josiane résume les symptômes (« des lancées jusque dans la nuque »), le diagnostic sans ambiguïté (« il y avait donc l'épicondylite. Et le muscle qui était collé à l'os ») et l'opération qui suit logiquement (« donc décoller, tout »). Son récit présente l'heureux dénouement de cet épisode (« maintenant je sais même plus ce que ça veut dire avoir mal au bras ») comme une conséquence logique de l'opération. Josiane produit ce que Frank (1995, p. 77) appelle un « récit de restitution », dont l'intrigue de base est « yesterday I was healthy, today I'm sick, but tomorrow I'll be healthy again ». Le fait que la douleur ait « passé de l'autre côté » ne menace pas ce récit de restitution, pas plus que les douleurs à la nuque dont Josiane souffre pourtant de manière chronique. En cohérence avec cette orientation du récit, Josiane ne fait mention ni de contestations portant sur l'objectivité de ses troubles, ni de remises en question des diagnostics, ni de débats sur la pertinence des traitements.

Arthrose, syndrome du canal carpien, épicondylite ou fibromyalgie ? Un diagnostic incertain, voire contesté

Cinq ouvrières, souffrant toutes de TMS chroniques, (Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne, Irène) ont des trajectoires caractérisées par des remises en question des diagnostics initiaux ainsi que des affirmations contradictoires sur la nature des troubles et les traitements adéquats. J'illustrerai ce cas de figure par la trajectoire de Danielle.

Danielle travaille depuis près de vingt ans comme ganière à l'*Ecrin*, dans les postes de garnissage et de couverture, lorsqu'elle ressent des symptômes qu'elle décrit comme « des sortes de torticolis », « toujours mal au bras ». Son généraliste lui prescrit des anti-inflammatoires qui ne la soulagent que peu. Quelques mois plus tard, il la réfère à un rhumatologue qui lui fait passer « des examens », « des radios, IRM » et diagnostique de « l'arthrose cervicale ». Le rhumatologue prescrit de nouveaux médicaments, de la physiothérapie et met Danielle en arrêt de travail. Les semaines suivantes, l'état de santé de Danielle ne s'améliore pas. Le rhumatologue prolonge l'arrêt de travail et l'envoie alors chez un neurologue, qui diagnostique un syndrome du canal carpien bilatéral. Le premier traitement, des infiltrations de cortisone, étant inefficace, Danielle se fait opérer

successivement des deux poignets. Après les opérations, son état ne s'améliore que partiellement, elle ressent encore des douleurs.

Suite à une consultation, le médecin-conseil de l'assurance d'indemnités journalières estime que Danielle pourra reprendre le travail peu après. En revanche, les médecins traitants sont d'avis de prolonger l'arrêt de travail. Son rhumatologue étant lui-même en arrêt de travail, Danielle consulte un autre rhumatologue qui pose un nouveau diagnostic, celui de fibromyalgie, un syndrome caractérisé notamment par des troubles douloureux associés à une fatigue chronique et dont les contours et les causes sont contestés. Entre-temps, le délai fixé par l'assurance d'indemnités journalières pour reprendre le travail est échu et l'assurance met fin au versement des indemnités, laissant Danielle sans revenus. Avec le soutien du syndicat, de la cheffe du personnel et de ses médecins, Danielle obtient une consultation chez le médecin de l'assurance qui confirme le diagnostic de fibromyalgie. L'assurance rétablit alors les indemnités journalières. Sur conseil du médecin de l'assurance qui lui dit que la fibromyalgie pourrait être reconnue par l'AI à condition de relever d'un trouble psychique, Danielle consulte un psychiatre qui lui prescrit des antidépresseurs. Un mois plus tard, *l'Ecrin* la licencie. Six mois plus tard, au moment du premier entretien, Danielle est presque au terme de son droit aux indemnités journalières maladie et n'a pas encore de réponse de l'AI concernant sa demande de prestations. Elle exprime des doutes sur le type de troubles dont elle est atteinte, se demandant si « l'opération a réussi ou pas », évoquant aussi l'hypothèse d'une épicondylite. En outre, elle décrit une dégradation de son état de santé causée par les soucis liés à sa situation :

Extrait 15 : Danielle (gainerie, 1)

- 122 D [...] je lui disais « vous m'avez opérée mais j'ai toujours mal quand même à l'épaule, j'ai toujours mal, j'ai toujours mal ». Et c'est là où il lui a dit « ben peut-être qu'elle fait de la fibromyalgie ». Alors voilà. Donc là pour l'instant c'est vrai bon XX parce que j'ai toujours mal de partout, j'ai toujours mal de nouveau donc hein
- 123 IP pis pour ça vous pouvez faire un traitement ou il y a rien à faire
- 124 D ben je prends des antidépresseurs, pour essayer de dormir hein, pour essayer de dormir, pour essayer de calmer, pour essayer de dormir hein ouais. Ouais. Mais là comme ben voilà quoi, donc c'est pas- plus ça va, plus ben disons que j'ai plus de soucis parce que comme je vous dis bientôt mes deux ans sont

finis et puis bientôt j'aurai plus de revenu, donc l'AI n'a rien dit, donc ça me fait du souci, donc c'est là où en fin de compte euh beaucoup de soucis donc je dors moins les nuits enfin, ça me tracasse pas mal quoi tout ça quoi

La situation évoquée par Danielle s'apparente à un cercle vicieux, où l'angoisse de se retrouver sans revenu empêche dormir, ce qui contribue au maintien des douleurs, compromettant encore plus une reprise professionnelle. Danielle lie dans ses explications des facteurs professionnels, sa situation de vie et sa propre manière de faire face aux événements. Plus généralement, au cours de ce premier entretien, Danielle produit ce que Frank appelle un « récit de chaos » (1995, p. 97), dont l'intrigue est que la vie ne sera jamais meilleure et qui se caractérise par la déstructuration de l'ordre narratif. En l'occurrence, la maladie de Danielle semble échapper aux tentatives de diagnostic et de traitements, alors que la patiente apparaît comme vulnérable et impuissante. Son récit permet difficilement de reconstituer la séquence des événements et de discerner ce qui est de l'ordre des causes ou des conséquences.

Lorsque je la rencontre pour un second entretien, Danielle a vu sa demande rejetée par l'AI, mais a bénéficié de l'aide de sa conseillère à l'ANPE pour suivre un cours et décrocher un emploi de standardiste à temps partiel, adapté à son état de santé. Bien qu'elle souffre toujours de douleurs, son récit évolue vers un récit de restitution (Frank, 1995) : le diagnostic s'est stabilisé en fibromyalgie, la maladie et ses conséquences semblent sous contrôle ; Danielle juge l'évolution positive et peut notamment diminuer les doses d'antidépresseurs. Il me semble intéressant de noter que Danielle s'approprie le diagnostic de fibromyalgie pour réaliser plusieurs actions, alors même qu'il s'agit d'une maladie sujette à controverses, dont les critères et les processus physiologiques sont débattus dans la communauté scientifique (Nacu & Benamouzig, 2010).

Malgré ces controverses, le diagnostic de fibromyalgie aide Danielle à penser ce qui lui arrive :

Extrait 16 : Danielle (gainerie, 2)

48 D et donc du fait que j'avais toujours mal, tout ça, donc je suis retournée voir de nouveau, refaire les examens, et le neurologue m'a dit « ben écoutez de toute façon, vous devrez vous faire réopérer. » C'est exactement au même stade qu'un an avant que je me fasse opérer. Et puis en fin de compte ben on m'a

déconseillé, du fait qu'après qu'avec la fibromyalgie de toute façon ça servait absolument à rien, parce que ça reviendrait exactement pareil

Le diagnostic est ici un outil qui aide à donner du sens à sa trajectoire passée, notamment à s'expliquer pourquoi les opérations du canal carpien n'ont pas guéri, ainsi qu'à orienter ses actions, notamment à renoncer à une nouvelle opération. Il permet ainsi à Danielle d'accepter de vivre avec ses douleurs, car comme elle le souligne ailleurs : « de toute façon c'est à vie ». Enfin, ce diagnostic lui permet de faire reconnaître sa maladie par des personnes et des institutions. En effet, si l'AI nie le caractère invalidant des troubles, la conseillère de Danielle à l'ANPE reconnaît en revanche la maladie et l'aide à trouver un emploi adapté. Par ailleurs, le fait de pouvoir mettre un nom sur la maladie permet à Danielle de faire comprendre son vécu et ses difficultés à son entourage :

Extrait 17 : Danielle (gainerie, 2)

232 D [...] justement là j'ai vu des émissions, des reportages, justement. Autrement j'ai vu aussi ben, les médecins, ils en parlent aussi, de ce que c'est. Donc ils en parlent beaucoup plus maintenant. Donc c'est pour ça que les gens ils connaissent mieux ce que c'est. Enfin ils connaissent ce nom. Ils savent ce que c'est maintenant, hein. Ils savent ce que c'est. Alors ils disent « ah ben tiens, voilà quoi »

Danielle explique ici que la maladie et ses conséquences sont difficiles à décrire. Pouvoir désigner ses troubles par une étiquette facilite la reconnaissance de sa situation par les autres. Encore faut-il que cette étiquette soit connue. Le récit de Danielle souligne que les reportages télévisés, ainsi que le fait que les médecins parlent la fibromyalgie, permettent la constitution de connaissances socialement partagées, qui sont ensuite utilisées pour communiquer au sujet des troubles, mais aussi pour légitimer l'existence des douleurs et des incapacités.

8.2.2 Le travail de trajectoire et ses conséquences

Lorsque le diagnostic est simple et que les traitements sont efficaces, comme dans le cas de Josiane, les outils des actions sont transparents. Par exemple, les examens médicaux et les catégories diagnostiques apparaissent comme de simples moyens de mieux cerner la réalité. En revanche, lorsque les troubles évoluent de manière imprévue, résistent aux traitements et que la nature de la maladie est incertaine, comme dans le cas de Danielle,

les diagnostics apparaissent comme le résultat d'actions complexes, qui ne font pas que traduire une réalité, mais contribuent à la construire. Reprenant le modèle d'Engeström (2005), on peut considérer que la maladie passe alors par plusieurs systèmes d'activités (médical, assurantiel, notamment) mettant en jeu différents acteurs (médecins de diverses spécialités, assurances, patiente, employeur, etc.) et différents instruments (techniques d'examens, catégories médicales et assurantielles, lois, etc.), qui peuvent produire des définitions contradictoires. Par exemple, dans le cas de Danielle, le médecin de l'assurance estime à un certain point qu'elle a souffert d'un syndrome du canal carpien en voie de guérison, alors que son médecin traitant estime qu'elle souffre d'une fibromyalgie justifiant un arrêt de travail.

Les diagnostics ne sont pas seulement les produits d'une activité médicale, mais constituent aussi des moyens de (se) dire de quoi on souffre, d'orienter les actions, de définir une identité. Comme le relèvent Calnan et al. (2006), ce ne sont pas les diagnostics ambigus qui posent problème aux personnes, mais plutôt ce qu'ils impliquent : l'échec des traitements, l'impossibilité de faire reconnaître son statut de malade, la difficulté à anticiper l'évolution de la maladie, etc. Les entretiens avec les ouvrières dévoilent plusieurs problèmes liés aux diagnostics incertains ou contestés. Ainsi, ils peuvent conduire à tester divers traitements sans succès. Si dans le cas de Danielle, le diagnostic de fibromyalgie permet de donner un sens à cet échec des traitements et de s'y résigner, dans d'autres cas, les patientes poursuivent la quête d'une explication de leurs douleurs et d'un traitement efficace (Reid, et al., 1991). La trajectoire de Coralie, qui n'est pas discutée ici, illustre cet engrenage : les diverses thérapies (opération, infiltrations, médicaments, physiothérapie) n'ont que peu d'effets sur les douleurs, voire les augmentent parfois ; Coralie change de médecin, ce qui tend à décrédibiliser ses plaintes, alors même qu'elle cherche une reconnaissance de la part du corps médical et des assurances sociales. Les diagnostics incertains ou contestés entravent aussi la reconnaissance de l'incapacité de travail par l'assurance d'indemnités journalières ou par l'AI. Ils rendent plus difficile la reconnaissance des maladies professionnelles, puisque celle-ci repose sur la démonstration d'un lien de causalité entre une pathologie clairement identifiée et des activités professionnelles précises. Mais c'est aussi aux yeux de l'entourage que l'incertitude diagnostique risque de rendre la maladie moins crédible. Le statut de malade, qui confère la légitimité d'échapper au

travail salarié, de se faire aider pour certaines tâches, de se plaindre de ses troubles, est alors plus difficile à établir (Glenton, 2003). L'absence de reconnaissance d'un statut de malade par son entourage met en jeu la crédibilité et l'intégrité morale de la patiente. Enfin, l'incertitude brouille la compréhension de la maladie pour soi-même, si bien qu'il est plus difficile d'anticiper l'évolution de la maladie et de donner une cohérence à sa trajectoire passée.

Les problèmes de diagnostic et de traitement ont également des effets sur la manière dont les TMS sont définis socialement, parce qu'ils risquent de jeter le doute sur la matérialité des troubles, voire sur leur réalité. D'une part, lorsque l'échec des traitements entraîne des angoisses et sentiments dépressifs, ceux-ci risquent d'être interprétés (par les assurances sociales, mais aussi par les médecins ou par l'entourage) comme des facteurs explicatifs : ce ne sont pas les douleurs qui provoquent la souffrance psychique, mais au contraire les troubles psychiques qui provoquent les douleurs. Dès lors, ce n'est plus la pénibilité du travail qui est en cause, mais une disposition psychologique individuelle. D'autre part, lorsque des personnes cherchent des explications et des traitements auprès de différents professionnels, elles encourent le soupçon de chercher la validation de troubles inventés. Par ailleurs, les difficultés de diagnostic font obstacle à l'établissement d'un lien de causalité entre le travail et les TMS dans un contexte (légal, mais plus largement social) où les sciences médicales sont plus légitimes que l'expérience des travailleuses pour produire des connaissances sur les liens entre travail et santé.

8.3 Accepter un arrêt de travail

Toutes les personnes interviewées sauf Nicolas ont connu un ou plusieurs arrêts de travail dus aux TMS, soit pour une courte période, le temps d'un traitement, soit à long terme dans le cas de troubles chroniques. Dans les récits de neuf personnes (Anne, Coralie, Danielle, Evelyne, Gisèle, Laure, Manon, Pierrette, Serge), la décision d'arrêter

le travail est un point de trajectoire non problématique¹³⁶, qui n'est parfois même pas mentionné dans les entretiens tant il semble aller de soi. Sept personnes (Barbara, Fabienne, Hélène, Irène, Josiane, Karin et Raphaël) disent en revanche avoir hésité à prendre un arrêt de travail, l'avoir retardé ou écourté, pour deux raisons principales.

8.3.1 Retarder ou écourter un arrêt de travail

« *J'avais tellement peur de perdre mon travail* » : la crainte du licenciement

Une première raison est la crainte de perdre son emploi que j'illustrerai par la trajectoire d'Hélène. Cette dernière a commencé à souffrir du syndrome du canal carpien quelques années après son engagement à la gainerie *Arti-Luxe*. Elle raconte qu'elle a résisté près de quatre ans avant d'accepter de se faire opérer, malgré les conseils pressants de son médecin.

Extrait 18 : Hélène (gainerie, 1)

44 H puis il me dit « ouais il faudra bientôt opérer » Il a dit « vous pouvez pas rester comme ça » **Puis moi j'avais tellement dans l'idée que je peux pas arrêter mon travail** et tout, donc je dis « écoutez, j'ai pas le temps d'aller opérer » enfin j'ai posé deux trois questions en ce qui concernait l'opération et puis le comment et le pourquoi, l'arrêt de travail. C'est ce qui me préoccupait le plus, c'était le temps d'arrêt de travail. Puis quand il m'a dit « il faut compter en tout cas un mois d'arrêt de travail, et puis après il faut voir, mais ça nécessite ça » ah moi j'ai plongé, j'ai dit « Non non mais c'est exclu. Vous vous imaginez pas ça. » J'ai dit « mais vous avez pas une solution ? » et puis il me dit « oui je peux vous piquer un petit peu pour voir ». Donc il m'a fait une piqûre à la cortisone. [...] Mais il est arrivé le moment donné où il me piquait puis le lendemain, c'était zéro. [...] Puis j'ai dit « écoutez, ça va plus du tout » Et puis il me fait « mais je vous- » parce qu'il me disait toujours « Madame H, vous devez opérer ». Puis moi, je vous dis, je sais pas si j'espérais que ça allait euh que j'allais passer entre les gouttes, ou je sais pas si j'espérais une- quelque chose de- (rire) Mais c'est vrai que je repoussais ça et puis en même temps on avait eu à cette période-là, donc entre le moment où je vous parle, il se

¹³⁶ Gisèle et Irène estiment que leurs arrêts de travail ont conduit à leurs licenciements, alors même qu'elles auraient pu reprendre leur travail après les traitements. Toutefois, dans ces deux cas, ce n'est pas la décision d'arrêt de travail qui a posé problème, mais ses conséquences.

passé quatre ans, hein, depuis à peu près. On avait un chômage partiel. Et tout le monde avait été mis au chômage. Et ce qui faisait que moi j'appréhendais du fait que si n'étant plus capable de travailler à cent pour cent ou disons d'être un petit peu handicapée dans ce sens, hein, disons, de ne plus pouvoir répondre à- **J'avais tellement peur de perdre mon travail**

Dans la suite de l'entretien, Hélène raconte que c'est finalement son médecin qui lui a imposé l'opération, lui déclarant : « Je veux plus vous voir. [...] C'est ou vous allez vous faire opérer et puis je continue ». La crainte du licenciement s'est avérée infondée, Hélène a pu conserver son emploi. Toutefois, ce sentiment de précarité, alors qu'elle est soutien de famille, l'a conduite à accorder pendant toute une période de sa vie, une priorité à l'emploi au détriment de sa santé, dont les conséquences se sont fait sentir à long terme. On peut en outre se demander si la tension vécue à cause de cette situation précaire, ainsi que le cumul des charges professionnelles et familiales, n'ont pas aggravé les TMS qu'elle attribue à ses conditions de travail.

« Je suis pas une qui manque facilement » : le travail comme valeur

Les entretiens révèlent une seconde raison pour retarder un arrêt de travail. C'est le cas de Josiane, qui affirme avoir attendu avant de consulter un médecin parce qu'elle ne voulait pas manquer le travail :

Extrait 19 : Josiane (gainerie, 1)

- 46 IP mais en fait vous avez attendu combien de temps avant d'aller chez le médecin, vous avez une idée ?
- 47 J je suis un peu maso sur les bords, mais j'ai bien attendu deux ans
- 48 IP deux ans ah ouais
- 49 J ouais en tout cas
- 50 IP puis c'est quoi qui vous retenait de
- 51 J ben **de manquer le travail, d'être absente, et puis c'est vrai que quand on avait beaucoup de boulot, j'étais une des seules qui faisaient ce travail**
- 52 IP ah ouais
- 53 J alors il y avait une autre fille qui était formée aussi pour ça, mais elle a problème de dos, puis c'est vrai que **c'est pénible de faire ce que je fais quoi. Pas tout le monde voudrait faire ça** quoi. Bien sûr si on pouvait choisir, donc on préfère mieux être assise et puis travailler **pépère assise** quoi. Tandis que là c'est **debout toute la journée** puis la position qu'on a aussi en étant debout c'est plutôt **fatigant** quoi

- 54 IP ouais mais quand vous dites que vous avez- que vous vouliez pas manquer le travail, c'était plutôt par conscience professionnelle
- 55 J ouais
- 56 IP ou bien il y a des pressions
- 57 J non non, c'est plutôt par conscience professionnelle. **Je suis pas une qui manque facilement. Il faut vraiment que ce soit gros pour que je manque**
- 58 IP ouais c'est ça
- 59 J je veux dire si j'ai un petit rhume, eh ben je vais travailler avec mon rhume quoi. Je veux dire, je vais pas me mettre en caisse maladie deux semaines pour profiter quoi
- 60 IP ouais
- 61 J **il y avait pas dans mon sens de profit quoi. Je voulais pas profiter, dire « bon ben je me fais deux semaines à la maison quoi »**

A travers ses explications sur les raisons pour lesquelles elle ne voulait pas « être absente », Josiane affiche son goût de l'effort et sa conscience professionnelle. Son choix de poursuivre le travail serait ainsi guidé par des principes moraux, le respect du travail et l'attitude stoïque face aux maux du corps, qui seraient constitutifs de son identité. Cette présentation de soi passe aussi par une démarcation à l'égard de l'attitude de certaines collègues, qui apparaît à travers des contrastes explicites (« c'est pénible de faire ce que je fais quoi. Pas tout le monde voudrait faire ça quoi », « je suis pas une qui manque facilement ») ou implicites (« je vais pas me mettre en caisse maladie deux semaines pour profiter », énoncé qui sous-entend que d'autres « profiteraient », c'est-à-dire qui abuseraient des possibilités de se mettre en congé). Bien qu'elle souligne, à d'autres moments de l'entretien, la pénibilité du travail de gainière (c'est-à-dire une condition partagée), Josiane insiste ici sur la spécificité de sa propre attitude. Le mode sur lequel se fait cette revendication de singularité mérite d'être interrogé. En effet, par son récit Josiane revendique auprès de la chercheuse une reconnaissance de ses contributions, mais ces dernières se réalisent en quelque sorte « par la négative » : elle est l'une des seules à faire le travail d'incrustation, non pas à cause de la qualité de son travail, mais parce qu'elle accepte d'endurer la fatigue et la douleur. A titre très hypothétique (notamment parce qu'il faut tenir compte du contexte spécifique des propos, qui visent à expliquer l'absence de consultation médicale), on pourrait se demander si cette revendication d'une singularité sur un mode quelque peu masochique ne serait pas liée à un manque de reconnaissance concrète dans le cadre professionnel. En effet, l'un des

apports de la psychodynamique du travail est de montrer que la reconnaissance du travail, par la hiérarchie mais surtout par les pairs, joue un rôle fondamental dans la subversion d'une certaine souffrance due au travail en plaisir et dans la construction identitaire (Dejours, 2000). Davezies (1993) précise que cette reconnaissance est fondée sur deux composantes du jugement des pairs : la conformité du travail aux règles du collectif et la singularité des contributions. Or, l'entretien mené avec Josiane semble indiquer une panne de cette dynamique de la reconnaissance, tant de la part de ses collègues que de son chef. A défaut de pouvoir faire reconnaître la conformité de son travail aux règles du métier et les compétences particulières qu'elle met en œuvre – précision, dextérité mais aussi ingéniosité et sens esthétique – Josiane se rabattrait sur une revendication de reconnaissance « par la négative », être celle qui est capable d'endurer un poste particulièrement pénible.

8.3.2 Le travail de trajectoire et ses conséquences

Ces analyses sont l'occasion de souligner les tensions et dilemmes qui peuvent survenir entre l'objectif de préserver sa santé et celui de poursuivre son travail. Le fait d'ajourner ou écarter un arrêt de travail n'est pas à interpréter comme le résultat de perceptions erronées ou d'un coping inadéquat, mais comme une priorité accordée à l'emploi dans le cadre d'un compromis entre des impératifs contradictoires. Cet arbitrage s'ancre à la fois dans des systèmes de valeurs partagés qui orientent les choix et dans une réalité matérielle. Sur le plan des valeurs, le fait de poursuivre un travail malgré des douleurs peut être favorisé par la valorisation du travail et de l'effort, l'adhésion à des principes moraux selon lesquels il faut mériter son salaire et ne pas abuser des prestations sociales. Il peut aussi être guidé par le désir de donner, sur la base de ces valeurs, une image positive à ses chefs ou à ses collègues. Par exemple, Fabienne, dont le cas n'a pas été évoqué ici, explique qu'elle a repris le travail contre l'avis de son médecin car elle faisait partie de la commission chargée de négocier un plan social. Pour conserver sa légitimité auprès des collègues, elle voulait à tout prix éviter qu'on ne puisse la soupçonner de simuler une maladie.

Sur le plan matériel, la crainte de perdre son emploi est aiguë par la crainte de ne pas pouvoir en retrouver un autre facilement. Plusieurs personnes interviewées (Danielle, Fabienne, Irène, Laure et Raphaël) font d'ailleurs état de difficultés à retrouver un

emploi suite à leur licenciement et mentionnent des facteurs aggravant ces difficultés : contexte de chômage dans le secteur industriel, absence de qualifications reconnues, difficultés à maîtriser le français écrit, âge, état de santé, etc. En outre, le droit suisse ne prévoit que peu de protection contre les licenciements. Même en cas de maladie ou accident, la protection n'est que de courte durée¹³⁷. Les entretiens mettent en évidence cette précarité structurelle du contrat de travail. Par exemple, Gisèle estime qu'elle a été licenciée pour raison de santé, mais que ce licenciement a été déguisé en licenciement économique. Autres exemples : Coralie et Danielle signalent des menaces proférées par la hiérarchie à l'encontre de collègues trop souvent absentes. Danielle rapporte par exemple : « paraît-il que, ben il y en a qui se sont arrêtés, et puis quand ils sont revenus ils ont reçu une lettre [...] qu'il fallait plus qu'ils arrêtent ». Un plus grand nombre d'interviewées encore (Anne, Danielle, Evelyne, Fabienne, Hélène) mentionne la réticence de certaines collègues de parler des TMS au sein de l'entreprise, par peur de perdre leur emploi. Le choix de poursuivre un travail malgré les douleurs repose donc sur des valeurs, mais aussi sur la perception de la précarité de l'emploi.

Quelles sont les conséquences de ces arbitrages ? Dans les cas d'Hélène et de Josiane, la volonté de poursuivre le travail retarde l'accès à des traitements efficaces, avec des conséquences importantes sur la qualité de vie. Par exemple, Hélène mentionne, outre les douleurs (« si je veux pouvoir dormir, je dois prendre des médicaments pour m'enlever les douleurs »), les effets secondaires des infiltrations de cortisone (« certainement que ma prise de poids, elle vient aussi de ça ») ainsi que les conséquences des troubles sur sa vie privée (« des fois je sortais du travail, mais j'avais plus envie de rien ni de personne. Mes enfants je pouvais à peine les voir parce qu'éxténuée ») et sur son état psychique (« il y avait aussi une dépression qui s'est profilée à ce moment-là »). Dans le cas d'Hélène, l'attente semble avoir provoqué une dégradation générale et irréversible de l'état de santé, ce qui n'est pas le cas pour Josiane.

¹³⁷ La période de protection contre les licenciements est limitée (article 336c du Code des Obligations) : 30 jours durant la 1^{re} année de service, 90 jours de la 2^e à la 5^e année de service, 180 jours à partir de la 6^e année de service. Ces périodes de protection minimales sont parfois complétées par les conventions collectives.

Le fait de retarder un arrêt de travail a aussi des liens sur la définition sociale des TMS, notamment leur non-reconnaissance comme maladies professionnelles, parce qu'il contribue à rendre illisibles les liens entre le travail et la santé. Je ne reprendrai pas ici les remarques déjà faites à propos du retard aux soins (section 8.1, p. 188), mais soulignerai que l'attente peut contribuer à faire disparaître un certain nombre de maladies de l'espace de l'entreprise, notamment lorsque les personnes attendent (comme Irène ou Manon) d'avoir été licenciées pour se faire opérer. Le cas de Raphaël est particulièrement intéressant à cet égard parce qu'il montre comment le travail temporaire peut faire disparaître toute trace des atteintes à la santé dues à l'emploi et toute conséquence négative pour l'entreprise. Travaillant en équipes (une semaine le matin, une semaine l'après-midi), Raphaël consulte les médecins uniquement sur son temps libre. Il ne se fait opérer qu'une fois son contrat de travail temporaire terminé. La maladie n'a donc aucun coût pour l'entreprise, car l'incapacité de travail est financée par le chômage. Grâce à l'intérim, les coûts d'une maladie que l'on pourrait considérer comme professionnelle sont ainsi externalisés ; le lien entre les conditions de travail et l'atteinte à la santé devient invisible tant pour l'entreprise que pour les assurances sociales.

8.4 Adapter le travail

La plupart des ouvrières disent n'avoir que peu de latitude pour adapter le travail afin d'éviter l'aggravation des troubles ou la survenue de nouvelles pathologies. Si plusieurs personnes intègrent les efforts et la pénibilité dans le choix de leurs gestes de travail, seules Fabienne et Hélène estiment avoir obtenu des transformations importantes et durables de leurs conditions de travail. J'étudierai ces deux cas pour examiner les moyens déployés, les limites rencontrées, ainsi que l'impact de l'adaptation du travail sur leurs trajectoires.

8.4.1 Hélène : une marge de manœuvre individuelle pour adapter le travail

Hélène est gainière chez *Arti-Luxe* depuis près de trente ans. Au cours de sa carrière, elle a souffert de plusieurs TMS qu'elle attribue principalement à son travail : syndrome du canal carpien, épicondylites, hernie discale et maux de dos, arthrose aux épaules. Malgré cette succession de pathologies et la présence de douleurs chroniques, Hélène

estime avoir circonscrit le développement des TMS et leur impact sur sa capacité de travail grâce à un changement de poste et des aménagements de son travail.

Transformer la manière d'organiser et de réaliser son travail

Hélène dit avoir pris conscience dès son premier épisode de syndrome du canal carpien, de la nécessité d'adapter ses gestes de travail, par exemple en diminuant la force utilisée. Toutefois, c'est l'aggravation des TMS et les mises en garde répétées de ses médecins qui provoquent un changement majeur dans son rapport au travail, ce qu'elle raconte dans le passage suivant :

Extrait 20 : Hélène (gainerie, 1)

76 H on a eu une autre éducation, on vient de la campagne. C'était bosser. Quand on voulait pas travailler ou bien disons quand on était malade, c'était soi-disant le prétexte pour ne pas travailler, même si il y avait une raison hein. [...] Et c'est vrai que j'ai certainement fonctionné longtemps avec ça. Aujourd'hui je fais un autre chemin où je comprends que si je veux arriver à soixante ans avec un petit peu de- hein, que je sois- eh bien il faut vraiment que je commence à me ménager [...]

[cinq tours omis]

82 H [...] mais il m'a fallu attendre cinquante ans pour que je commence à me ménager, donc pour que je prenne conscience que- J'ai dit « mais c'est vrai dans le fond dans dix douze ans j'ai la retraite. Si je peux rien faire, si c'est- »

Hélène explique ici qu'elle a dû prendre de la distance par rapport à une éducation qui valorisait avant tout le travail et impliquait de taire les souffrances du corps. La prise de conscience du caractère irréversible des atteintes à la santé et du risque de se retrouver invalide au moment de la retraite la convainc de revoir en profondeur sa manière de travailler. Dans l'entretien, elle cite plusieurs adaptations : utiliser la table comme appui, prendre garde à sa posture, refuser d'entrer dans une course de vitesse ou encore doser la force utilisée, comme elle le souligne dans le passage suivant.

Extrait 21 : Hélène (gainerie, 1)

212 H et je suis consciente aujourd'hui qu'encore aujourd'hui des fois je me dis « Hélène, diminue la force, tu as plus besoin d'en mettre autant » parce qu'on le fait tellement automatique. Et puis on pense qu'on est des fois obligé. C'est vrai qu'il y a des fois des matériaux qui obligent à avoir une terrible pression, puis il y en a d'autres pas

Hélène décrit ici sa manière de travailler, qui implique non seulement des gestes techniques, mais aussi une action sur elle-même, pour combattre des automatismes qui la conduiraient à employer plus de force que nécessaire. Elle met ainsi en évidence la composante psychologique des gestes qui, selon certains auteurs, joue un rôle important dans le développement des TMS (Bourgeois & Hubault, 2005). Par ailleurs, Hélène ne se contente pas d'adapter ses gestes, mais organise aussi le déroulement de son travail :

Extrait 22 : Hélène (gainerie, 1)

400 H donc on fractionne le travail, pour qu'on puisse changer l'outil. Un moment on travaille avec celui-là, après on va travailler avec celui-là. Après je vais peut-être les nettoyer, ou après on va faire le collage. Mais on va fractionner tout ça, dans le temps, pour se dire « mais pendant que je fais le collage, ma collègue elle fait autre chose, puis pendant que je fais le collage, je suis au pistolet, donc j'ai les mains qui ont toute une autre- », d'accord. Je peux me reposer les mains, d'accord

Hélène décrit ici la manière dont elle organise son travail, en collaboration avec sa collègue, pour pouvoir varier les activités et trouver ainsi les moyens de se « reposer les mains ». Les aménagements portent en outre aussi sur ses outils de son travail, par exemple les ciseaux :

Extrait 23 : Hélène (gainerie, 1)

112 H bon moi je travaille avec une douzaine de paires de ciseaux, pour vous dire que suivant ce que je fais, je prends celui-là, celui-là ou celui-là. Et puis je les aiguise moi-même. J'ai appris à aiguiser mes ciseaux sur une petite machine à l'usine, ce qui fait que- Ça, c'est aussi capital d'avoir des ciseaux qui coupent. [...] Alors vous imaginez, quand on a des tissus qui ont peut-être un millimètre, donc à double il fait deux millimètres, il faut faire des coupes franches, propres, ça doit être le coup de ciseaux qui il y a pas d'escaliers ou de- moi je dis de la dentelle dessus. Donc ça demande une crispation des mains sur euh des doigts sur les ciseaux. Et pas seulement des doigts, parce que c'est tout ça qui travaille

Autre exemple encore de l'aménagement de son travail, elle fait fabriquer des supports pour avoir une meilleure position des mains :

Extrait 24 : Hélène (gainerie, 1)

214 H par exemple moi si je fais un petit travail [...] je vais à la menuiserie, j'ai pris mes mesures, je me fais faire le plot, le plot <le truc> c'est calculé, il y a la

hauteur, il y a tout qui est fait, pour que mon travail je puisse le faire comme ça, XXX puis en même temps ça me permet que j'aie pas la main qui frotte sur la table

215 IP ouais

216 H c'est des détails de rien, mais c'est des détails qui en fin de journée, bon premièrement va faire que tu as une bonne position de la main, parce que quand tu es comme ça puis que tu dois aller faire un petit truc, hein, puis que tu dois tourner autour. Tandis que moi X déjà la petite hauteur, j'ai cette liberté de la main. [...] je demande rien à personne. Si dans d'autres entreprises ils ont peur des chefs, moi il me fait pas peur, donc (rire) je demande rien, je vais à la menuiserie, je fais ça discrètement. Je vais- j'ai un bon rapport avec le chef menuisier, on discute la chose, je viens avec cotes, avec des trucs, puis je dis « voilà ce que je dois faire, voilà ce que j'aimerais ». Si c'est quelque chose qui doit demander peut-être un petit peu plus d'étude, on part avec un comment il faut dire, une idée qu'on discute, moi donc de toute façon je sais ce que je veux.

Si Hélène dit n'avoir pas peur de son chef, elle souligne toutefois la discrétion avec laquelle elle organise son travail et adapte ses outils. Il faut en effet que son chef accepte de lui accorder une autonomie qui va à l'encontre des rapports de pouvoir et du rôle dévolu aux ouvrières dans l'usine. C'est pourquoi l'aménagement du travail s'apparente ici à une pratique clandestine, qui repose sur des arrangements informels, tant avec le chef qu'avec le menuisier.

Ces marges de manœuvre permettent à Hélène non seulement de diminuer le risque de TMS, mais l'aident aussi à déployer son intelligence et sa créativité pour résoudre les problèmes liés à la réalisation des tâches. Par là même, elle développe de nouveaux motifs d'action, en particulier la transmission du métier à ses collègues.

Extrait 25 : Hélène (gainerie, 1)

492 H ça me plaît de trouver ces solutions puis ça me plaît de- moi ça me plaît de transmettre. Ça, j'ai un plaisir

493 IP ah ouais [c'est ça aussi, hein]

494 H j'ai un plaisir. J'a- alors moi j'ai un plaisir de donner ce savoir. Puis je trouve que ça manque un petit peu. Ouais. Et puis je pense que c'est normal. Si on reçoit ça, de pouvoir le- d'en faire profiter. [...] Celui qui a appris quelque chose, qui a appris la musique ou un- je sais pas moi, un gainier qui a fait un-

qui sait quelque chose, s'il le transmet, il va pouvoir perpétuer ce savoir. C'est quelque chose qui est important.

Hélène insiste sur le plaisir qu'elle éprouve à transmettre des savoir-faire à ses collègues. Elle donne ainsi un nouveau but à son travail : il ne s'agit pas seulement de produire, mais également de faire vivre et de transmettre un métier conçu comme un art (elle le compare à l'apprentissage de la musique). Pour reprendre les concepts de Clot (2008, p. 13), on pourrait dire qu'Hélène accroît son « pouvoir d'agir », grâce au développement de l'efficience (diminuer la force utilisée, etc.), mais aussi du sens de ses actions. En effet, alors que la perte de sens du travail ampute (trop souvent) le pouvoir d'agir du sujet, ce dernier peut à l'inverse se développer lorsque les actions débouchent sur la découverte de nouveaux objectifs : « Dans ce cas-là, on assiste bien au renouvellement du sens de l'action, éventuellement à la renaissance de l'activité par l'émergence de préoccupations nouvelles du sujet, grâce au recul de son horizon subjectif sous l'effet d'une *re-mobilisation* » (Clot, 2008, p. 14). On peut faire l'hypothèse que ce développement du pouvoir d'agir participe à la santé au sens large.

Les facteurs facilitant l'adaptation du travail

Qu'est-ce qui permet à Hélène d'acquérir ces marges de manœuvre ? Tout d'abord, son expertise professionnelle est reconnue par la direction de l'entreprise et ses chefs. Dans certains cas, elle a même été sollicitée pour développer des méthodes de travail afin de réaliser les écrans commandés par les clients, méthodes qui ont ensuite été généralisées dans l'atelier. Malgré cette expertise, Hélène rapporte que ses chefs supportent mal les initiatives venant d'une simple ouvrière : « Si une ouvrière elle trouve un bon truc, il l'empêche de le mettre en pratique, parce que l'idée ne vient pas de lui ». Les chefs s'accommodent dans une certaine mesure des initiatives d'Hélène à condition qu'elle reste discrète, négocie subtilement l'autorisation d'essayer par exemple de nouvelles méthodes et ne mette pas en cause ouvertement leur rôle et leur pouvoir. Ensuite, Hélène bénéficie d'une stabilité d'emploi, grâce à la situation financière stable d'*Arti-Luxe* et à sa politique du personnel (par exemple, le fait qu'elle ne licencie pas les ouvrières connaissant des problèmes de santé). En outre, cette gainerie a délocalisé la production des grandes séries en Asie, ce qui a allégé quelque peu le travail des ouvrières en Suisse. Même si la délocalisation n'a pas transformé fondamentalement les

techniques et les gestes, on peut supposer que le fait d'être « moins bousculées par la quantité » et de réaliser de plus petites séries qui « tablent un peu plus sur la qualité » facilite l'aménagement de modes opératoires protecteurs de la santé. Comme le note Hélène, cela signifie toutefois que la pénibilité du travail n'est pas combattue structurellement, mais seulement exportée : « J'avais dit à mon chef, j'ai dit "parce que les femmes en Asie, elles sont moins dommagées que nous ?" Parce que des choses que nous on pouvait- que c'était horrible à faire, tout ça c'est parti en Asie. »

Les limites des aménagements

Le récit d'Hélène révèle toutefois les limites des aménagements obtenus. Premièrement, ils ne permettent pas de transformer fondamentalement les contraintes de son travail, qui reste pénible. Deuxièmement, ces aménagements restent individuels alors qu'Hélène souhaiterait les étendre à ses collègues. Mais certaines collègues y sont réticentes, parce qu'elles n'ont pas conscience des risques pour la santé, ou parce qu'elles acceptent mal qu'une ouvrière qui n'a pas de légitimité officielle à jouer ce rôle leur explique leur travail. En outre, elles craignent les réactions de la hiérarchie :

Extrait 26 : Hélène (gainerie, 1)

276 H donc moi j'essaie d'en faire profiter les autres, vraiment par pure sym- par sympathie, parce que c'est dans ma nature et puis quand je vois faire quelqu'un, je dis « eh va mollo, essaie comme ça » ou bien c'est vrai que des fois je passe vers une table, je vois quelque chose, puis je dis « tu sais, essaie de faire comme ça »

277 IP mhm

278 H et puis elle l'adopte ou elle l'adopte pas. C'est- après c'est son souci. Il y a plusieurs personnes qui d'entrée donc quand elles ont quelque chose elles viennent me consulter. **Ça c'est- soit elles le font en catimini parce qu'il y a l'autre (un chef) qui louche et puis il aime pas ça, soit elle me dit « Hélène, quand tu as un moment, tu viens au vestiaire et puis on discute le coup », parce que c'est mal perçu**

La mise en commun des savoir-faire de prudence doit dès lors se faire clandestinement, « en catimini » ou « au vestiaire », alors même qu'il s'agit d'un élément déterminant pour la santé et la sécurité au travail (Cru, 1993, 1996; Garrigou, Peeters, Jackson, Sagory, & Carballeda, 2004). Troisièmement, il n'y a pas de négociation sur la prévention avec la direction de l'entreprise, si bien que les aménagements restent individuels et informels.

Extrait 27 : Hélène (gainerie, 2)

- 78 IP ouais. Vous avez essayé de soulever le problème de- de la pénibilité du travail ou
- 79 H alors, **il y avait d'autres problèmes plus urgents que ça**
- 80 IP il y avait des problèmes plus urgents
- 81 H il y avait le salaire des femmes qu'on n'avait encore pas, parce qu'on était encore à l'heure. On était perdantes sur beaucoup de points. Donc il fallait- il y avait ça à négocier, euh qu'est-ce qu'il y avait encore. **C'est vrai qu'ont été mis en évidence des travaux.** [...] La répartition du travail, la façon d'exécuter le travail, la préparation du travail qui n'était pas faite pour faciliter le travail, hein. On flanquait un travail sur la table, et puis « vas-y, vas-y, débrouille-toi » Alors qu'on parlait du principe qu'un chef, lorsqu'il donne un travail, il doit aussi lui le savoir pour pouvoir l'enseigner. On avait mis en évidence ce genre de choses aussi. Que la façon d'exécuter le travail n'était pas étudiée pour- **C'est des choses qui ont été mises en évidence, qui n'ont apporté peu ou pas de fruit**

Hélène relate ici que les questions de santé et de pénibilité n'ont, à un certain moment, pas été considérées comme prioritaires par les représentants du personnel, face à des problèmes paraissant plus urgents comme les salaires des femmes. Si ces questions ont tout de même été abordées, elles n'ont pas débouché sur des changements concrets. Hélène explique dans la suite de l'entretien qu'il est plus facile de négocier directement avec la direction sur des points comme les salaires ou les assurances sociales que de transformer des aspects comme « la répartition du travail » ou « la préparation du travail », qui impliquent de nombreux acteurs : la direction, toute la hiérarchie de l'entreprise, les ouvrières et ouvriers. En particulier, elle souligne la difficulté de négocier des changements qui mettraient en cause les rapports de pouvoir en place dans les ateliers. Consciente d'un rapport de forces défavorable dans l'entreprise, Hélène juge que la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles et l'intervention d'un organisme externe constitueraient des appuis précieux pour la prévention.

Extrait 28 : Hélène (gainerie, 1)

- 360 H **le jour où ça sera reconnu, je pense que la Suva édictera des- à la fois des normes, et puis des dispositions pour que le- il soit pris- la conscience soit prise de ce côté-là, et que le patron donne des indications aux contremaîtres et tout pour faire.** Parce que si on voit qu'il y a des interventions qui sont faites par exemple sur les poids à porter, hein, il y

a eu une campagne qui s'est faite par- il y a une personne dans l'entreprise qui est soi-disant responsable de la sécurité alors elle a eu affiché des panneaux pour le fait de prendre des charges, la façon de se baisser, de porter, « on porte pas plus, on porte- ». [...]. **Donc si la Suva prenait en considération ce genre de maladies, donc certainement elle serait aussi contrainte pour essayer de limiter, d'édicter des méthodes, des façons de faire, qui feraient que les patrons auraient cette contrainte.** Et je pense ça va être le seul chemin, pour éviter ces dégâts, pour éviter ces dégâts

Hélène espère ainsi qu'une reconnaissance par les assurances-accidents imposerait aux entreprises des changements dans l'organisation du travail et la mise sur pied d'une politique de prévention des TMS semblable à celle qui existe pour le port de charges¹³⁸.

8.4.2 Fabienne : des actions collectives pour adapter le travail

La trajectoire de Fabienne met en évidence, outre des ajustements individuels de son travail, des actions collectives pour transformer de manière plus structurelle les conditions de travail. Fabienne travaille comme ouvrière à l'expédition du centre d'impression des journaux *La Page*. Après trois ans de travail, elle doit se faire opérer du syndrome du canal carpien. Comme Hélène, elle prend alors conscience de l'impact du travail sur sa santé. Peu après, son chef de l'époque lui propose de faire partie de la commission du personnel. Fabienne est d'abord été réticente à s'y engager. En effet, elle se voit à l'époque comme plutôt « timide », passant « presque inaperçue dans l'entreprise » et ne sachant « même par où commencer ni qu'est-ce qu'il faut faire ». Elle se laisse toutefois convaincre et la participation à cette commission, ainsi que par la suite au syndicat, lui offre peu à peu les moyens de négocier des changements en vue de prévenir les TMS et d'autres problèmes de santé.

Les transformations du travail

Laissant de côté les aménagements individuels du travail, que j'ai déjà présentés en détail avec l'exemple d'Hélène, je me concentrerai ici sur les transformations négociées

¹³⁸ On peut souligner les limites des campagnes de prévention citées par Hélène, en particulier au niveau de la conception individualisante de la prévention qu'elles sous-entendent. Mais on peut aussi les considérer comme un premier pas, une mise en visibilité des problèmes et un point d'appui pour d'autres actions.

avec la direction et qui touchent non seulement Fabienne, mais aussi ses collègues. Une partie de ces transformations porte sur les moyens à disposition pour réaliser le travail. Par exemple, Fabienne explique comment elle a réussi à réduire la taille des paquets et sacs de journaux.

Extrait 29 : Fabienne (imprimerie, 1)

63 F pour les journaux qui sortent disons des machines, qui font des gros paquets, [...] c'étaient des paquets vraiment très gros, qui faisaient cinq ou six kilos chaque paquet. [...] Et puis quand je réclamais à mon chef que c'était un peu trop gros les paquets tout ça, on me disait « c'est qu'on n'a pas assez d'étiquettes ». [...] Alors j'ai dit « mais les étiquettes, d'accord on n'a pas assez, mais on n'a qu'à commander davantage, ça, c'est pas la ruine pour l'entreprise, et puis ça permettrait aux gens de travailler un petit peu plus à l'aise ». Ben au début, il y avait personne qui voulait faire de cas de ça, quand je disais « il faut réclamer ça », on me prenait pas au sérieux « mais non, il faut pas dire, ils vont pas prendre ça en compte. De toute façon c'est pas grave » et tout. Et puis à force de réclamer deux ou trois fois déjà d'une façon un petit peu plus sérieuse, et puis même en réunion paritaire, j'avais réclamé de ça, alors pour finir, ils ont accepté, puis maintenant on a assez d'étiquettes pour faire des petits sacs, enfin des petits, des quinze kilos par exemple. [...] maintenant du fait que j'ai demandé davantage d'étiquettes, on fait des paquets à peu près comme ça. C'est-à-dire de cinq ou six kilos, même là c'est deux kilos trois cents, deux kilos huit cent à peu près les paquets. Donc tout ça ça facilite un peu quand même les mouvements, de ne pas être trop lourds, ne pas trop charger les bras quand on utilise ça

Fabienne raconte ici comment sa demande initiale se heurte à un refus basé sur un problème technique, le manque d'étiquettes. Toutefois, elle parvient à imposer une définition différente du problème, basée sur le fait que la quantité d'étiquettes n'est pas un donné, mais une question d'organisation et de moyens mis à disposition. Alors que ses collègues n'adhèrent pas à sa démarche, elle maintient sa revendication, la porte au niveau de la commission paritaire et obtient finalement gain de cause. Même si Fabienne raconte à la première personne l'histoire, très investie subjectivement, de cette victoire, des ressources collectives sont présentes en filigrane. Par exemple, si Fabienne s'obstine malgré l'obstacle important que représente le désintérêt de ses collègues directs, c'est peut-être aussi parce que sa participation à la commission du personnel et au syndicat donne un sens supplémentaire à la démarche, en l'inscrivant dans une

tentative collective d'amélioration générale des conditions de travail. C'est cette participation à des collectifs – mais aussi le rôle spécifique qui lui est reconnu au sein de ceux-ci, à savoir défendre les ouvriers et plus encore les ouvrières de l'expédition, qui traditionnellement sont nettement moins bien représentés que les ouvriers qualifiés – qui lui permet de porter concrètement la revendication devant une instance de l'entreprise, la commission paritaire. Enfin, on peut se demander quel rôle ont pu jouer des discussions entre collègues, dans l'entreprise ou dans le syndicat, pour permettre à Fabienne d'élaborer une attitude critique tant face aux conditions de travail que face aux justifications qui leur sont apportées, et de croire à la possibilité que les choses puissent vraiment changer, alors que le fatalisme est souvent de mise chez la plupart des personnes que j'ai interrogées.

Au-delà de tels aménagements de l'organisation ou des moyens du travail, Fabienne souligne qu'elle a obtenu, avec la commission du personnel, la suppression du statut d'auxiliaire, ce qu'elle considère également comme une amélioration pour la santé. L'un des problèmes de ce statut résidait dans une extrême flexibilité des horaires, utilisée par l'entreprise pour faire face aux impératifs de la production de quotidiens. Les auxiliaires étaient ainsi engagées à temps partiel, mais devaient être disponibles sur appel pour combler les retards.

Extrait 30 : Fabienne (imprimerie, 1)

131 F oui oui. Et alors disons, comme on faisait pas tous les jours, ben quand tu allais travailler, **si on te disait de faire un petit peu plus, bon, ben ça faisait un petit peu plus à la fin du mois aussi, et on acceptait. Puis on était, disons, mal placés pour refuser, parce que du fait d'être auxiliaires, ça veut dire qu'on t'appelle quand ils ont vraiment besoin. Alors si à ce moment-là tu dis « je reste pas », ils vont te dire « alors vous êtes venues pourquoi, disons, votre travail c'est justement parce qu'il y en a en trop, un surplus de travail qu'on a besoin de vous ».** Et si à ce moment-là vous refusez, c'est pas évident. Donc jusqu'à ce que j'aie réussi à annuler le statut d'auxiliaire, ben ça a été à peu près comme ça. [...] Ça fait à peu près deux ans que je- **bon selon la loi et tout, et puis avec l'aide aussi du syndicat, je me suis renseignée de nos droits, et puis alors on a réussi à annuler le contrat d'auxiliaire,** et puis à mettre alors du personnel à temps partiel. **A ce moment-là, ça a changé complètement.** [...] Moi je suis actuellement à 55%, donc si je veux faire plus, parce qu'il y a admettons

plus de travail, c'est à moi de décider si ça me convient ou pas, mais par la loi, on peut pas m'obliger à faire plus que qu'est-ce que c'est marqué dans mon contrat. Je ne suis plus auxiliaire, je ne suis pas au- ce qu'on appelle le travail à l'appel. Et ça disons nous favorise pour pouvoir dire non. [...] Moi je suis parmi celles qui disent très souvent non. En dehors de mes jours officiels de travail. Déjà parce que j'ai pas le temps, parce que j'ai beaucoup de réunions avec la commission, avec le syndicat, enfin j'ai beaucoup de choses à côté. Ensuite parce que je pense que la santé c'est quand même aussi important sinon davantage, c'est plus important quand même que le travail. Et aussi disons je peux me le permettre, j'ai un mari qui travaille. Si j'ai par exemple ma collègue, qui est veuve, [...] elle accepte tout ce qu'on lui demande même si elle est pas marquée dans le planning

Fabienne met ici en évidence les contraintes du statut d'auxiliaire, payé à l'heure et imposé aux femmes travaillant à l'expédition. Ce statut impliquait en effet du travail sur appel, puisque les ouvrières étaient convoquées, ou invitées à rester, pour pallier les surplus de travail ou les aléas comme les pannes des machines afin d'assurer la sortie des journaux à temps. Comme elle le souligne ailleurs, cela signifiait des journées de travail d'une durée imprévisible et parfois extrêmement longue (atteignant régulièrement les douze heures et allant jusqu'à quinze ou seize heures), avec des conséquences négatives sur la santé (notamment sur les TMS, à cause de la répétition des gestes et des contraintes posturales soutenues des heures durant) et la qualité de vie (en particulier, l'impossibilité de planifier sa vie privée). Grâce au soutien du syndicat et en s'appuyant sur la loi, les membres de la commission du personnel parviennent à négocier la suppression du statut d'auxiliaire et son remplacement par des contrats à temps partiel. Fabienne mentionne toutefois les limites de cette amélioration : en cas de besoin financier, les ouvrières ont tendance à accepter toutes les heures proposées pour accroître le faible montant de leurs salaires. On peut relever que, par contraste avec d'autres interviewées, Fabienne élargit l'horizon de la réflexion sur les TMS dans plusieurs directions : elle inscrit ces troubles dans une préoccupation plus vaste pour la santé et le bien-être des ouvrières ; elle inclut comme déterminants des problèmes de santé non seulement des contraintes immédiates (postures, répétition, etc.), mais aussi des aspects comme les horaires et le statut ; enfin, elle rapporte que les conditions de travail sont transformables, non seulement par des aménagements techniques (voir plus

haut, la question des étiquettes et de la taille des sacs), mais aussi sur des dimensions importantes de la relation salariale comme les horaires ou le statut.

Ces deux exemples montrent que l'action de Fabienne avec la commission d'entreprise lui permet d'obtenir une amélioration des conditions de travail pour elle-même et ses collègues. Cet engagement contribue plus largement à la protection de sa santé en donnant sens à un emploi « pas motivant », qu'elle fait « par obligation » et n'a « jamais aimé ».

Extrait 31 : Fabienne (imprimerie, 1)

180 F il y a des gens qui sont très intéressants comme personnes, mais il y en a d'autres que vraiment j'ai envie de perdre de vue. Ça, c'est certain. Mais bon. Des fois ça tombe aussi sur le moral. Je me lève, je vais vraiment à contrecœur au travail, ça, c'est certain hein. Mais disons je dirais aussi à ma faveur pour ainsi dire, que grâce à ce travail, ben j'ai eu la chance de connaître des gens très intéressants aussi, en dehors du travail, dans le travail déjà et puis en dehors du travail, au syndicat, à différents endroits comme ça que je- **Ça m'a donné la possibilité de parler avec des gens que peut-être si j'étais pas admettons à la commission et tout, j'aurais pas eu l'occasion de le faire.** Donc il y a un côté positif quand même en faisant ça. Mais parce que je suis aussi à la commission

[7 tours omis]

188 F **ça m'a permis disons de me changer un peu les idées. Parce que si je devais vraiment que faire ce que je fais à l'expédition, je crois que je me serais suicidée, hein, c'est- A un moment donné c'était vraiment insupportable.**

189 IP mhm

190 F entre le bruit des machines, les gens qui sont vraiment casse-pieds, qui pour un oui pour un non, ils se chamaillent. C'est- non, c'est pas mon truc.

Fabienne décrit des aspects pénibles de son travail, les relations tendues avec les collègues et l'environnement extrêmement bruyant. Le fait de participer à la commission du personnel et au syndicat lui ouvre de nouvelles relations, « j'ai eu la chance de connaître des gens très intéressants », et de nouveaux horizons, « ça m'a permis de me changer un peu les idées », qui lui permettent de tenir dans une situation sinon insupportable : « si je devais vraiment que faire ce que je fais à l'expédition, je crois que je me serais suicidée ». De manière plus générale, les deux entretiens montrent que cet

engagement contribue à développer son pouvoir d'agir. Fabienne découvre en effet de nouveaux buts à ses actions : réfléchir à l'ergonomie, améliorer les conditions de travail dans l'entreprise et au-delà, faire des rencontres, se former (etc.). Elle construit du sens à son emploi alors que le travail prescrit en est pour elle dépourvu. L'extrait suivant illustre par ailleurs bien l'imbrication dynamique entre le développement de l'efficacité (l'acquisition de nouvelles compétences) et celui du sens (l'invention de nouveaux buts) (Clot, 2008, p. 13).

Extrait 32 : Fabienne (imprimerie, 1)

351 F au début quand on faisait les réunions paritaires, je n'osais presque pas parler. J'avais une peur bleue. Je me disais « tiens », il y avait cinq ou six personnes qui représentaient la direction et tout. C'était un peu impressionnant, surtout quand c'est des gens avec lesquels tu n'as pas de contact trop direct. Et bon petit à petit on m'a mise disons à l'aise, et puis j'ai commencé à me sentir un petit peu plus sûre de moi aussi et puis j'ai vu que c'était pas la fin du monde. [...] Et puis après Louis (un collègue syndiqué), il m'a dit « ce qui serait intéressant c'est de te syndiquer quand même parce que ça donne quand même une certaine sécurité au niveau emploi et tout, tu connais un petit peu la loi, tu as des cours de formation qui sont payés. Enfin » et bon, j'ai dit « bon ben d'accord ». Et puis après j'ai connu Sabine (permanente du syndicat) [...] Et c'est elle aussi petit à petit qui a commencé à m'encourager disons à m'engager de plus en plus au niveau syndicat, aussi à être un petit peu plus représentative, à ne pas me limiter à aller simplement à des réunions et des trucs comme ça. Non, et puis bon, ça a été- petit à petit ça m'intéressait disons de plus en plus

Fabienne retrace ici ses débuts à la commission du personnel. Lors des réunions paritaires avec la direction, elle n'osait « presque pas parler ». Elle acquiert peu à peu de l'aisance (elle développe son efficacité) par sa participation active aux réunions et par l'interaction avec les autres. Cela lui permet de développer en retour de nouveaux objectifs, par exemple la diminution de la taille des paquets de journaux ou la suppression du statut d'auxiliaire évoqués ci-dessus, de mettre en œuvre des moyens pour les atteindre, et de donner ainsi un sens à son emploi. Par ailleurs, en participant au syndicat, elle acquiert non seulement de nouvelles connaissances et compétences (en apprenant à connaître la loi, en suivant des cours de formation), mais devient également représentante dans les instances du syndicat ce qui lui ouvre de nouveaux horizons.

Comme elle le souligne : « ça m'intéressait disons de plus en plus ». Le récit de Fabienne montre que cette dynamique repose sur un soutien social, qui fournit à la fois une sécurité affective et des outils concrets pour agir. C'est la confiance que lui témoignent son chef (qui l'invite initialement à rejoindre la commission) puis Louis et Sabine, ainsi que leur aide concrète, par exemple pour la préparation des séances et des interventions, qui lui permettent de s'engager dans de nouvelles actions et de les mener à bien.

Les facteurs favorisant l'adaptation du travail

Le récit de Fabienne montre que les activités collectives de la commission du personnel et du syndicat sont fondamentales pour la transformation des conditions de travail dans cette entreprise. Ce sont des espaces de dialogue pour mettre en lumière des problèmes et imaginer des solutions. Le syndicat ouvre en outre la discussion et la réflexion au-delà de l'entreprise, par les cours de formation, les articles du journal, les rencontres avec les permanentes syndicales, mais aussi, avec des ouvrières d'autres entreprises, qui permettent la confrontation des situations et des manières d'y faire face. Toutefois, un espace de discussion seul n'amène pas de changements concrets. La possibilité pour la commission et le syndicat de négocier avec la direction de l'entreprise joue aussi un rôle essentiel. Comme le souligne Fabienne, la direction de l'entreprise se montre à la fois réceptive à la thématique de la santé, ouverte au dialogue avec les représentants des employés et prête à prendre leurs propositions au sérieux.

Extrait 33 : Fabienne (imprimerie, 1)

79 F le directeur qu'on a actuellement, il est assez ouvert au sens prévention. On peut en parler, on peut lui expliquer, dire « écoutez, on pourrait faire ça et ça ». Il est- disons il est à l'écoute et il nous demande aussi des suggestions si par hasard de lui-même il voit pas comment on pourrait régler les problèmes

Une partie de la hiérarchie est également réceptive aux questions de prévention. Par exemple, Fabienne raconte que son chef lui a donné congé le jour d'une réunion sur les TMS en lui disant : « oui oui, vas-y, ça peut être intéressant pour nous tous, donc vas-y, puis on te fera remplacer. » Or, comme on l'a vu avec l'exemple d'Hélène, cette ouverture de l'encadrement est importante, tout comme celle de la direction, pour instaurer des réels changements dans la manière de travailler.

Enfin, comme dernier élément favorisant la transformation des conditions de travail, je soulignerai que Fabienne et ses collègues semblent avoir développé de véritables compétences dans le domaine de la négociation, comme Fabienne l'expose par exemple dans l'extrait suivant :

Extrait 34 : Fabienne (imprimerie, 1)

351 F tu ne peux pas te mettre la direction à dos, parce qu'à ce moment-là tu es perdant, ça c'est certain. Ils sont plus puissants quand même et il faut savoir faire les choses de façon diplomatique à faire croire que tu respectes leur avis et tout ça, mais que quand ils ont pas raison, il faut leur faire comprendre sans- mais sans trop rentrer dedans. Parce que là j'ai vu si tu leur rentres dedans, c'est un mur qui est devant toi. Mais si tu contournes un peu ça et tu le présentes autrement, tu peux obtenir quand même des choses. Et d'ailleurs c'est comme ça que j'ai obtenu quand même d'annuler le contrat d'auxiliaire et de faire des contrats par rapport à loi, avoir tous les droits et toutes les choses comme ça, mais à trois reprises il a fallu annuler le contrat, parce qu'à chaque fois il manquait quelque chose et j'étais pas d'accord

Fabienne explique ici la subtilité de la négociation avec l'entreprise, dans laquelle il s'agit de ne pas attaquer frontalement (« tu ne peux pas te mettre la direction à dos »), de composer avec les rapports de pouvoir qui existent de fait dans l'entreprise (« ils sont plus puissants quand même »), tout en maintenant le niveau de ses exigences sans se satisfaire d'un pis-aller : dans l'exemple qu'elle cite, concernant le statut d'auxiliaire, Fabienne dit avoir fait annuler trois fois le projet de contrat avant de trouver un compromis acceptable.

Les limites des transformations du travail

Malgré un certain nombre de succès revendiqués, les actions de Fabienne et ses collègues se heurtent à deux limites principales. La première limite est que les transformations obtenues, mais aussi celles qui pourraient encore être faites, ne suffisent pas à empêcher la survenue du syndrome du canal carpien et des autres TMS.

Extrait 35 : Fabienne (imprimerie, 1)

21 F si est-ce qu'on peut comme je dirais, disons modifier quelque chose, ça pourrait être un point déjà pour prévenir. Pas pour guérir, parce que moi je pense que par exemple la prévention, j'en ai parlé la semaine passée avec mon directeur, et puis on parlait de qu'est-ce qu'on pouvait faire comme

prévention, pour les maladies du travail et tout ça. Et dans mon cas par exemple, j'ai dit « oui la prévention ça pourrait se faire, mais ça va pas guérir. Ça va simplement retarder l'effet. Admettons que pour le tunnel carpien, au bout de trois ans, on commence à avoir les symptômes, **si on faisait admettons des pauses plus suivies, plus régulières, de faire toutes les deux ou trois heures une petite pause de dix minutes, quelque chose comme ça, pour juste respirer un peu, faire que les muscles soient pas tendus comme ça**, et peut-être qu'au bout de quelques années, on va avoir quand même le même problème, mais à la place disons que le problème arrive au bout de trois ans, ça va être peut-être au bout de quatre ans ou de cinq ans, ça va retarder, mais le problème il sera toujours là de toute façon, ça va- c'est impossible de- **A mon avis, c'est impossible disons d'éviter que ça arrive. Seulement on peut le retarder un peu »**

Selon Fabienne, il n'est pas possible de réellement éviter les TMS, mais seulement de les retarder. Cette affirmation ne signifie pas, par exemple que les TMS seraient dus à des prédispositions individuelles ou surviendraient avec l'âge indépendamment du travail. Pour comprendre cette affirmation, il faut prendre en compte le type de prévention que propose Fabienne. Il s'agit certes d'aménager par exemple des pauses plus régulières et permettant une réelle détente (ou de faire des paquets moins gros, pour reprendre un autre exemple déjà discuté), mais cet aménagement se situe à l'intérieur d'une activité extrêmement répétitive et contraignante qui n'est en revanche pas remise en question. On rencontre ici les limites de ce qui est imaginable comme transformation des conditions de travail et qui est lié à ce qui est négociable avec la direction. D'autres éventualités sont tout simplement hors de l'horizon de la discussion, par exemple, une redistribution fondamentale des tâches entre personnel qualifié et non qualifié ou une diminution drastique des cadences, parce que ce type de changement porterait atteinte à la rentabilité de l'entreprise ou à son organisation sociale (statuts associés aux qualifications par exemple).

La seconde limite réside dans les réticences de certaines collègues à revendiquer des changements, voire parfois à utiliser ceux qui ont été réalisés. Dans l'exemple suivant, Fabienne évoque le fait que ses collègues pourraient, grâce aux étiquettes supplémentaires qu'elle a obtenues, diminuer la taille des paquets et sacs de journaux, mais ne le font pas.

Extrait 36 : Fabienne (imprimerie, 1)

63 F j'essaie en tout cas de ne pas faire plus de quinze kilos dans un même sac, vu qu'on a suffisamment d'étiquettes pour pouvoir faire comme ça. Mais je suis la seule qui fait ça. Les autres, on n'est que deux femmes à l'expédition actuellement, hein la journée. Donc ma collègue, elle fait moins de cas, et pourtant elle a été opérée l'année passée, de la même chose. Elle fait pas tellement cas au fait de ne pas trop charger et puis les hommes surtout, ils s'en foutent complètement, ils tiennent pas compte, ils tombent malades, mais ils se posent pas la question de dire « on pourrait éviter ça, en faisant autrement. » Ils continuent parce qu'ils sont comme ça

Fabienne explique l'attitude de ses collègues par des dispositions personnelles : « elle fait moins de cas », « ils s'en foutent complètement », « ils sont comme ça ». Pourtant, on pourrait aussi faire l'hypothèse que cette manière de travailler sans s'économiser a d'autres raisons que la psychologie individuelle. On pourrait prendre en compte les contraintes posées par les tâches et les modifications des modes opératoires qu'un changement de taille des paquets implique : les plus petits paquets posent-ils problème pour réaliser les tâches (par exemple, parce qu'il faut en faire plus) ? Quels ajustements cela nécessite-t-il, par exemple, dans la disposition spatiale des moyens du travail, le rythme, les gestes et la manière de faire les paquets ? Fabienne elle-même ne dévoile que peu si le fait de modifier la taille des paquets l'a conduite à modifier d'autres choses dans sa manière de travailler (elle évoque un ralentissement du rythme, mais n'explicite pas comment elle le négocie avec le régleur). Pourtant, les connaissances acquises en psychologie indiquent qu'un changement d'outil ne se limite pas à optimiser l'action, mais la réorganise, parfois à tel point qu'on peut se demander s'il s'agit toujours de la même action (en particulier, lorsque cette réorganisation favorise le développement de nouveaux buts) (Clot, 1997; Rabardel, 1997; Vygotski, 1987; Wertsch, 1998, p. 45). On peut donc se demander s'il ne manque pas ici un espace de débat avec les collègues sur la manière de s'y prendre, autrement dit un espace pour l'élaboration du « genre » de l'activité (Clot, 1999b), qui permettrait de s'approprier un changement (le nombre d'étiquettes à disposition) et d'en faire une ressource pour préserver sa santé. En un sens, Fabienne achoppe aux mêmes difficultés que les spécialistes de la prévention qui tentent d'introduire ce qu'ils estiment être des améliorations, mais se heurtent à des « résistances au changement ». La différence est que Fabienne utilise elle-même avec

satisfaction le nouveau dispositif qu'elle a introduit. On peut donc supposer que s'il existait un espace de débat avec ses collègues sur les gestes du travail, les changements pourraient être plus collectifs, favorisant l'utilisation de ce dispositif, voire de nouvelles propositions.

8.4.3 Le travail de trajectoire et ses conséquences

Fabienne et Hélène mènent plusieurs actions pour adapter le travail à leurs besoins et prévenir la survenue ou l'aggravation des TMS. Ce travail de trajectoire mobilise des outils, notamment des connaissances qui permettent de comprendre la situation et d'imaginer des alternatives (par exemple, des connaissances à propos des risques du travail pour la santé, mais aussi à propos des contraintes des tâches). Toutefois, ces outils seuls ne suffisent pas. D'une part, Fabienne et Hélène s'appuient sur une réflexion collective, ce qui apparaît clairement dans le récit de Fabienne, avec la référence aux membres de la commission du personnel et du syndicat, et se trouve sous-entendu dans celui d'Hélène, qui fait notamment allusion à son apprentissage du métier auprès de collègues expérimentés. D'autre part, les changements sont effectifs seulement parce qu'ils sont négociés avec d'autres acteurs de l'entreprise, sur un mode individuel dans le cas d'Hélène ou collectif dans le cas de Fabienne. Cela implique de remettre en question le rôle traditionnellement dévolu aux ouvrières, celui de simples exécutantes d'un travail pensé par d'autres. Pour cela, toutes deux s'appuient sur des ressources leur offrant un certain rapport de forces : Fabienne sur la commission du personnel et le syndicat, Hélène avant tout sur une expertise professionnelle valorisée par l'entreprise. Elles doivent cependant composer avec les rapports de pouvoir existant dans l'entreprise et développer des techniques de négociation subtiles pour atteindre leurs objectifs. Ce faisant, elles adoptent une position active par rapport à une situation qui leur est initialement imposée, ce qui contribue à transformer non seulement le contexte, mais également leur place par rapport aux autres et leur manière de se considérer elles-mêmes.

Les marges de manœuvre et adaptations contribuent à « protéger » dans une certaine mesure les trajectoires de Fabienne et d'Hélène (Daubas-Letourneux, 2005). Toutes deux bénéficient ainsi d'une stabilité professionnelle malgré leurs problèmes de santé (pour Fabienne, jusqu'à la restructuration de l'entreprise) et parviennent sinon à

empêcher la survenue des TMS, du moins à prévenir leur aggravation. Toutefois, la transformation ne se limite pas au plan matériel. En effet tant pour Hélène que pour Fabienne, la manière de gérer les contraintes du travail et leurs conséquences sur la santé contribue, grâce à la mobilisation de ressources spécifiques (notamment la participation à des collectifs dans l'entreprise ou par le syndicat, la mobilisation de gestes du métier transmis par d'autres, les collaborations informelles entre collègues) à développer l'horizon de leurs actions. Elles visent de nouveaux objectifs (transmettre un métier, améliorer les conditions de travail pour elles-mêmes et pour les autres, etc.) et développent de nouvelles compétences (travailler autrement, enseigner, négocier, etc.). En référence à Clot, on pourrait dire qu'elles amplifient leur pouvoir d'agir (Clot, 2008, p. 13), ce qui participe non seulement à la protection de leur santé, mais plus fondamentalement leur permet d'être les protagonistes actives des situations qu'elles vivent et de se développer en tant que sujets.

Ces interventions sur le travail peuvent aussi contribuer à construire une certaine définition des TMS, en les faisant apparaître non comme des maladies inévitables, mais comme des maladies dues aux conditions de travail. Les actions des ouvrières contribuent parfois à rendre visibles, dans les entreprises, les problèmes de santé et leur lien avec le travail. Dans l'entreprise *La Feuille* où travaille Fabienne, les TMS, la santé et la prévention deviennent des thèmes légitimes des discussions entre les représentants des salariés et la direction. Toutefois, dans l'entreprise *Arti-Luxe* où travaille Hélène, les TMS ne parviennent pas à devenir un thème public. Au contraire, les aménagements du travail y sont tolérés par la hiérarchie à condition qu'ils restent discrets, voire clandestins.

8.5 Déclarer une maladie professionnelle

Bien que les personnes interrogées attribuent principalement les TMS à leur travail (voir chapitre 9), seules six d'entre elles, travaillant toutes à la gainerie *L'Ecrin*, ont vu leur affection déclarée comme maladie professionnelle auprès de l'assurance-accidents. J'examinerai d'abord les obstacles, puis les circonstances favorisant la déclaration.

8.5.1 Les obstacles à la déclaration comme maladie professionnelle

Cinq types d'obstacles ressortent des récits : la méconnaissance de la notion de maladie professionnelle ; les enjeux perçus ; la crainte d'un conflit avec l'employeur ; l'évaluation médicale des causes de la maladie ; les faibles chances de succès de la procédure.

« Je ne savais même pas que ça pouvait se faire » : la méconnaissance de la catégorie de maladie professionnelle

Un premier obstacle réside dans la méconnaissance de la catégorie de maladie professionnelle, de son existence même, des droits qui y sont attachés ou des procédures à suivre. Je l'illustrerai par le récit de Manon, atteinte du syndrome du canal carpien.

Extrait 37 : Manon (fabrique de papier, 1)

- 269 IP pour vous ça s'est jamais posé la question de faire une demande de reconnaissance comme maladie professionnelle, du canal carpien ?
- 270 M euh non
- 271 IP non
- 272 M **je savais même pas que ça pouvait se faire**
[3 tours omis]
- 276 M [...] et là j'ai entendu justement, je crois que **c'est Laure qui m'en a parlé**, parce que je crois bien qu'elle a été à cette réunion. Je sais plus exactement mais il me semble que oui. Et je crois même que c'est elle qui m'a parlé justement qu'on pouvait- enfin, que ça se discutait pour que ce soit reconnu comme une maladie professionnelle
- 277 IP mhm ouais
- 278 M mais c'est reconnu déjà ?
- 279 IP non en fait c'est reconnu dans certains cas. C'est-à-dire c'est au cas par cas
- 280 M **il faut vraiment être en incapacité, alors je pense de travailler avec ses mains**

Même après avoir appris la possibilité de déclarer une maladie professionnelle, Manon suppose que cette procédure est réservée aux personnes qui sont vraiment invalides et donc qu'elle-même ne remplirait pas les conditions. Elle semble ainsi assimiler la question de l'origine de la maladie avec celle du taux d'invalidité. Les différences de prestations par rapport à une maladie ordinaire et les procédures sont souvent floues, y

compris pour les personnes qui ont déclaré une maladie professionnelle à l'assurance-accidents, ce qui reflète la complexité du système d'assurances sociales :

Extrait 38 : Coralie (gainerie, 1)

372 IP vous avez fait la demande pour que ce soit reconnu comme maladie professionnelle ou

373 C disons que oui, parce que la Suva m'a envoyé un courrier en disant que je serais pas prise en charge. Puis moi j'ai fait appel, je crois trois fois hein. Oui trois fois. Parce que Madame Z (responsable du personnel) me disait aussi qu'il faut faire appel, on peut pas laisser comme ça. Mais pour moi, que je sois payée par N (l'assurance d'indemnités journalières) ou par la Suva, c'était la même chose. **Mais je ne savais pas qu'à la fin des deux ans, je pourrais être prise en charge par la Suva. Ça j'étais pas au courant**

374 IP ouais

375 C **j'étais pas au courant. Je l'ai su vraiment très tard**

On peut tout d'abord noter que la procédure d'annonce semble obscure. A la question sur une demande de reconnaissance, Coralie répond par des éléments concernant la décision (« la Suva m'a envoyé un courrier ») et la procédure d'opposition (« j'ai fait appel »), mais n'explique pas comment l'annonce initiale s'est faite. Des informations tirées d'autres discussions et de documents permettent de conclure que l'initiative de la déclaration revient à l'employeur, mais Coralie ne semble pas au courant de ces procédures. Par ailleurs, ce n'est que tardivement que Coralie découvre les avantages d'une reconnaissance comme maladie professionnelle, notamment en ce qui concerne la compensation de la perte de salaire. Il s'agit d'un point crucial pour elle, puisque l'assurance d'indemnités journalières met fin aux prestations après deux ans, alors que l'AI n'a pas encore rendu de décision. Coralie se trouve alors sans revenu. Au contraire, en cas de reconnaissance d'une maladie professionnelle, l'assurance-accidents aurait continué à verser des indemnités journalières.

Pour initier une déclaration, il faut une connaissance minimale de la catégorie de maladie professionnelle, des enjeux en termes de prestations et des procédures à mettre en œuvre. Or, ce type de savoirs semble peu répandu parmi les personnes interrogées et leur entourage. Dans les deux exemples cités, les ouvrières prennent connaissance tardivement des catégories et de leurs enjeux. Manon accède à des informations par une collègue qui a assisté à une séance du syndicat. Des discours circulant de manière

formelle (syndicat) et informelle (collègue) constituent des moyens pour comprendre les enjeux d'une déclaration. Dans le cas de Coralie, c'est le fait même d'être engagée dans une procédure de reconnaissance initiée par un tiers, c'est-à-dire une activité collective, qui donne connaissance de la catégorie de maladie professionnelle et des prestations qu'elle offre.

« J'ai touché mon salaire normalement » : l'absence d'enjeux perçus

Certaines personnes ne perçoivent aucun enjeu dans la reconnaissance d'une maladie professionnelle, à l'instar de Serge :

Extrait 39 : Serge (imprimerie)

- 169 IP mais vous vous êtes jamais posé la question, vous vous êtes pas dit « ah
mais il faudrait que ce soit reconnu comme maladie professionnelle » ou
170 S non, moi à l'époque pas, parce que moi je me suis fait opérer sans problème,
j'ai touché mon salaire normalement, mon arrêt de travail, je me suis pas posé
la question là

Serge touche son salaire pendant l'arrêt de travail lié à l'opération du syndrome du canal carpien, puis reprend son travail. Le traitement est efficace, il n'y a pas de problème avec les assurances sociales ni avec son employeur. Du point de vue de Serge, une éventuelle reconnaissance au titre de maladie professionnelle ne représente donc aucun enjeu et il n'a pas de motif à faire une déclaration.¹³⁹

« Les gens ont peur » : la crainte des réactions de l'employeur

La crainte des réactions de l'employeur, notamment de se faire licencier, est un obstacle qui apparaît en filigrane des discours. Aucune des personnes interrogées n'affirme avoir renoncé à une déclaration de maladie professionnelle pour cette raison. Plusieurs évoquent en revanche, comme Danielle, la crainte des collègues de divulguer leurs problèmes de santé dans l'entreprise :

¹³⁹ Cela ne signifie évidemment pas que la déclaration elle-même est sans enjeu, tant du point de vue des prestations que des possibilités de prévention.

Extrait 40 : Danielle (gainerie, 1)

- 270 D et là comme là je vois quand je retournais, j'allais les voir de temps en temps, ben c'est vrai que tout le monde me disait, même une qui disait « mais tellement que j'avais mal au coude, il a fallu que je me mette de la crème. » Mais elle continue quand même à travailler. Mais elles ont mal. Tout le monde a mal. Tout le monde a mal
- 271 IP mhm. Ouais
- 272 D vous leur demandez comme ça, ben tout le monde a mal. **Mais si quelqu'un d'autre allait, est-ce qu'ils diraient de peur de perdre leur travail ?** Parce qu'il y en a beaucoup qui, comme je vous dis là cette dame qui est partie en Italie, elle avait très très peur de perdre son travail. Alors même qu'elle aurait eu la main enflée ou le- elle aurait rien dit parce qu'elle avait peur de perdre son travail
- 273 IP donc les gens ont peur de s'arrêter, d'avoir un arrêt de travail parce qu'ils ont peur d'être
- 274 D ben paraît-il que, ben **il y en a qui se sont arrêtés, et puis quand ils sont revenus ils ont reçu une lettre**
- 275 IP ah ouais ?
- 276 D **qu'il ne fallait plus qu'ils arrêtent** hein
- 277 IP ouais
- 278 D donc les gens ont peur quoi

Au moment de cet entretien, Danielle est en arrêt de travail prolongé et a été licenciée par la gainerie *l'Ecrin*. Le syndrome du canal carpien dont elle souffrait a été déclaré comme maladie professionnelle. Dans l'extrait ci-dessus, elle explique que son cas n'est pas isolé, mais qu'au contraire, toutes ses anciennes collègues ont mal. Toutefois, elle suppose que les collègues encore en emploi hésiteraient à faire part de leurs problèmes de santé si quelqu'un tentait de les interroger à ce sujet, par peur de perdre leur emploi. Elle se réfère à un ouï-dire, le cas de collègues qui auraient reçu un avertissement de l'entreprise suite à leur arrêt, pour souligner que ces craintes ne sont pas vaines, mais reflètent un réel risque. En extrapolant, on peut faire l'hypothèse que la déclaration d'une maladie professionnelle entre parfois en conflit avec l'objectif prioritaire de conserver son emploi. Non seulement certaines ouvrières craignent de s'avouer malades, mais déclarer une maladie professionnelle représente un conflit potentiel avec l'employeur, puisque cela revient à désigner les conditions de travail comme source des troubles.

« Il a dit “ça c’est maladie” » : l’évaluation des médecins traitants

L’évaluation des médecins traitants peut également constituer un obstacle à la déclaration. Non seulement ils sont, comme nous le verrons plus loin, des sources importantes d’informations sur la maladie et ses causes, mais ils jouent parfois un rôle actif pour déclencher ou décourager une procédure de déclaration. La trajectoire de Raphaël met en évidence ce rôle de portier des médecins traitants¹⁴⁰ lorsqu’il raconte son désaccord avec le médecin au sujet de la catégorisation du syndrome du canal carpien comme « maladie » ou comme « accident ».

Extrait 41 : Raphaël (fabrique de papier puis usine de conditionnement)

- 303 R **le docteur, il a dit « ça c’est maladie ».** Je fais quoi moi ? Moi j’ai donné la parole, il a dit « ah ça c’est une maladie »
- 304 IP ouais
- 305 R voilà. Puis moi j’ai pas dit <accident>
- 306 IP puis ça vous avez discuté avec lui
- 307 R j’ai discuté avec lui. **Et puis lui, il a marqué sur assurance-maladie.** Mais, de toute façon, ça c’est maladie, mais c’est comme un accident, par exemple, parce que tu travailles toujours
- 308 IP parce que c’est lié au travail
- 309 R c’est à cause du travail arrivé. Moi je suis pas malade, si j’ai ça c’est à cause du travail, c’est accident et puis voilà

Raphaël ne se trouve pas en position de contester la décision du médecin, ce qui peut s’expliquer par plusieurs éléments : l’asymétrie de la relation entre médecin et patient, la légitimité des décisions médicales, mais peut-être aussi l’insuffisance des ressources (connaissances, ressources linguistiques) pour faire valoir un autre point de vue. Raphaël désigne le syndrome du canal carpien comme un « accident » qu’il oppose à la « maladie ». On peut faire à ce sujet deux hypothèses non contradictoires. Premièrement, la distinction pertinente de son point de vue opposerait des atteintes à la santé causées par un facteur externe, le travail – les « accidents » – à d’autres causées par un facteur interne, personnel – les « maladies » (et non des atteintes soudaines à des pathologies se développant lentement). Deuxièmement, il peut s’agir d’un indice que la notion même

¹⁴⁰ Et non des médecins du travail, qui sont peu nombreux en Suisse et qui exercent essentiellement au sein des assurances, des grandes entreprises ou du secteur public (Ferreira, et al., 2010, p. 70).

de maladie professionnelle lui est peu familière, comme à d'autres interviewées qui disent n'avoir découvert l'existence de cette catégorie que tardivement. En revanche, les personnes interrogées savent en général que les prestations d'assurance en cas d'accident sont plus avantageuses qu'en cas de maladie. La notion d'accident peut alors constituer un levier pour discuter des TMS et des enjeux de leur reconnaissance. On peut tirer des conclusions pratiques de ces hypothèses, par exemple pour des actions de prévention en entreprise ou des campagnes syndicales. D'une part, les discours utilisant la notion de maladie professionnelle risquent d'induire des malentendus parce que cette notion est peu connue et que l'utilisation même du terme « maladie » risque d'évoquer une origine individuelle et non professionnelle de l'atteinte à la santé. D'autre part, il peut être utile de s'appuyer sur la notion d'accident, plus connue, pour thématiser la question des maladies professionnelles et de leur reconnaissance.

« Ça vaut pas la peine d'essayer » : une procédure sans espoir

Un autre obstacle réside dans le présupposé qu'une déclaration de maladie professionnelle n'aurait aucune chance d'aboutir. Certaines ouvrières rapportent que leurs médecins traitants leur ont expliqué que la reconnaissance était impossible en Suisse. Des informations sur les difficultés de la procédure peuvent en outre jouer un rôle dissuasif :

Extrait 42 : Fabienne (imprimerie, 1)

25 F et puis il y a aussi mon médecin qui m'a dit- le médecin de famille, il m'a dit
« en principe, pour moi, c'est dû au travail. C'est une maladie professionnelle,
mais la Suva, elle ne veut pas accepter ça comme maladie professionnelle ».
Et alors c'est tout ce que je peux dire par rapport à ça

Tout en thématisant les liens entre la maladie et le travail, le médecin de Fabienne contribue paradoxalement à décourager toute procédure de reconnaissance. Dans la suite de l'entretien, je reviens sur le thème de la déclaration comme maladie professionnelle.

Extrait 43 : Fabienne (imprimerie, 1)

225 IP en fait, toi tu t'es jamais posé la question ou bien ça s'est jamais posé la
question, de se dire, de faire reconnaître comme maladie professionnelle ?
226 F non [...]

- 232 F parce que bon, **quand j'ai vu ce que- quand on a été au syndicat ici et que j'ai entendu les autres dames, là de la gainerie, comme elles ont dit tous les problèmes**, tous les-
- 233 IP ouais
- 234 F qu'on leur pro- disons par rapport à l'Al tout ça, tous les handicaps qu'on leur met pour en arriver à ça, **j'ai dit « c'est- ça vaut pas la peine d'essayer »**

La réponse de Fabienne peut paraître surprenante étant donné qu'au début de l'entretien, elle dit avoir abordé la question de la reconnaissance comme maladie professionnelle avec son médecin traitant (Extrait 42). On peut comprendre que si elle s'est déjà posé la question, elle n'a jamais envisagé sérieusement la possibilité de faire une déclaration. Elle explique que les discussions au sein du groupe syndical, où elle a constaté que les autres ouvrières étaient engagées dans des procédures difficiles, l'ont convaincue de ne pas déclarer. Ce cas est particulièrement intéressant car Fabienne est une militante syndicale qui s'investit intensément pour l'amélioration des conditions de travail, mais perçoit la procédure auprès de l'assurance-accidents comme si difficile qu'elle renonce à l'entreprendre : « ça vaut pas la peine d'essayer ».¹⁴¹

8.5.2 Les circonstances favorisant la déclaration

Les six ouvrières travaillant à la gainerie *L'Ecrin* ont vu leur affection déclarée comme maladie professionnelle. Leurs récits permettent d'identifier certaines circonstances qui ont favorisé ces déclarations : l'implication de l'employeur, le caractère chronique des troubles, le soutien de médecins, l'existence d'une démarche syndicale ainsi que les enjeux perçus.

L'implication de l'employeur

Plusieurs ouvrières expliquent, à l'instar d'Evelyne, que c'est la direction de la gainerie *L'Ecrin* qui a décidé de déclarer certains cas de TMS comme maladies professionnelles.

¹⁴¹ Ce n'est toutefois peut-être pas le seul facteur. En effet, si Fabienne s'engage sur des questions de santé au travail, c'est surtout par le biais de revendications et négociations concrètes dans son entreprise. La reconnaissance générale des TMS par les assurances-accidents serait selon elle une ressource pour appuyer de telles actions, et non pour lui procurer un avantage direct à elle-même.

Extrait 44 : Evelyne (gainerie, 2)

- 322 IP mais pour vous, c'est plutôt le côté financier, qui était important, ou bien c'était plutôt autre chose
- 323 E **je savais pas moi qu'on pouvait se mettre.** Tout le monde, nous, on était quand même, **pour la maladie professionnelle, c'est L'Ecrin qui a demandé, non ?**
- 324 IP ouais
- 325 E **c'est pas nous,** hein. Nous, on n'a rien demandé et puis moi je serais jamais allée là-bas, hein

Au-delà du simple exposé des faits, la réponse d'Evelyne peut aussi être vue comme une argumentation contre une hypothèse implicite insinuée par ma question au tour 322 (« pour vous, c'est plutôt le côté financier, qui était important »). Insister sur le fait qu'elle n'a rien demandé serait alors une manière de démentir le soupçon que ses actions puissent être guidées par des intérêts matériels.

D'autres sources d'informations (entretiens, séances syndicales, documents fournis par les ouvrières) confirment le rôle joué par l'employeur, qui aurait agi sous pression de l'assurance d'indemnités journalières. Cette dernière refusait de payer pour l'incapacité de travail des nombreuses ouvrières atteintes de TMS dans l'entreprise, estimant que leurs troubles étaient des maladies professionnelles relevant de l'assurance-accidents.

Le caractère chronique de la maladie

Le fait que les troubles soient chroniques favorise la déclaration. Selon Karin, dont les TMS n'ont pas été déclarés, l'entreprise *L'Ecrin* aurait déclaré « les plus gros cas ».

Extrait 45 : Karin (gainerie)

- 109 IP vous avez pas essayé de faire reconnaître comme maladie professionnelle ?
- 110 K ah non, non
- 111 IP parce qu'en fait à *L'Ecrin*, il y a eu plusieurs personnes pour qui l'entreprise a fait cette demande
- 112 K ouais, **celles qui sont en arrêt- qui ont été carrément arrêtées, qui sont presque passées à l'AI** parce qu'elles pouvaient plus quoi, **qui ont subi beaucoup d'opérations** et tout ça ouais
- 113 IP alors ils ont fait, en fait, vous pensez qu'ils ont fait des demandes vraiment pour les gens qui étaient-
- 114 K ouais **les plus gros cas,** quoi

Je ne peux pas vérifier l'affirmation de Karin selon laquelle l'entreprise aurait déclaré uniquement les cas les plus lourds. Toutefois, un tel comportement serait rationnel de la part de l'employeur. En effet, un cas de TMS passager, par exemple une opération du canal carpien entraînant quelques semaines d'arrêt de travail, coûte relativement peu à l'entreprise. En revanche, l'accumulation de cas chroniques, comme à *L'Ecrin*, coûte beaucoup plus cher à cause des incapacités de travail de longue durée et des cas d'invalidité.¹⁴² Dans le même sens, il est probable que l'apparition de nombreux cas dans un intervalle temporel relativement court a joué un rôle dans le fait qu'ils soient déclarés comme maladies professionnelles. En effet, non seulement cette multiplication des cas entraîne une forte augmentation des coûts dus au TMS, incitant l'assurance d'indemnités journalières et l'employeur à agir, mais elle rend aussi une reconnaissance par l'assurance-accidents plus probable. En effet, il devient plus aisé d'apporter la preuve, par des données épidémiologiques collectées au sein de l'entreprise, que la maladie est deux fois (ou quatre fois, pour les maladies hors liste) plus fréquente dans le groupe professionnel concerné que dans la population générale.

Le soutien des médecins

Lors de la première séance du groupe syndical, les ouvrières de *L'Ecrin* disent que c'est leur employeur qui a déclaré les cas. Lors du premier entretien avec Danielle, qui a lieu peu après, je reprends cette information, mais Danielle me contredit et fournit alors une autre version.

Extrait 46 : Danielle (gainerie, 1)

427 IP et puis par rapport à toute cette histoire de la Suva en fait ça s'est passé comment alors ? Parce qu'au début en fait donc le patron a fait une demande, enfin l'entreprise a fait une demande pour que ce soit reconnu comme maladie professionnelle ?

¹⁴² Dans le cas précis, les prestations versées par l'assurance d'indemnités journalières pour les incapacités de travail et les prestations versées par la caisse de pension pour les cas d'invalidité ont entraîné une augmentation considérable des primes et cotisations. Selon un entretien mené avec la direction, les primes pour l'assurance d'indemnités journalières, entièrement à charge de l'employeur dans cette entreprise, ont passé de 3% à près de 6% des salaires. Les cotisations à la caisse de pensions auraient augmenté d'1% pour l'employeur et 1% pour les employés.

- 428 D **parce qu'au début ouais donc moi j'avais fait la demande pour que ce soit maladie professionnelle** [[hein auprès des médecins]]
- 429 IP [[c'est vous qui]] avez fait ? ou c'est le- [[enfin c'est le patron qui vous a]]
- 430 D [[ben c'est- c'est]]
- 431 IP demandé de faire ou
- 432 D non non au départ, **au départ c'est nous. Au départ comment dire maladie professionnelle bon c'est le médecin**
- 433 IP ouais. Ouais c'est le médecin en fait qui fait ça
- 434 D le médecin qui l'a fait. Après j'ai reçu une lettre donc en me disant que non, que c'était refusé

Danielle contredit ici la supposition selon laquelle l'entreprise a déclaré son cas. Elle raconte que c'est elle-même (tour 428 : « moi j'avais fait la demande pour que ce soit maladie professionnelle ») et/ou son médecin (tour 432 « au départ [...] c'est le médecin ») qui ont initié la déclaration. Sur la base des informations disponibles, il est impossible de trancher entre ces versions. Les propos de Danielle sont toutefois l'occasion de souligner le rôle clé joué par les médecins traitants. En effet, même lorsqu'ils ne sont pas à l'origine de la déclaration, ils sont rapidement sollicités par l'assurance-accidents pour fournir des rapports médicaux qui ont un impact majeur sur la suite de la procédure.

L'existence d'une démarche syndicale

Dans le cas d'Irène, le syndicat joue un rôle déterminant pour la déclaration. Irène a travaillé pour la gainerie *L'Ecrin*, dans laquelle plusieurs cas ont déjà été déclarés. Elle raconte que c'est la permanente syndicale qui lui a proposé de déclarer son cas.

Extrait 47 : Irène (gainerie, 1)

- 140 IP donc toi tu as pas eu du tout des démarches pour faire reconnaître comme maladie professionnelle
- 141 I euh oui j'ai rempli à Suva
- 142 IP ah si ?
- 143 I oui oui
- 144 IP pour le dos ou bien pour le canal carpien aussi ?
- 145 I pour le canal carpien c'était seulement
- 146 IP ah ouais
- 147 I ouais, **c'est Sonia (permanente syndicale) qui m'a dit**. On a fait une lettre-
Moi je savais pas. Elle m'a dit « c'est pas pour avoir l'argent ou quelque

chose, mais au moins pour essayer de faire voir à cette assurance ce qu'on arrive avec le travail qu'on a. » Donc j'ai- on a écrit une lettre à Madame Z (cheffe du personnel). Elle était gentille. Elle m'a dit « oui pas de problème » alors on a rempli

Dans le cas d'Irène, l'appartenance au syndicat fournit non seulement des moyens d'action (savoir qu'il est possible de déclarer, faire une lettre), mais permet aussi une élaboration des motifs de l'action. Irène adhère à l'objectif défini par la permanente syndicale, qui n'est pas d'obtenir des prestations pour elle-même, mais de soutenir une démarche collective pour la reconnaissance des problèmes de santé dus au travail. Au-delà de la simple solidarité avec ses collègues, il s'agit pour elle de rendre visibles les problèmes de santé causés par le travail, afin d'améliorer les conditions de travail à l'avenir. Comme elle le souligne plus tard, « moi je le fais pour ceux qui viennent derrière moi ». A travers l'élaboration des motifs de déclaration, le sens de la maladie est affecté. D'expérience individuelle, elle devient expérience collective donnant lieu à une revendication de reconnaissance que l'on pourrait, à la suite d'Emmanuel Renault (2004a), qualifier de politique.

Les enjeux perçus

La perception des enjeux liés à la reconnaissance joue aussi un rôle dans la déclaration des maladies. Toutefois, étant donné que l'initiative de la déclaration revient rarement aux ouvrières, la perception d'enjeux semble surtout jouer un rôle pour l'adhésion à la procédure et la poursuite des démarches. En tenant compte de ces deux aspects, on peut distinguer trois grands enjeux. Le premier concerne les prestations des assurances sociales. Certaines personnes comme Anne soulignent que ces prestations sont plus favorables en cas de maladie professionnelle qu'en cas de maladie ordinaire.

Extrait 48 : Anne (gainerie, 2)

226 A c'est-à-dire que si c'est comme maladie professionnelle, ça fait partie comme maladie accident, si tu veux, presque. Alors ça veut dire que par exemple, tu vas chez le médecin, tu paies pas les 10%. La pharmacie, c'est tout payé à

100%. Tu vois le problème ? Et même le gain, ton revenu, c'est à 100%¹⁴³.
C'est plus si tu veux

227 IP ouais

228 A mais comme maladie

229 IP donc pour vous ça aurait fait une vraie différence [[sur le plan financier]]

230 A [[ah bien sûr, si si]] bien sûr

On peut noter au passage qu'Anne s'appuie sur la catégorie d'accident pour interpréter la signification de la catégorie de maladie professionnelle : « ça fait partie comme maladie accident ».

Un deuxième enjeu, évoqué notamment par Danielle, concerne la transformation du travail pour éviter la survenue de nouvelles maladies.

Extrait 49 : Danielle (gainerie, 2)

267 IP puis dans votre cas, ça aurait changé quoi que ce soit reconnu comme maladie professionnelle, ou ça changerait quoi, dans l'espoir où ce soit reconnu

268 D ben disons que ce soit reconnu quand même quoi, parce que c'est une maladie donc que ce soit reconnu quoi

269 IP ouais. Plutôt dans l'idée-

270 D XX c'est une maladie que voilà. Et puis essayer déjà aussi- bon ben nous c'est trop tard aussi, déjà du fait qu'on l'a, on l'a, hein. Mais disons que peut-être de prévenir d'autres personnes, en faisant attention à ci, à ça, pas faire des- essayer peut-être d'avertir

Danielle avance l'idée qu'une reconnaissance permettrait d'avertir d'autres ouvrières des risques encourus, afin qu'elles transforment leur manière de travailler. Plusieurs autres personnes (notamment Irène, voir ci-dessus p. 234) vont dans le même sens, soulignant que la reconnaissance serait utile avant tout à d'autres personnes, encore en emploi, parce qu'elle favoriserait la prévention.

¹⁴³ Les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire sont de 80% du gain assuré. Toutefois, il est possible que l'employeur ait conclu une assurance-accidents complémentaire pour les 20% restant, ce qui expliquerait cette référence à un « revenu à 100% ». Par ailleurs, les indemnités journalières de l'assurance-accidents ne sont pas limitées dans le temps, contrairement aux indemnités maladie. Elles auraient donc représenté un avantage considérable pour Anne en attendant l'octroi d'une rente d'invalidité.

Un troisième enjeu est plus symbolique, de l'ordre de la reconnaissance. Il est thématiqué dans l'Extrait 49 ci-dessus, au tour 268 lorsque Danielle répond « ben disons que ce soit reconnu quand même quoi, parce que c'est une maladie donc que ce soit reconnu quoi ». Ce qui à première vue est une tautologie – si les TMS étaient reconnus comme maladie professionnelle, cela permettrait que ce soit reconnu – peut, à la lumière d'autres discours tenus dans les entretiens, être compris comme une demande qu'autrui (des institutions, des personnes, plus largement la société) reconnaisse la pénibilité du travail effectué et accorde un statut aux ouvrières victimes de lésions dues au travail. C'est alors une question d'identité sociale qui se dessine derrière la revendication de reconnaissance de la maladie.

8.5.3 Le travail de trajectoire et ses conséquences

Des représentations de la catégorie de maladie professionnelle, de ses enjeux et des procédures sont nécessaires pour initier une déclaration de maladie professionnelle. Parfois, les discours d'autrui, tenus dans des contextes formels (consultation médicale, rencontre syndicale, entretien avec la direction, notamment) ou plus informels (entre collègues notamment), sont des ressources pour élaborer ces représentations. Dans d'autres cas, la déclaration est initiée par des tiers, par exemple l'employeur ou l'assurance d'indemnités journalières. Comme on le verra plus loin, c'est alors le fait d'être pris dans une activité collective qui permet d'élaborer le sens de la déclaration de maladie professionnelle et par là même de transformer le sens de la maladie.

Les obstacles à la déclaration (et la rareté des circonstances la favorisant) restreignent le nombre de déclarations. Même lorsque des déclarations ont lieu, elles sont souvent très tardives. La déclaration et l'éventuelle reconnaissance ne sont alors plus des appuis pour transformer les conditions de travail de la personne concernée, mais ne peuvent viser que des prestations d'assurances sociales, une reconnaissance du statut de victime du travail ou éventuellement une transformation du travail pour d'autres personnes. Par ailleurs, les obstacles à la déclaration signifient aussi que de nombreux cas de TMS n'apparaissent jamais, du point de vue des assurances sociales, comme des cas de maladies professionnelles. Cela contribue à construire socialement les TMS comme des problèmes de santé personnels, et non comme des problèmes sociaux découlant des conditions de travail.

8.6 Faire reconnaître une maladie professionnelle

Comme dernier point de l'étude des trajectoires, je considérerai la procédure de reconnaissance des cas déclarés à l'assurance-accidents. Au moment du dernier entretien, les procédures d'Anne, Coralie, Danielle et Evelyne sont toujours ouvertes, celle de Barbara s'est terminée sur une décision négative, alors qu'Irène, qui dit avoir annoncé la maladie par solidarité avec ses collègues, n'a aucune nouvelle de l'assurance-accidents depuis la déclaration (par conséquent, son cas sera laissé de côté dans ce qui suit). Les récits des ouvrières dévoilent une procédure difficile à comprendre pour les personnes concernées, si bien qu'il est aussi difficile de reconstituer la chronologie des événements. C'est pourquoi je m'intéresserai moins au déroulement exact de la procédure qu'aux difficultés rencontrées, aux sentiments d'injustice qu'elle peut susciter et à la manière dont les ouvrières y font face.

8.6.1 Les difficultés de la procédure

Les entretiens permettent d'identifier quatre difficultés principales auxquelles se heurtent les ouvrières : la faible maîtrise sur la procédure, la lassitude face à sa longueur, les sentiments d'injustice par rapport à l'instruction des cas et les sentiments d'injustice par rapport aux décisions de l'assurance-accidents.

La faible maîtrise sur la procédure

Lors de la déclaration de maladie professionnelle et au début de l'instruction, les personnes concernées ne connaissent ni les critères de reconnaissance, ni les règles et le déroulement de la procédure. Elles n'ont par ailleurs souvent qu'une idée vague des enjeux d'une éventuelle reconnaissance et confondent parfois cette démarche avec celle auprès d'autres assurances sociales (notamment l'AI)¹⁴⁴. Les informations à disposition

¹⁴⁴ Ce problème n'est pas propre à la procédure de maladie professionnelle, mais concerne aussi les procédures en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité. Il est peut-être plus aigu dans le cas des maladies professionnelles, parce que ce cas est plus rare, si bien que les personnes concernées ou leur entourage ont encore moins de connaissances sur la procédure. Globalement, il faut souligner que le caractère éclaté du système de protection sociale, avec plusieurs types d'assurances (notamment

(entretiens, mais aussi documents fournis par les ouvrières, séances du groupe syndical et contacts avec divers acteurs) permettent de reconstituer en partie le déroulement de la procédure. Ainsi, la direction de *l'Ecrin* fait les déclarations de maladie professionnelle entre 2002 et 2003 sur conseil de l'assurance d'indemnités journalières maladie ; les médecins traitants remplissent les rapports médicaux pour l'assurance ; l'assurance-accidents mène une enquête auprès des ouvrières et dans l'entreprise ; elle rend une décision négative ; l'assurance d'indemnités journalières et certaines ouvrières y font opposition ; l'entreprise et l'assurance d'indemnités journalières organisent une contre-expertise ; l'employeur demande aux ergonomes qui interviennent dans l'entreprise pour la mise en œuvre de la directive MSST de procéder à des investigations ergonomiques et épidémiologiques ; celles-ci mettent en évidence plusieurs facteurs de risque de TMS (angulation des articulations des membres supérieurs, force pour tendre les peaux sur les boîtes, répétitivité) et montrent que l'ancienneté au poste, donc l'exposition, joue un rôle plus important que l'âge (un « facteur personnel ») dans la survenue des troubles ; l'assurance-accidents conteste ces conclusions et mandate ses experts pour une nouvelle visite dans l'entreprise ; elle confirme le refus de prise en charge ; trois des ouvrières, soutenues par l'avocat du syndicat font recours au tribunal cantonal des assurances. Ce dernier ordonne une expertise judiciaire, qui n'a pas encore été effectuée au début 2012.

Cet aperçu permet de souligner, d'une part que la procédure est complexe, d'autre part que plusieurs acteurs institutionnels y prennent des initiatives alors que les personnes concernées ont un rôle plutôt passif. Cela a pour conséquence que les ouvrières ont de la peine à anticiper et avoir une maîtrise des événements. Par exemple, Coralie relève : « je sais même pas quand on passe en jugement nous, avec l'assurance N, j'ai aucune idée ». En outre part, leur faible compréhension des procédures mine leur capacité à défendre leurs droits. Par exemple, Barbara rapporte qu'elle n'a pas fait opposition à la décision négative de l'assurance-accidents parce qu'elle avait repris le travail au moment où elle est arrivée. Or, du point de vue du droit, la reprise du travail ne l'aurait absolument pas empêchée de poursuivre la procédure pour faire valoir une maladie professionnelle.

assurance-maladie, assurance d'indemnités journalières, AI, assurance-accidents, caisse de pension) fait qu'il est très difficile de s'y retrouver.

La lassitude induite par la longueur de la procédure

Une deuxième difficulté concerne la longueur de la procédure. Celle entamée à l'*Ecrin* est particulièrement lente : à chaque étape (déclaration, opposition, puis retrait exceptionnel des décisions, nouvelles décisions, oppositions, décisions sur opposition), l'instruction prend plusieurs mois, si bien que les décisions finales de l'assurance-accidents n'ont lieu que six à sept ans après les déclarations!¹⁴⁵ Le temps qui passe provoque un certain découragement chez les personnes concernées. Par exemple, lors du second entretien, qui a lieu quatre ans après l'annonce initiale de la maladie professionnelle, Evelyne exprime sa désillusion : « maintenant ça traîne trop, on n'y croit plus » et un certain ras-le-bol : « moi je suis blasée là c'est bon, hein [...] Là j'avais mes papiers à ranger, je sais même pas comment- ça me fait chier de les ranger ». Cela pourrait conduire les ouvrières à se désinvestir totalement de la procédure si elles n'étaient pas soutenues, en particulier par le syndicat.

Les sentiments d'injustice par rapport à l'instruction

Une troisième difficulté concerne les sentiments d'injustice face à l'instruction des cas. Par exemple, Evelyne estime que l'inspecteur de la Suva n'a pas évalué correctement la pénibilité de son travail.

Extrait 50 : Evelyne (gainerie, 1)

- 501 E donc je suis allée à deux heures bon. Et puis déjà d'entrée il (l'inspecteur de la Suva) me fait « oui **de toute façon, vous n'aurez pas la Suva**, point ». Je le regarde, je dis « ben pourquoi on fait tous ces papiers alors ». « Ah parce que l'assurance N (d'indemnités journalières) a demandé de faire un rapport, pour dire que vraiment c'est pas euh maladie professionnelle ». Et c'est tout, parce la Suva veut pas payer, l'assurance N veut pas payer, alors franchement, ils se sont bagarrés. Et puis donc on a dit tout ça, tout ce qu'on faisait et tout. Ça a duré quoi ? Ça a duré deux heures [...]
- 502 IP vous lui avez décrit surtout votre travail en fait
- 503 E oui voilà, ouais. Ouais, j'ai décrit quand je collais et tout, mais alors **il m'a demandé sur un écrin seulement**, mais lui je lui ai dit « attendez là, nous on

¹⁴⁵ L'histoire n'est pas terminée car les ouvrières, soutenues par le syndicat et l'assurance d'indemnités journalières, font recours contre les décisions négatives au Tribunal cantonal des assurances.

fait tout, on fait tous les gros écrins, les trucs lourds et tout ». **Et il a pris la base sur un écrin. Puis sur un petit écrin de riquiqui.** Ouais. Alors franchement euh non. C'est tout l'ensemble qu'il faut faire, c'est vrai

Evelyne soupçonne l'inspecteur de la Suva d'avoir eu un a priori négatif¹⁴⁶ et suggère qu'elle n'a pas eu droit à une instruction équitable de son cas. D'autres personnes expriment aussi de tels sentiments d'injustice concernant la procédure. Par exemple, Coralie estime qu'on ne lui a pas donné le temps de lire le rapport avant de le signer : « on lit pas un dossier de trois pages [...] en cinq minutes puis vous devez le signer ». Anne estime au contraire que l'inspecteur de l'assurance a été très correct lors de l'entretien, mais n'a pas tenu sa promesse par la suite.

Extrait 51 : Anne (gainerie, 1)

329 A il m'a dit que c'est vrai que dans mon cas, c'était encore plus que dans les autres. Et il m'a dit, « oui je vais essayer de- », mais apparemment il a rien fait non plus, hein

Anne attribue la décision négative au fait que l'inspecteur n'aurait pas fait les démarches nécessaires pour la reconnaissance. Plusieurs ouvrières tendent à attribuer les décisions négatives au représentant de l'assurance, en particulier à sa manière d'instruire les cas, alors que ces décisions dépendent essentiellement du cadre légal et de la politique générale de reconnaissance de l'assurance. Les ouvrières font ainsi état de sentiments d'injustice face une procédure qu'elles jugent inéquitable. Toutefois, ce type de sentiments n'est peut-être pas à envisager uniquement sous un angle négatif, car il s'agit également d'un moteur pour s'investir dans des démarches, individuelles ou collectives, afin de faire valoir des droits.

¹⁴⁶ De manière très libre et interprétative, on peut proposer une autre hypothèse concernant l'affirmation selon laquelle l'inspecteur aurait dit que le cas serait refusé. Il est possible qu'il ait tenté de mettre en garde Evelyne contre des attentes trop fortes à l'égard d'une reconnaissance, attentes qui étant donné les critères légaux très stricts (et la pratique restrictive des assurances-accidents) avaient peu de chances d'être satisfaites. Dans tous les cas, ce n'est pas ainsi qu'Evelyne interprète ses remarques, mais bien comme le signe que les dés sont pipés.

8.6.2 Les sentiments d'injustice par rapport aux décisions

Les personnes concernées expriment toutes des sentiments d'injustice face aux décisions négatives de la Suva, comme Barbara dans cet extrait du second entretien :

Extrait 52 : Barbara (gainerie, 2)

- 104 B je n'accuse rien, mais je peux- la seule chose que j'accuse, c'est la Suva. Parce qu'ils m'ont- Moi j'ai la lettre de la Suva, j'ai tout gardé, tous les documents. Quand je leur ai signalé que je n'allais pas bien, la Suva m'a pris tout de suite et il m'a gardé- le monsieur qui m'a gardé (l'inspecteur de l'assurance), d'ailleurs je ne l'aime pas du tout, et si je le vois un jour en face de moi, je lui le dirai, parce qu'ils sont je crois avec le syndicat et *L'Ecrin*, je crois au tribunal, hein
- 105 IP mhm
- 106 B il m'a parlé pendant 2 heures et demie, je lui ai dit toute la vérité et il m'envoie un rapport comme quoi ce n'est pas une maladie professionnelle. Pour moi, c'est une maladie professionnelle. Les rhumatismes, j'accepte. Ma mère elle était- c'est génétique. Mais pas l'arthrose
- 107 IP OK, d'accord
- 108 B ça c'est les mains, pourquoi je n'ai pas l'arthrose dans mon corps

Trois ans après la décision négative de la Suva, Barbara se montre toujours révoltée face à l'absence de reconnaissance de son arthrose aux pouces comme maladie professionnelle. Elle présente des arguments en faveur de l'origine professionnelle des troubles, soulignant que l'arthrose est une maladie différente des rhumatismes (qui seraient génétiques), comme le prouve le fait qu'elle n'est atteinte qu'aux mains et non dans son corps.

Toutes les ouvrières concernées revendiquent ainsi clairement une reconnaissance de leurs TMS comme maladies professionnelles et estiment injuste de ne pas obtenir cette reconnaissance. Elles expriment parfois de la révolte, mais pas d'amertume par rapport aux décisions négatives¹⁴⁷. Les mises en garde que certaines disent avoir reçues du syndicat et des médecins semblent avoir joué un rôle. Comprenant que les chances de reconnaissance étaient faibles, les ouvrières n'y ont pas placé de trop grands espoirs.

¹⁴⁷ Par contraste, Coralie et Evelyne expriment une très grande déception par rapport aux décisions de l'AI (négative pour Evelyne, seulement un quart de rente pour Coralie).

Comme je l'ai déjà souligné concernant l'instruction des cas, les sentiments d'injustice ne sont pas forcément vécus sur le mode du découragement et de la rancœur, mais peuvent dans certaines circonstances constituer un moteur pour l'action et donc pour transformer les conditions existantes.

8.6.3 Faire face aux difficultés de la procédure

Comment les ouvrières se situent-elles dans une procédure qu'elles n'ont pas initiée et comment affrontent-elles ses difficultés ?

S'approprier la procédure

Plusieurs indices montrent que les ouvrières s'approprient peu à peu la procédure de reconnaissance. Tout d'abord, certaines d'entre elles interviennent directement dans la procédure. Par exemple, Evelyne écrit une lettre à la Suva pour contester le rapport rédigé par l'inspecteur, alors que Danielle fait opposition de son propre chef à la décision négative. En outre, cette appropriation apparaît à travers la participation aux séances du groupe syndical et la collaboration active avec la syndicaliste et l'avocat mandaté par le syndicat. Enfin, l'appropriation se manifeste à travers la connaissance du contexte et l'appréhension des enjeux, ainsi que les arguments avancés pour revendiquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle. J'en donnerai quelques exemples illustratifs. Ainsi, Coralie démontre des connaissances concernant la manière dont le syndrome du canal carpien est traité dans différents contextes nationaux.

Extrait 53 : Coralie (gainerie, 1)

- 349 C et puis alors la Suva, elle veut rien savoir, mais je le regrette, hein ça a été une maladie professionnelle.
- 350 IP ouais
- 351 C mais bon **en Suisse ça n'existe pas**, il paraît
- 352 IP mhm
- 353 C donc comme elle nous a dit Sonia (permanente du syndicat), ben **dans toute l'Europe, c'est pris en charge**.
- 354 IP mhm
- 355 C puis en Suisse non

Coralie s'appuie ici sur les informations transmises par la secrétaire syndicale pour replacer son propre cas dans un contexte plus général (« en Suisse ça n'existe pas ») et

pour avancer un argument en faveur de la reconnaissance, le fait que ce soit pris en charge « dans toute l'Europe ». Cette compréhension est importante pour lui permettre de dépasser l'hypothèse qu'elle est victime d'un inspecteur mal intentionné (avec le risque de s'enfermer dans un statut de victime) et donner une portée plus politique à sa démarche auprès de l'assurance-accidents.

En ce qui concerne les enjeux, plusieurs personnes ne les connaissaient pas avant d'être prises dans une telle procédure. Par exemple, c'est en cours de route que Coralie découvre les avantages qu'il y aurait à faire reconnaître une maladie professionnelle.

Extrait 54 : Coralie (gainerie, 2)

405 C moi Madame Z, la cheffe du personnel de *l'Ecrin*, elle m'a dit que c'était mieux en maladie professionnelle, à la Suva, parce que pour la retraite on était mieux rémunéré qu'en maladie normale. Voilà. C'est là que je l'ai su après

Coralie met ici en évidence le rôle de la cheffe du personnel pour comprendre certains bénéfices d'une reconnaissance, en l'occurrence le fait que les rentes d'invalidité de l'assurance-accidents continuent à être versées après l'âge de la retraite. Par ailleurs, les ouvrières élaborent aussi des interprétations sur les raisons pour lesquelles leur maladie n'est pas reconnue :

Extrait 55 : Barbara (gainerie, 1)

309 B C'est vrai, la Suva elle est- Justement hier, j'avais mon généraliste et il m'a dit « il faut tenir bon parce qu'ils sont- » Il dit « ils ne veulent pas payer, c'est toujours les syndicats- le syndicat qui paie, c'est la perte de gain qui paie, c'est votre assurance O qui paie ». C'est vrai, mon assurance-maladie c'est l'assurance O. [...] Depuis deux ans, elle est en train de me payer les médicaments, la piscine et jusqu'où elle ira cette assurance O ? C'est pas dommage ?

Ici Barbara se base sur les propos de son médecin pour comprendre le refus de la Suva de reconnaître sa rhizarthrose comme maladie professionnelle. Cela lui permet d'interpréter ce refus comme une question d'intérêts financiers, donc comme un problème structurel et non une mauvaise volonté de l'inspecteur dirigée contre elle en tant qu'individu. En même temps, les propos du médecin lui permettent d'élaborer un argument pour la reconnaissance, celui d'une répartition plus juste des coûts engendrés par les TMS entre les assurances sociales.

Les ressources pour faire face aux difficultés

Les ouvrières trouvent donc les moyens de gagner une certaine maîtrise sur une procédure complexe qu'elles n'ont pas initiée, en s'appuyant en particulier sur les informations que leur fournissent d'autres acteurs de la procédure comme la syndicaliste, la cheffe du personnel ou le médecin traitant. Comment font-elles face aux autres difficultés citées plus haut, c'est-à-dire à la longueur de la procédure et aux sentiments d'être victimes d'une injustice ?

Les rencontres du groupe syndical, et plus largement le syndicat, jouent un rôle fondamental pour soutenir les ouvrières et leur éviter de trop se décourager devant la longueur de la procédure, voire de l'abandonner en cours de route¹⁴⁸. Elles contribuent aussi à éviter que les sentiments d'injustice ne tournent au ressentiment, que Clot définit à la suite de Le Guillant (1963/2006) comme une « comptabilité du donné et du reçu » qui « s'inscrit dans la dramaturgie subjective d'une impuissance à agir » (Clot, 2008, p. 63). Les conséquences délétères du ressentiment sur la santé psychique sont décrites par Le Guillant (1963/2006) dans son étude sur la condition des domestiques. C'est également le ressentiment qui me semble caractériser l'expérience des patientes souffrant de *RSI* interrogées par Reid, Ewan et Lowy (Reid, et al., 1991), lorsque leur quête de reconnaissance s'avère un échec et qu'elles sont plongées dans des ruminations sur leur sort qui ne font qu'accentuer leurs douleurs physiques et leur souffrance psychique. Dans le cas qui m'intéresse, je soutiendrai que la démarche collective contribue à écarter le risque du ressentiment, en développant les motifs de la reconnaissance dans deux directions. D'une part, les ouvrières disent que leur objectif est de faire reconnaître les TMS pour les autres, et non pour elles-mêmes. Elles affirment par exemple, « si on se bat ce sera pour l'avenir des autres personnes » (Coralie)

¹⁴⁸ Je n'ai pas la place de décrire ici en détail cette démarche. Il faudrait en particulier relever les difficultés auxquelles se heurte ce groupe syndical. D'une part, la participation est irrégulière. D'autre part, des problématiques individuelles (par exemple, les démarches auprès de l'AI) prennent beaucoup de place et tendent à faire « dévier » les échanges du thème de la reconnaissance des maladies professionnelles et de la construction d'une campagne sur ce thème. Toutefois, c'est peut-être aussi cette attention aux problèmes très concrets et immédiats de chacune qui leur permet d'adhérer à la démarche collective.

ou « ce ne sera pas pour qu'on m'indemnise [...], mais pour que ça soit bien pris en charge, les autres, les jeunes qui travaillent aujourd'hui » (Barbara). D'autre part, la procédure devient un moyen de rendre visibles les atteintes dues au travail et de revendiquer la mise en place de mesures de prévention. Les résultats mêmes de la procédure perdent ainsi de leur importance au profit de nouveaux objectifs. Par exemple, Anne est associée à la préparation d'une journée de cours syndical sur les TMS, lors de laquelle elle présente son expérience, Barbara est interviewée dans le journal syndical où elle souligne la nécessité d'agir collectivement pour réduire la pénibilité du travail. Le développement de ces motifs permet de s'engager activement dans la procédure tout en évitant une trop grande déception par rapport aux décisions négatives. Pour reprendre les termes de Renault (2004a, p. 36), cette dynamique conduit « d'une expérience négative à la possibilité d'une action revendicative dirigée contre les conditions de cette expérience négative ». La procédure prend ainsi un sens politique : elle ne vise plus tant l'accès à des prestations et la reconnaissance individuelle des torts subis qu'une reconnaissance générale de la pénibilité du travail et une transformation des conditions de travail. Or, c'est justement cette transformation qui me semble jouer un rôle essentiel pour conjurer le risque du ressentiment.

Au-delà du groupe syndical, les ouvrières bénéficient d'autres appuis. Trois ouvrières sont défendues par l'avocat du syndicat et une autre par l'avocat de l'assurance d'indemnités journalières. Les frais d'avocat sont donc assumés par des tiers, ce qui est déterminant pour poursuivre la procédure, notamment pour recourir au Tribunal cantonal des assurances. Dans le cas de l'avocat mandaté par le syndicat, la collaboration avec les permanentes du syndicat permet en outre d'associer les ouvrières à la procédure, et donc non seulement de leur donner un rôle plus actif, mais aussi d'amener des éléments pertinents au dossier (par exemple, reconstitution des parcours professionnels et de santé, rapports médicaux obtenus auprès des médecins traitants). Par ailleurs, certains médecins traitants et la direction de l'entreprise jouent un rôle de soutien en confortant les ouvrières dans la légitimité de la procédure et dans leur détermination à faire valoir leurs droits.

8.6.4 Le travail de trajectoire et ses conséquences

Les ouvrières tirent parti de plusieurs ressources pour maîtriser la procédure et surmonter ses difficultés. D'une part, leur compréhension de la procédure est médiatisée par la manière dont elles s'approprient les discours de divers acteurs (assurance-accidents, syndicalistes, avocats, membres de la direction de l'entreprise, médecins traitants, collègues, etc.). En fonction de ces informations, elles donnent un sens aux événements et élaborent de nouveaux motifs d'action. D'autre part, leur capacité à agir sur la procédure dépend beaucoup (mais pas uniquement comme le montrent des initiatives individuelles : opposition, rédaction de compléments au rapport, etc.) de leur participation à des activités collectives, en particulier par le biais du syndicat : participation au groupe syndical, collaboration avec la permanente et l'avocat pour les démarches d'opposition et de recours.

Les actions des ouvrières ont plusieurs effets sur les trajectoires. Au niveau du déroulement de la procédure, l'appropriation de la démarche par les ouvrières joue un rôle important pour éviter qu'elles ne l'abandonnent en cours de route et pour améliorer la qualité des éléments fournis dans les oppositions et les recours. A un niveau psychologique, la démarche collective du syndicat permet aux ouvrières d'attribuer des enjeux politiques à la procédure et de s'y engager « pour l'avenir des autres personnes », plutôt que pour y faire reconnaître leur propre souffrance à un niveau individuel. Je fais l'hypothèse que cela joue un rôle clé pour leur éviter de s'enfermer dans un rôle de victime, dont les effets négatifs sur la santé et le pouvoir d'agir sont mis en évidence dans la littérature (Reid, et al., 1991).

La tentative de faire reconnaître certains TMS comme maladies professionnelles contribue à les construire comme un problème social plutôt que comme un problème individuel. Au-delà de la procédure à proprement parler, le groupe syndical développe des actions pour rendre public le thème des TMS liés au travail, en particulier auprès des membres du syndicat (cours, journal, réunions du syndicat et assemblées d'entreprise). Cela peut avoir un effet en retour sur la manière dont les ouvrières en emploi abordent la question des TMS dans leurs entreprises. A titre d'exemple, j'ai assisté à une assemblée du personnel de la gainerie *L'Ecrin* où les participantes discutaient une décision de la direction de modifier l'organisation des pauses pour les

ouvrières travaillant à la chaîne. La direction voulait supprimer les pauses régulières (cinq minutes par heure) pour instaurer des pauses en fonction de la production, au moment du changement de palette. Plusieurs ouvrières présentes à l'assemblée ont relevé que cette façon de faire risquait justement de favoriser les TMS parce qu'elle revenait à supprimer des moments de relaxation et à augmenter la pression sur les rythmes. En particulier, ce changement ne tenait pas compte des inévitables aléas de la production, qui allaient induire encore plus de tensions dès lors que la pause dépendait du nombre de pièces réalisées. De manière intéressante, quelqu'un a alors invoqué la procédure de reconnaissance en cours dans l'entreprise pour souligner le lien existant entre l'organisation du travail et les TMS.

8.7 Synthèse

Ce chapitre a analysé le travail effectué lors de six points de trajectoires sous l'angle des actions menées par les ouvrières, une perspective qui découle du type de données recueillies. Il s'agit donc d'un tableau partiel qui est loin de retracer l'ensemble du travail de trajectoire accompli par tous les acteurs. Il apporte toutefois des éclairages sur quelques problèmes rencontrés au cours des trajectoires, la manière d'y faire face et les conséquences des actions menées, voire de celles qui sont empêchées (Clot, 1999b, p. 185; 2010, chap. 2).

8.7.1 Les problèmes rencontrés et la manière d'y faire face

Je reprendrai tout d'abord les problèmes soulevés par chaque point de trajectoire, et résumerai quelles sont les circonstances et les actions qui permettent aux ouvrières d'avoir une maîtrise sur leur trajectoire ou qui au contraire ont des effets négatifs, notamment sur la santé, l'emploi et la reconnaissance par les assurances sociales.

Le premier point concerne la consultation d'un médecin. La plupart des trajectoires laissent apparaître un « retard aux soins » qui peut avoir des effets négatifs sur la santé. Des normes sociales concernant la pénibilité inévitable du travail ouvrier et la valorisation d'une attitude stoïque face aux douleurs peuvent jouer un rôle dans ce retard. La crainte d'un arrêt de travail, liée à la crainte de perdre son emploi, apparaît également comme une raison de ne pas consulter.

Le deuxième point concerne le diagnostic et le traitement des troubles. Lorsque la maladie se laisse facilement diagnostiquer et traiter, les ouvrières ont un rôle plutôt passif par rapport à celui des médecins. En revanche, lorsque la maladie résiste, les patientes prennent un rôle plus actif, pour chercher des explications et moyens d'agir, consulter des spécialistes et articuler les interventions de différents acteurs (médecins mais aussi assurances par exemple). Les diagnostics incertains ou contestés affectent négativement la santé, par plusieurs biais : ils entravent les traitements (voire conduisent à des traitements inappropriés qui accroissent les douleurs) ; l'absence de statut de malade menace la crédibilité et l'intégrité morale de la personne et donc sa possibilité de reconstruire une identité positive ou d'obtenir du soutien de ses proches ; les difficultés de reconnaissance par les assurances sociales et l'incertitude concernant l'avenir peuvent entraîner des situations angoissantes qui contribuent à leur tour à dégrader l'état de santé.

Le troisième point concerne l'arrêt de travail. Les analyses montrent que plusieurs personnes ne suivent pas les prescriptions ou conseils médicaux concernant les arrêts de travail, notamment parce qu'elles craignent de perdre leur emploi ou parce qu'elles considèrent le travail comme une valeur morale. Le fait de différer un arrêt de travail peut retarder la mise en place de traitements adéquats ou prolonger l'exposition à des facteurs professionnels, et ainsi contribuer à une dégradation de l'état de santé.

Le quatrième point, concernant l'adaptation du travail, a été traité uniquement sous l'angle des transformations importantes et durables des conditions de travail. Cette limite mérite d'être soulignée car de nombreuses personnes expliquent qu'elles adaptent leurs gestes pour tenter de préserver leur santé sans toutefois pouvoir agir sur les moyens ou l'organisation du travail. Les deux cas étudiés, ceux de Fabienne et Hélène, montrent que la possibilité d'adapter le travail repose sur des conditions particulières : une négociation collective dans une entreprise ouverte aux questions de prévention dans le cas de Fabienne, une négociation personnelle favorisée par son expertise professionnelle dans le cas d'Hélène. Dans les deux cas, les actions des ouvrières permettent non seulement d'améliorer leurs conditions de travail, mais aussi d'élargir leurs compétences et motifs d'action.

Le cinquième point concerne la déclaration des TMS comme maladies professionnelles. Plusieurs éléments font obstacle à la déclaration : absence de connaissance sur la catégorie et les procédures, absence d'enjeux perçus, la crainte de conflit avec l'employeur, l'évaluation des médecins, faibles chances de la procédure. Les circonstances favorisant la déclaration sont rares (implication de l'employeur, démarche syndicale, enjeux perçus) alors que d'autres sont probablement plus fréquentes, mais ne suffisent pas (caractère chronique des troubles, soutien des médecins). L'absence de déclaration prive ainsi nombre d'ouvrières d'une possibilité de revendiquer des prestations d'assurances.

Enfin, le sixième point concerne les procédures de reconnaissance d'une maladie professionnelle. Seules les trajectoires des cinq ouvrières activement engagées dans une telle procédure ont été analysées. Ces ouvrières rencontrent des difficultés lors de la procédure, mais elles parviennent, notamment grâce à une démarche collective, à les surmonter et à conférer un sens positif à une procédure qui sans cela pourrait s'avérer délétère.

8.7.2 Un travail de trajectoire qui peine à remettre en question la personnalisation des TMS

En Suisse, les TMS tendent à être considérés comme des problèmes personnels plutôt que professionnels. Ils sont rarement reconnus comme maladies professionnelles (chapitres 4 et 5) et les personnes interrogées mentionnent très peu de mesures de prévention en entreprise (chapitre 7). Les analyses des trajectoires montrent que cet ordre social n'est pas seulement produit par les institutions (les critères légaux de reconnaissance des maladies professionnelles et les assurances-accidents), ni d'ailleurs seulement par les acteurs institutionnels qui font fonctionner concrètement les institutions en interprétant les règles. Il dépend aussi de la manière dont d'autres acteurs, parmi lesquels les ouvrières, font perdurer ou mettent en question les définitions et pratiques dominantes. Par exemple, on pourrait imaginer que si les ouvrières déclaraient systématiquement des maladies professionnelles, faisaient campagne pour les faire reconnaître et trouvaient les moyens de s'attaquer aux problèmes de santé au travail dans les entreprises, un changement pourrait intervenir dans la prise en charge de ces maladies. Pourquoi n'est-ce pas le cas ? Il se peut que

certaines ouvrières ne perçoivent elles-mêmes pas les TMS comme un problème de santé causé par le travail, mais comme je le montrerai au chapitre suivant, la plupart des personnes que j'ai interrogées estiment au contraire que leur maladie est due aux conditions de travail.

A partir des analyses, on peut mettre en évidence quatre types d'obstacles qui empêchent les ouvrières de thématiser les TMS comme maladies professionnelles et d'agir en conséquence. Les analyses montrent tout d'abord que les actions des ouvrières sont médiatisées par des représentations partagées, des normes et valeurs (notamment véhiculées au travers des lieux communs, dictons ou récits prototypiques). Ainsi, certaines normes sociales présentent la pénibilité du travail comme inévitable et valorisent une attitude stoïque face à celle-ci, ce qui conduit les ouvrières à supporter la maladie longtemps avant de consulter un médecin ou de prendre un arrêt de travail. Toutefois, ces normes et valeurs sont à lire au regard de la position dominée et précaire dans laquelle se trouvent les personnes interrogées et peuvent être vues comme des moyens de supporter une telle situation en l'absence de possibilités d'en échapper ou de la transformer.

Cela m'amène au deuxième obstacle qui a trait à la situation matérielle des ouvrières. Les personnes interrogées perçoivent souvent leur insertion dans l'emploi comme précaire, tant à cause des risques de licenciement (faiblesse des protections contre les licenciements, perception commune de la précarité de la relation salariale) que de la difficulté à retrouver un autre emploi (en tant qu'ouvrières non qualifiées, dans un contexte économique où les emplois industriels sont en diminution). Elles craignent que certaines de leurs actions – dire qu'elles sont atteintes de TMS, prendre un arrêt de travail, demander une adaptation du travail, déclarer une maladie à l'assurance-accidents – ne mettent en péril leur emploi. En outre, même en dehors de la question du licenciement, les rapports de pouvoir prévalant dans les entreprises font que les ouvrières ont de la peine à faire reconnaître la pénibilité de leur travail par l'encadrement et la direction, ainsi qu'à négocier des adaptations du travail. Dans certains cas, les savoir-faire de prudence et les adaptations du travail restent souterrains, presque clandestins. Cette situation de précarité et de domination explique d'ailleurs en partie la prégnance de représentations selon laquelle le travail ouvrier est intrinsèquement pénible, de même que la valorisation d'une attitude stoïque : ces formes

de banalisation ou de valorisation de la souffrance sont aussi des moyens de rendre supportable une situation que les ouvrières ont très peu de pouvoir de changer.

Un troisième obstacle me semble résider dans l'impossibilité pour les ouvrières d'activer les dispositifs existants de protection de la santé au travail. La Loi sur le travail et la directive MSST sont souvent invoquées pour affirmer que le cadre d'une prévention des TMS existe même en l'absence d'une reconnaissance au titre de maladies professionnelles (voir Ferreira, et al., 2010). Mais selon les entretiens que j'ai pu mener, ces dispositifs ne fournissent pas de ressources mobilisables par les ouvrières concernées, ceci pour des raisons qui demanderaient à être investiguées. Parmi les pistes à suivre, je citerai l'absence d'information sur les droits, mais aussi la réticence à faire appel à l'inspection du travail par crainte de perdre son emploi, ainsi que l'incertitude sur les causes et conséquences exactes des TMS, qui contraste avec des risques professionnels plus directement identifiables (absence de sécurité sur les machines, malaise dû à des produits toxiques, etc.). Par rapport à ce dernier point, la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles pourrait être un élément permettant d'identifier plus facilement les risques et de justifier la nécessité d'une intervention. Par ailleurs, une multiplication des visites d'entreprise, dans leur double visée de contrôle et d'information, permettrait probablement de rendre plus effectifs les dispositifs de protection. Elle exigerait toutefois un accroissement des moyens à disposition des inspections du travail pour la protection de la santé. De manière complémentaire, les trajectoires mettent en évidence la rareté des démarches de prévention réellement participatives. Si des dispositions juridiques prévoient la consultation des travailleurs sur les questions de santé et sécurité (art. 48 LTr, art. 6 OLT3, art. 6a OPA), cela ne se traduit pas, pour la plupart des ouvrières interrogées, par une consultation effective concernant leurs conditions de travail et encore moins par une possibilité de participer aux choix techniques et organisationnels dont dépend leur travail¹⁴⁹.

¹⁴⁹ Comme le relèvent Ferreira et al. (2010), la *Loi fédérale sur l'information et la consultation des travailleurs dans les entreprises*, entrée en vigueur en 1993, devrait également garantir la participation sur les questions de santé et sécurité. Toutefois, comme le soulignent les auteurs, la réalité est autre. Ainsi, une enquête menée par le syndicat Unia auprès de 1466 travailleurs de la construction révèle que le droit

Enfin, les analyses montrent l'importance des activités collectives organisées pour faire valoir d'autres définitions des TMS et d'autres modes d'actions que ceux qui sont généralement adoptés. On citera ainsi le suivi syndical collectif de leur procédure auprès de l'assurance-accidents pour certaines gainières de *L'Ecrin* ou les activités de la commission du personnel et de la délégation syndicale dans le cas des aménagements du travail à l'imprimerie *la Feuille*. Or, ces formes d'organisation collective restent rares. Même lorsqu'un ou des syndicats sont implantés dans une entreprise, ils semblent rarement promouvoir des initiatives collectives concernant les conditions de travail et la santé, mais plutôt se cantonner à un soutien individuel ou des négociations portant sur des thèmes syndicaux traditionnels comme les salaires ou les cotisations aux assurances sociales. De même, certaines commissions du personnel, outre qu'elles n'intègrent pas toujours des représentantes des catégories les plus fortement concernées par les TMS, soit les ouvrières non qualifiées, sont loin de représenter des instances où ces questions pourraient être débattues.

à la participation dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité n'est souvent que formel : la moitié des ouvriers interrogés estiment ne pas pouvoir discuter suffisamment les mesures de sécurité, voire pas du tout ; 60% affirment qu'il n'y a pas dans leur entreprise de dispositif leur permettant de faire des propositions pour améliorer la santé et la sécurité ; un tiers seulement répond clairement positivement à la question de savoir si leurs propositions sont examinées (Unia, 2007).

9 Comment les ouvrières expliquent-elles les causes de leurs maladies ?

Ce chapitre explore la manière dont les ouvrières expliquent la survenue (ou l'aggravation) des TMS dont elles souffrent. L'objectif n'est donc pas d'expliquer les causes de ces maladies de manière extérieure, avec un point de vue qui se voudrait neutre, mais de comprendre comment des personnes donnent sens à ce qui leur arrive et comment ces explications sont liées à leur manière de faire face à certains bouleversements biographiques. L'analyse permet d'identifier six dimensions, liées, des discours sur les causes : 1) les processus de la maladie, 2) les facteurs professionnels et non professionnels, 3) l'organisation et les moyens du travail, 4) la division du travail et les rapports sociaux, 5) les responsabilités, 6) la réfutation des explications psychologiques¹⁵⁰.

Pour chacune des dimensions, je procéderai en deux temps. Je commencerai par faire le tour des contenus évoqués, en ne citant que de très courts extraits des entretiens que j'intégrerai au fil du texte¹⁵¹. Je procéderai ensuite par brèves études de cas pour

¹⁵⁰ Je rappelle (voir section 6.4.3, p. 154) que la procédure d'analyse a consisté à coder de manière ouverte tous les énoncés portant sur les causes pour décrire leur contenu, puis effectuer des regroupements successifs parmi les contenus similaires afin de dégager ces six dimensions. J'ai ensuite recodé l'ensemble du corpus pour repérer tous les énoncés correspondant à chacune de ces dimensions (qui ne sont pas mutuellement exclusives). Pour chaque dimension, j'ai créé des sous-catégories. Par exemple parmi les énoncés portant sur les responsabilités, j'ai différencié l'attribution de la responsabilité des TMS à l'entreprise, à la personne elle-même, etc.

¹⁵¹ Cette structure d'analyse et d'exposé découle de la démarche initiale adoptée pour les analyses, qui visait à identifier, sur la base d'un codage systématique du corpus, des points communs et différences entre les entretiens, afin de parvenir à des assertions ayant une portée générale. Cela revient à expliquer certaines variables (par exemple, le nombre et le type de causes évoquées) par d'autres variables (par exemple, le caractère aigu ou chronique des troubles, l'existence d'un conflit avec l'AI, etc.). En cours de rédaction, j'ai abandonné cette démarche qui conduisait à décontextualiser l'analyse des discours et actions des ouvrières, ne permettant plus de saisir leur lien avec des situations, des ressources et des dispositions psychiques singulières. C'est pourquoi je me suis orientée à plusieurs reprises vers des études

comprendre ce que *font* les ouvrières lorsqu'elles attribuent des causes à leur maladie. Autrement dit, je considérerai leurs explications comme des actions, qui ont certains enjeux¹⁵² et mobilisent des outils sémiotiques qui deviennent des moyens médiateurs de l'action (Wertsch, 1998). Si certains enjeux sont propres à l'interaction qui se déroule dans l'entretien – par exemple convaincre l'interlocutrice, faire bonne figure, etc. – d'autres concernent plus largement la manière de faire face à la maladie – par exemple, donner une cohérence à son histoire, anticiper l'évolution des troubles, etc. Parmi les outils mobilisés, je m'intéresserai plus précisément aux discours sociaux sur les TMS, que j'identifierai par la présence de différentes voix dans le discours des interviewées.

9.1 Les processus physiologiques de la maladie

Quinze interviewées¹⁵³ (toutes sauf Manon et Pierrette) font référence aux processus physiologiques en cause dans la survenue des TMS.

9.1.1 Description des processus liés à différents TMS : les contenus évoqués

Bien qu'il ne soit pas toujours possible de relier précisément une explication à un trouble spécifique, on peut de manière sommaire repérer celles portant sur le syndrome du canal carpien, l'épicondylite, d'autres troubles de la main et du bras, de la nuque et des épaules, du dos, la fibromyalgie, ou sur plusieurs TMS à la fois. Enfin, certaines explications portent sur les causes de l'évolution défavorable des troubles et non sur leurs causes primaires.

de cas qui permettent de préserver le caractère concret des phénomènes étudiés. Toutefois, je n'ai pas pu revoir toutes les analyses déjà effectuées pour ce chapitre-ci.

¹⁵² J'utilise ici le terme « enjeu » plutôt que but ou objectif (Wertsch, 1998) car ces derniers suggèrent trop l'image d'un acteur rationnel (Engeström, 1999).

¹⁵³ Le nombre de personnes fournissant telle ou telle explication est donné uniquement à titre indicatif. Il peut permettre de repérer des thèmes très consensuels ou au contraire très minoritaires. Toutefois, il est très difficile d'interpréter le fait qu'une personne n'ait pas mentionné un contenu car les thèmes abordés dépendent de la dynamique propre à chaque entretien.

Le syndrome du canal carpien

Onze personnes fournissent des éléments sur les dysfonctionnements en cause dans le syndrome du canal carpien. Elles invoquent : un canal ou tunnel « bouché » (Coralie, Danielle, Evelyne, Josiane, Laure) ; un « carpien [...] bouché » (Serge) ; « quelque chose » de « bloqué » ou « collé » (Evelyne) ; un nerf « bouché » (Raphaël, Serge), « collé à l'os » (Irène), « comprimé » (Hélène), écrasé par une « gaine », « tordu » (Serge), dans lequel « ça circule pas » (Raphaël) ; une « inflammation des tendons » (Fabienne). Alors que la plupart de ces évocations sont brèves, Coralie, Gisèle, Hélène et Raphaël élaborent des théories plus complexes. Par exemple, Raphaël explique que le dysfonctionnement du nerf est dû au travail physique qui fait que « ça chauffe les muscles » et « ça tire les veines » alors qu'Hélène invoque le « travail, la quantité, le rythme, le répétitif » qui font que « ça force tellement sur le canal que ça enfle et puis ça comprime le nerf ».

L'épicondylite

Trois personnes évoquent des processus physiologiques liés à l'épicondylite. Coralie l'attribue à des kystes au niveau des coudes qui comprimeraient les tendons et les nerfs. Elle souligne que ses tendons sont « affaiblis et fragilisés », « en verre ». Lisant un rapport médical concernant le coude gauche, elle cite une « zone ostéogène détendue sur neuf millimètres » et une « petite zone de rupture partielle [...] du tendon extérieur commun du poignet » sans toutefois expliciter ces termes. Pour Hélène, l'épicondylite découle des mouvements répétitifs qui ont « fait enfler le bras, sur le muscle de l'épicondylite » alors que Josiane la décrit comme une « inflammation musculaire ».

D'autres TMS affectant la main et le poignet

Six personnes fournissent des éléments sur d'autres TMS de la main et du poignet. Ainsi, Barbara a de l'arthrose aux pouces, qu'elle différencie de « rhumatismes ». Elle attribue ces derniers à une « maladie » repérable par des analyses de sang, alors que l'arthrose serait due au travail. Karin a eu des douleurs à la main qu'elle estime dues à un kyste provoqué par le travail de gainerie. Hélène attribue des douleurs à la crispation dans les mains provoquée par les efforts du travail. Josiane rapporte qu'elle a eu le tendon du pouce qui s'est « allongé », « étiré », à cause de la position de sa main lors du travail, en appui avec le pouce écarté. Gisèle relate qu'elle n'arrivait plus à ouvrir les

doigts à cause d'un muscle « qui était sorti de sa gaine ». Enfin, Nicolas attribue ses douleurs aux poignets à « une inflammation », causée par le fait d'utiliser « le tendon de l'avant-bras » dans ses activités professionnelles.

Les TMS affectant la nuque, les épaules, le haut du bras

Quatre personnes donnent des explications sur les affections qui touchent leur nuque, leurs épaules ou le haut du bras. Barbara explique qu'elle a un muscle « atrophié » sur le haut du bras pour avoir « trop forcé » au travail. Elle évoque aussi des « calcifications » affectant les vertèbres cervicales, « entre la quatrième et la septième », qui seraient dues au fait de travailler avec la tête penchée en avant sur la machine. Evelyne explique qu'elle a subi une opération à l'épaule droite pour lui enlever « un os qui traînait en dessous pour pas qu'il touche les tendons ». Elle évoque aussi d'autres problèmes affectant la nuque et les épaules. Ainsi, elle cite en lisant un dossier médical : « un rétrécissement modéré des foramens de conjugaison » et une « névralgie cervico-bracchiale droite ». Sans fournir d'explication sur ces termes, elle dit par ailleurs avoir de l'« arthrose cervicale », du fait qu'elle a « des trucs derrière qui sont décalés », que sa nuque est « bombée » au lieu d'être « courbée ». Karin dit qu'elle a une hernie discale cervicale, qui provoque des douleurs jusque dans les doigts. Elle explique que lorsque les muscles de la nuque sont « trop crispés », ils « s'enflamment » et lui serrent la nuque. Fabienne explique ses douleurs à la nuque par le fait que ses muscles sont trop « tendus », deviennent « durs », à cause de la position qu'elle doit tenir toute la journée.

Les TMS affectant le dos

Barbara et Irène évoquent toutes deux les processus causant leurs maux de dos. Barbara explique ainsi sa discopathie : « c'est les disques hein, qui coincent le nerf et c'est le col du fémur ». Pour sa part, Irène invoque premièrement une arthrose touchant les vertèbres et deuxièmement une hernie discale causée par le fait que sa colonne est « en double S ».

La fibromyalgie

Danielle fournit des explications sur les processus de la fibromyalgie. Selon elle, les douleurs proviennent de nerfs qui sont « toujours contractés », crispés, qui n'« arrivent pas à se reposer » et de muscles tendus, qui « ne se reposent pas ». Elle lie ce manque de

repos des muscles ou des nerfs au fait de ne pas arriver à dormir la nuit, sans qu'on comprenne exactement s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence de la crispation.

Des processus expliquant plusieurs TMS

Cinq personnes décrivent des processus pathologiques qui s'appliquent à plusieurs troubles. Barbara invoque une « inflammation », en référence à des TMS touchant la main, le coude et l'épaule. Coralie explique le lien entre ses troubles (épicondylite, cervicales) par le fait qu'un tendon irait du bras jusqu'à la nuque, alors qu'Evelyne explique les siens (cervicales, épicondylite, mains, épaules) par le fait qu'ils ont tous trait au muscle trapèze. Fabienne explique de manière générale les TMS par le stress qui fait que les muscles et les nerfs « sont en tension ». Hélène décrit des articulations « usées » parce que le travail demande toujours des « contraintes sur les articulations ».

L'évolution des TMS

Deux personnes abordent spécifiquement l'évolution défavorable des troubles. Anne invoque une algodystrophie (elle dit quelque chose comme « igostrophie »), pour expliquer l'absence de guérison suite à l'opération du canal carpien. Elle fait en outre l'hypothèse d'une erreur médicale : ses tendons auraient été trop « nettoyés » lors de l'opération. Evelyne explique l'absence de guérison suite aux opérations du poignet et de l'épaule par le fait qu'il y a quelque chose de chronique.

9.1.2 Les enjeux des explications sur les processus de la maladie

Les discours permettent de repérer cinq enjeux principaux des explications sur les processus de la maladie. Comme annoncé plus haut, je les décrirai en me basant à chaque fois sur un exemple et repérerai la présence de différentes voix comme signes que les ouvrières mobilisent des discours sociaux pour comprendre leur situation et y faire face.

Déterminer en quoi consiste la maladie

Un premier enjeu consiste à déterminer en quoi consiste la maladie. Les entretiens avec Coralie sont ceux où cet effort de compréhension apparaît le plus explicitement. Entre le premier et le second entretien (qui ont lieu à deux ans et demi d'écart), on constate une complexification des explications qu'elle fournit sur les TMS. Cela révèle le travail

cognitif qu'elle accomplit, en mobilisant diverses ressources, pour comprendre ce qu'est la maladie. Au vu de sa trajectoire, on conçoit d'ailleurs qu'il s'agisse pour Coralie d'un enjeu important : d'une part, elle cherche à obtenir un traitement efficace contre ses douleurs aux mains, ce qui suppose de réussir à diagnostiquer leur origine ; d'autre part, elle est en litige avec l'AI au sujet de la reconnaissance de son incapacité de travail, et avec l'assurance-accidents au sujet de la reconnaissance d'une maladie professionnelle, deux procédures pour lesquelles les diagnostics sont des éléments clés.

Je discuterai en détail un extrait de ces explications. Lors du premier entretien, Coralie a mentionné qu'elle était atteinte du « tunnel Quervain » sans fournir plus de précision. Au cours du second entretien, lorsque je la questionne sur l'évolution de cette pathologie, elle explique qu'il s'agissait en réalité d'une erreur de diagnostic de la part du premier chirurgien consulté et qu'un second chirurgien lui a ensuite diagnostiqué un syndrome du canal carpien. Elle accompagne ce récit d'explications sur « le Quervain » et « le carpien ».

Extrait 56 : Coralie (gainerie, 2)

- 93 IP tu avais aussi Quervain
- 94 C non, alors **on m'a expliqué** ce que c'était le Quervain. C'est un tendon. [...] Lui (le premier chirurgien) **il m'a dit**, quand j'avais très mal, ici à ce niveau-là, c'était le Quervain
- [1 tour omis]
- 96 C **l'autre** (le second chirurgien) **m'a dit** « ouais ben ça peut être le Querv- » C'est un tendon, mais **ça pouvait** aussi venir déjà du carpien
- 97 IP ouais OK
- 98 C parce que c'est sur le même niveau, hein. Alors c'est pour ça que **c'est très bien la cassette** (qu'elle a reçue du second chirurgien). Parce que maintenant je peux voir ce que c'est
- 99 IP ouais d'accord
- 100 C voilà. **On regardera un petit moment. Alors** c'est trois nerfs, qui sont là-dedans. Plus les tendons. Et puis il y a une gaine qui tient ces nerfs-là. Et c'est cette- enfin moi j'appelle ça une gaine hein, c'est ça ce qui écrase les nerfs. Ça écrase les nerfs et ça vous endort, puis ça vous fait des douleurs. Et de pire en pire. Alors ce qu'ils font eux, ils coupent cette gaine, puis après je sais pas comment ils font, puis après ils libèrent un peu les nerfs

La présence de différentes voix indique que Coralie s'appuie sur plusieurs discours pour comprendre et expliquer sa maladie : celui des chirurgiens, celui d'un « on » indéterminé qui explique que le Quervain est un tendon (et non un canal comme Coralie le supposait) et celui de la cassette vidéo (ce dernier étant accompagné d'images : « maintenant je peux *voir* ce que c'est », tour 98). Ces différentes voix ne sont pas toujours clairement délimitées. On constate au contraire des glissements d'une voix à l'autre, voire des enchevêtrements de plusieurs voix. Ce glissement est visible au tour 96 : Coralie y passe du discours rapporté direct (« l'autre m'a dit "ouais ben ça peut être le Querv-" ») au discours rapporté indirect libre (« ça pouvait aussi venir déjà du carpien »). Entre les deux, elle introduit un commentaire qu'elle prend en charge en tant qu'énonciatrice (sans marque énonciative) : « c'est un tendon ». Au tour 98, elle produit un complément d'information, « parce que c'est sur le même niveau », qui sur les plans grammatical et sémantique paraît se rattacher au discours indirect du médecin, mais que l'intonation et la ponctuation par l'interjection « hein » poussent à interpréter comme la voix de Coralie. Autre exemple, plusieurs voix se mêlent à nouveau lorsque Coralie résume les explications de la cassette vidéo concernant le syndrome du canal carpien (tour 100). La manière dont ces explications sont introduites (« on regardera un petit moment. Alors c'est trois nerfs ») indique explicitement qu'elle se base sur le contenu d'une cassette vidéo qu'elle a reçue du second chirurgien. Toutefois, Coralie n'utilise pas le discours rapporté, mais décrit les processus de la maladie comme des faits (« c'est trois nerfs », « il y a une gaine », « ça écrase »), sauf à un moment où elle souligne qu'elle est en train de reformuler le discours médical de la cassette au risque de le transformer (« moi j'appelle ça une gaine »). A partir de ces deux exemples, on peut interpréter les enchevêtrements de plusieurs voix comme le signe que Coralie, tout en mettant en scène les différents acteurs de son récit, s'approprie les explications des médecins pour comprendre sa maladie.

Comprendre par quels biais des facteurs extérieurs ont provoqué la maladie

Certaines personnes font référence aux processus physiologiques pour comprendre la manière dont des facteurs extérieurs provoquent les TMS, comme Gisèle :

Extrait 57 : Gisèle (reliure, 1)

641 IP vous avez changé quelque chose dans votre travail qui fait que-

642 G non non, c'est à force de faire toujours la même chose. Oui oui, **il m'a bien dit le médecin, il m'a dit** « faut pas chercher, ça c'est quelque chose qui est- c'est irrité. C'est complètement irrité à l'intérieur et puis la gaine elle se referme, et puis ça bouge plus, c'est pour ça que ça vous fait mal. »

Gisèle explique ici comment un travail répétitif (« faire toujours la même chose ») a causé le syndrome du canal carpien : la répétition a provoqué une irritation qui a provoqué la fermeture d'une gaine. De ce fait, quelque chose (« ça ») ne bouge plus et c'est ce qui induit les douleurs. La référence aux processus physiologiques permet ainsi de révéler le lien causal entre deux phénomènes – la répétition des mouvements et les douleurs – qui n'ont pas de rapports évidents.

Gisèle met en scène la voix du médecin au travers d'un discours rapporté. Elle s'appuie sur le discours d'un professionnel comme source de connaissances fiable pour comprendre et expliquer le processus physiologique en cause. En même temps, elle utilise ce discours comme un argument, introduit par la locution « il m'a bien dit », pour s'opposer à l'hypothèse qu'elle aurait changé quelque chose dans son travail et pour démontrer que c'est au contraire de « faire toujours la même chose » qui a provoqué le syndrome du canal carpien (et donc peut-être, mais c'est une interprétation très libre, qu'elle n'est pas responsable du développement de la maladie).

Trouver les moyens d'agir sur la maladie

Comprendre les processus de la maladie a parfois pour enjeu de trouver les moyens d'agir sur la maladie :

Extrait 58 : Karin (gainerie)

306 K je prends du Ponstan. Puis pour détendre, je prends du Sirdalud pour détendre les muscles. Parce que **j'ai remarqué que** si j'attends trop, que **c'est trop crispé**, je sens que **ça s'enflamme** puis ça descend tout, plus bas là puis là. Donc puis, si je prends régulièrement, mais un tout petit peu eh bien ça va beaucoup mieux. Ça empêche, je pense, l'inflammation de venir, de serrer tout à cet endroit-là

Ici, la compréhension des processus en cause (« c'est trop crispé », « ça s'enflamme ») constitue avant tout une ressource pour l'action, en l'occurrence pour gérer une hernie discale cervicale. Du point de vue des caractéristiques dialogiques, cet extrait ne met

pas en scène pas les voix d'autrui, mais au contraire une expérience personnelle (« *j'ai remarqué* que si j'attends trop »), comme source des connaissances sur la maladie.

Comprendre l'évolution de la maladie

Un autre enjeu des explications sur les processus est de comprendre l'évolution de la maladie, notamment l'absence de guérison. L'extrait suivant intervient alors qu'Evelyne vient de raconter qu'elle a passé un électromyogramme, pour contrôler l'évolution de ses troubles suite à l'opération du canal carpien.

Extrait 59 : Evelyne (gainerie, 2)

43 E voilà, un électromyogramme. Et **ils disent bien** que c'est toujours bloqué ici. Et puis comme moi **je suis chronique- mon corps est chronique**. J'ai la sinusite chronique, ça fait trois ans, ça me coule tout le temps derrière. [...]

[1 tour omis]

45 E [...] ils peuvent pas m'opérer, parce que si c'était seulement inflammatoire, ça allait, ils pouvaient m'opérer. **Mais si c'est chronique, ils peuvent pas enlever le chronique, ça revient tout le temps**. Donc ça sert à rien, en fait. Et j'ai de l'eczéma chronique depuis douze ans, dans les oreilles

Evelyne attribue l'échec du traitement au fait que c'est « chronique ». Cette notion lui permet de comprendre l'évolution de la maladie, mais aussi de donner une cohérence à sa trajectoire de malade, en faisant le lien avec d'autres problèmes de santé qui sont également chroniques, comme la sinusite et l'eczéma.

L'extrait fait entendre plusieurs voix. Tout d'abord, on repère un discours rapporté indirect au tour 43 : « ils disent bien que *c'est toujours bloqué ici* ». Par ce biais, Evelyne désigne les médecins qui ont administré et interprété l'électromyogramme comme source d'information sur l'état de la maladie. En même temps, le recours à un discours bénéficiant d'une grande légitimité (soulignée par l'adverbe « bien » : « ils disent *bien* que c'est... ») objective le fait qu'Evelyne n'est pas guérie et la prémunit contre le soupçon qu'elle puisse exagérer la gravité de ses maux. Ensuite, on peut repérer un glissement vers une voix qui n'est plus montrée (comme dans le cas du discours rapporté) mais uniquement sous-entendue : « Ils peuvent pas m'opérer, parce que si c'était seulement inflammatoire, ça allait, ils pouvaient m'opérer ». La voix des médecins laisse ici ses traces, puisque l'énoncé adopte une perspective qui ne peut être que celle d'experts de la médecine (qui savent si une opération est possible ou non, qui utilisent un

vocabulaire spécialisé, comme ici le terme « inflammatoire »). On peut, comme dans l'exemple de Coralie plus haut (Extrait 56), considérer ce glissement comme un signe qu'Evelyne fait siennes les explications données par les médecins.

Par ailleurs, l'usage même du terme « chronique » laisse entendre les échos d'une voix autre dans le discours d'Evelyne. En effet, il s'agit d'un terme dont elle qualifie sa personne (« je suis chronique »), son corps (« mon corps est chronique ») ou ses troubles (« c'est chronique ») et dont elle fait même un substantif (« ils peuvent pas enlever le chronique »). Ces hésitations sur l'usage du terme laissent entrevoir la tentative de s'approprier un vocabulaire technique qui résiste à la maîtrise. Ce n'est que plus tard dans l'entretien qu'Evelyne dévoile une origine possible du terme, en rapportant les propos de sa rhumatologue : « eh bien elle m'a dit que c'est comment dire chronique. [...] ouais pour une cochonnerie que j'attrape, c'est chronique quoi. Je l'ai tout le temps. » Ce passage met en évidence l'origine étrangère (Bakhtine, 1978, p. 115) du terme « chronique » : non seulement c'est dans les propos de la rhumatologue qu'il apparaît, mais il n'est pas facilement accessible (« elle m'a dit que c'est *comment dire* chronique ») et il nécessite une définition (« c'est chronique quoi. *Je l'ai tout le temps* »). Ces indices confirment qu'Evelyne s'approprie les explications d'autres personnes, en l'occurrence d'acteurs institutionnels, pour comprendre l'évolution de sa maladie. Il ne s'agit toutefois pas d'une intériorisation de ces discours, mais d'une appropriation qui implique une élaboration personnelle : par exemple, en faisant du caractère chronique des troubles un attribut de sa personne, Evelyne inscrit l'absence de guérison du syndrome du canal carpien dans une cohérence plus globale, qui présente sa mauvaise santé comme une sorte de fatalité.

Souligner la gravité des troubles

Dans certains cas, la référence aux processus permet de souligner la gravité des troubles. Dans l'extrait suivant, Coralie vient de raconter comment son médecin a diagnostiqué une épicondylite et l'a traitée par des infiltrations qui n'ont pas eu l'effet escompté.

Extrait 60 : Coralie (gainerie, 1)

191 C puis en opérant **j'avais un kyste à l'intérieur**, qu'on voyait pas à l'échographie [...]

[9 tours omis]

- 201 C et donc en trouvant ce kyste à l'intérieur, il a dû me couper le tendon et puis me le regreffer sur l'os
- 202 IP mhm ouais
- 203 C donc **c'est une opération qu'il fait rarement**. D'ailleurs, il m'a dit « **j'ai jamais vu un coude aussi abîmé** »
- 204 IP mhm
- 205 C **donc j'ai mes tendons qui se sont affaiblis et fragilisés**
- 206 IP ouais
- 207 C alors, **d'ailleurs lui, le premier a dit d'arrêter mon métier tout de suite** hein. Il me dit « il faut pas continuer là-dedans ma pauvre dame, autrement vous allez avoir XXX vous allez rien pouvoir faire ».

Coralie présente son cas comme exceptionnellement grave (« c'est une opération qu'il fait *rarement*. D'ailleurs, il m'a dit "j'ai *jamais vu* un coude aussi abîmé" »). Elle précise que ses tendons sont « affaiblis et fragilisés », ce qui atteste du caractère irréversible des lésions, puis enchaîne sur le conseil du médecin d'arrêter son métier. En l'introduisant par la conjonction confirmative « d'ailleurs », Coralie présente ce conseil comme une preuve de la sévérité des troubles. En même temps, ce lien logique qu'elle établit entre la sévérité des troubles et l'arrêt de travail ouvre une interprétation possible des enjeux de son discours. On peut en effet supposer que Coralie insiste sur la gravité de l'épicondylite, en appuyant sa démonstration sur les processus physiologiques concernés, afin de justifier son arrêt de travail. Cette interprétation est d'autant plus plausible que Coralie est à l'époque engagée dans une procédure auprès de l'AI, qui met en doute l'objectivité de la maladie. En démontrant le caractère physique, objectif des troubles (un « kyste », des « tendons affaiblis et fragilisés », une « opération ») et leur gravité, Coralie se prémunit contre un soupçon éventuel de fraude aux assurances sociales. Cet enjeu de reconnaissance par autrui concerne l'entretien de recherche (il s'agit de convaincre la chercheuse de la réalité de ses lésions, de sa probité, de faire ainsi bonne figure, etc.), mais probablement aussi des relations sociales hors de cette situation spécifique, par exemple, avec ses proches, ses médecins, ou les assurances sociales (s'ajoute alors à l'enjeu de reconnaissance symbolique, celui des prestations allouées).

L'usage des discours d'autrui corrobore cette hypothèse. D'une part, Coralie use de discours rapportés, mettant en scène les propos du médecin sur la sévérité de la maladie (« il m'a dit "j'ai jamais vu" », « lui, le premier a dit d'arrêter », « il me dit "il faut pas

continuer" »). D'autre part, dans d'autres énoncés, la focalisation narrative fait ressortir le point de vue du médecin puisque Coralie évoque des choses que lui seul a pu voir, savoir ou décider (« en trouvant ce kyste à l'intérieur, il a dû me couper le tendon... », « c'est une opération qu'il fait rarement »). En recourant à son discours et à son point de vue, Coralie ne fait pas que présenter l'origine de sa compréhension de la maladie, mais elle tire parti, de manière argumentative, de la légitimité du médecin à dire ce qu'est la maladie.

9.1.3 Commentaires généraux sur les contenus et les enjeux

Les personnes atteintes de TMS développent des comptes rendus, plus ou moins élaborés, de ce qui se passe dans leur corps. Souvent, les explications sur les processus physiologiques dévoilent leur origine dans des discours médicaux : elles sont présentées sous forme de discours rapportés (par exemple, lorsque Raphaël rapporte les propos du neurologue : « et il a dit "il y a deux nerfs c'est bouché, ça circule pas. C'est pour ça que tu sens douleur et puis mal" »), mettent en évidence l'usage de termes médicaux (par exemple, lorsqu'Anne explique : « et j'ai chopé une maladie <igostrophie>, je sais pas quoi, comment ils appellent cette maladie ») ou s'appuient sur des rapports médicaux (par exemple, lorsque Coralie lit : « zone ostéogène détendue sur 9 millimètres »). Les ouvrières retravaillent toutefois les discours médicaux en se les appropriant. En particulier, leurs descriptions recourent massivement à des images – « canal bouché », « nerf bloqué », « ça chauffe », « tendons en verre », etc. – qui donnent un caractère concret aux explications médicales. La théorie des représentations sociales appelle objectivation ce processus qui permet de rendre familières des concepts scientifiques en leur donnant un caractère concret, matériel, et en les organisant pour qu'ils entrent dans les conceptions et cadres de pensée préexistants (Moscovici, 1961, pp. 107-110).

Par ailleurs, les explications amenées par les ouvrières, même si elles peuvent sembler imprécises, permettent de répondre à divers enjeux. Certains sont cognitifs – comprendre et expliquer en quoi consiste la maladie –, alors que d'autres sont pratiques – trouver les moyens d'agir sur la maladie, par exemple, en prenant comme Karin des médicaments ou dans d'autres cas, en agissant sur le travail. En outre, on peut repérer des enjeux qui sont plus d'ordre affectif. Parmi ceux-ci, certains touchent à des questions d'identité, par exemple, voir son statut de malade reconnu par d'autres en

faisant reconnaître la gravité de la maladie et éviter ainsi d'être prise pour une fraudeuse. Enfin, il y a des enjeux que j'appellerai « biographiques » pour reprendre la thèse de Bruner selon laquelle les récits sont le moyen par lequel nous construisons (et reconstruisons) notre Moi en disant « qui nous sommes, ce que nous sommes, ce qui s'est passé, et pourquoi nous faisons ce que nous faisons » (Bruner, 2002, p. 58). Ainsi, les explications de la maladie permettent de donner une cohérence à l'histoire passée et d'anticiper l'évolution de la maladie, comme lorsqu'Evelyne, faisant le lien entre les TMS et d'autres troubles dont elle souffre déjà, considère que la guérison est impossible car le caractère chronique des troubles fait partie de sa personne (« je suis chronique », « mon corps est chronique »).

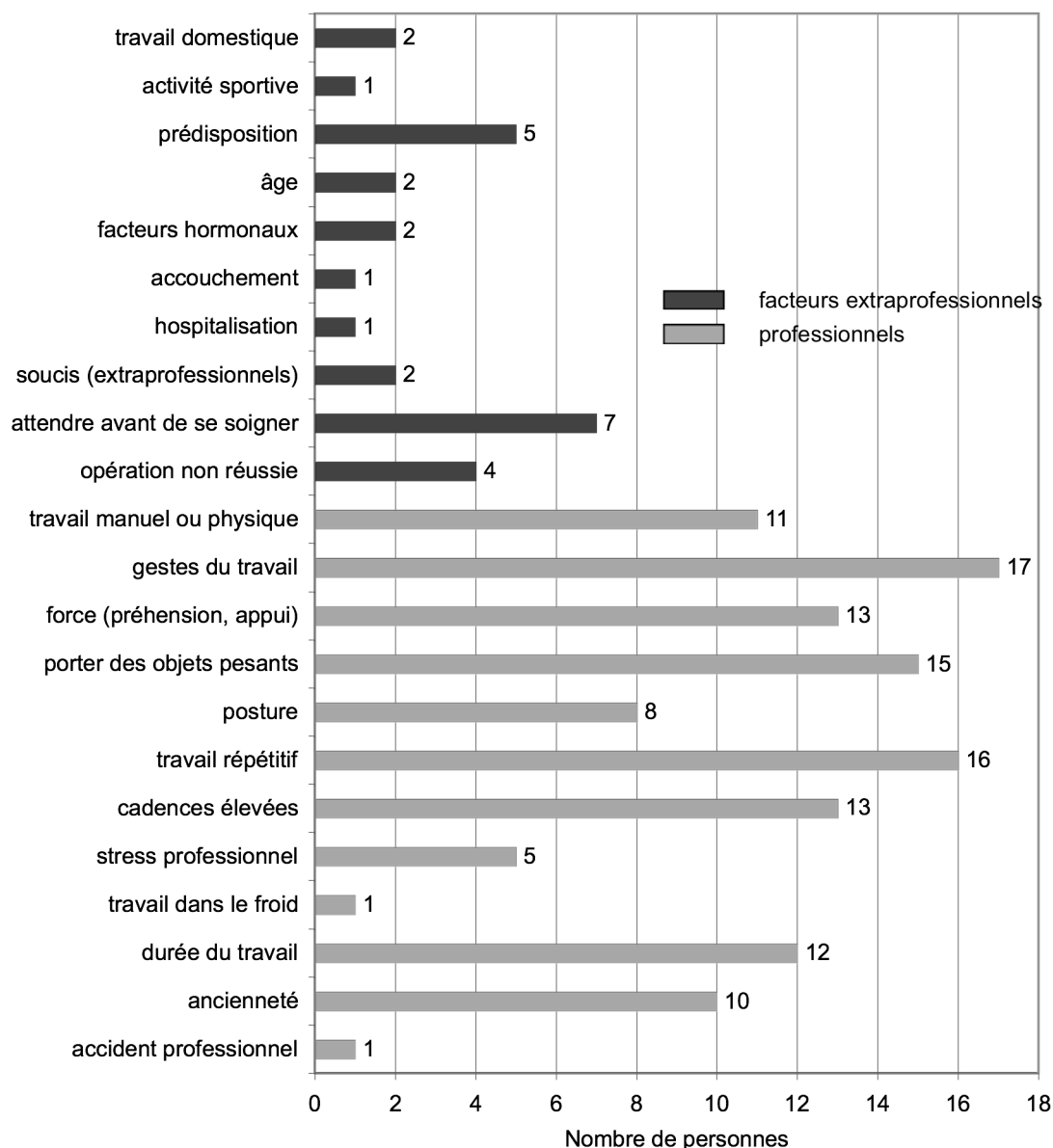
9.2 Les facteurs professionnels et extraprofessionnels

Une deuxième dimension des discours sur les causes consiste à évoquer les facteurs professionnels ou extraprofessionnels qui ont provoqué la maladie (ou son aggravation). Comme pour la dimension précédente, je commencerai par une description des contenus avant de m'intéresser aux enjeux des explications sur les causes et aux voix qui permettent de repérer l'usage de discours sociaux.

9.2.1 Description des facteurs

Ces facteurs étant nombreux, je les présenterai dans un graphique avant de les discuter.

Figure 9 : Nombre de personnes évoquant divers facteurs (N = 17)



Les causes évoquées au cours des entretiens peuvent être regroupées en dix facteurs extraprofessionnels et douze facteurs professionnels. Certains facteurs ne sont évoqués que par une ou deux personnes. Il s'agit soit de facteurs très spécifiques à une situation individuelle (une activité sportive spécifique, un accouchement, une hospitalisation, des soucis, le travail dans le froid, un accident professionnel), soit de facteurs qui pourraient concerner un plus grand nombre de personnes mais ne sont que rarement mentionnés (le travail domestique, l'âge). A l'inverse, certains facteurs font l'objet d'un consensus ou presque (cités par quinze à dix-sept personnes). Il s'agit de facteurs professionnels

comme le rôle de certains gestes du travail, le fait de porter des objets pesants ou le travail répétitif. De manière générale, les facteurs professionnels sont évoqués par un bien plus grand nombre de personnes que les facteurs extraprofessionnels, ce qui montre que les personnes interrogées attribuent avant tout leurs TMS au travail¹⁵⁴.

Facteurs extraprofessionnels

En tout, douze personnes invoquent divers facteurs extraprofessionnels.

Barbara et Irène invoquent le travail domestique alors que Nicolas invoque une activité sportive comme facteurs de leurs TMS. Ces personnes font ainsi référence à des activités extraprofessionnelles qui peuvent agir de la même manière que les activités professionnelles, par des mouvements répétés, la position des poignets, le fait d'agir vite, etc.

Par ailleurs, cinq ouvrières évoquent une possible prédisposition. Manon est la seule d'entre elles qui invoque la prédisposition comme une cause prépondérante de son affection, le syndrome du canal carpien, et qui explique précisément en quoi elle consiste : il s'agirait de la prédisposition « génétique » de personnes qui ont « un canal qui est plus serré que les autres ». De manière plus hypothétique, Fabienne évoque la possibilité qu'elle-même soit « prédisposée » à développer le syndrome du canal carpien et Karin suppose qu'elle a peut-être « un terrain à arthrose ». Par ailleurs, Coralie, Danielle, Fabienne et Karin émettent toutes l'hypothèse selon laquelle il y a des gens plus forts et d'autres plus fragiles (dont elles-mêmes), moins résistants aux contraintes du travail.

Deux personnes évoquent l'âge. Pour Pierrette, il est possible que le syndrome du canal carpien « vienne comme ça avec l'âge ». Pour Danielle, la fibromyalgie est liée à l'âge et à la ménopause. Par ailleurs, une autre interviewée, Coralie, évoque également des facteurs « hormonaux », « la ménopause surtout » comme facteur du syndrome du canal carpien.

¹⁵⁴ Rappelons que l'analyse porte sur les discours des ouvrières et qu'il ne s'agit pas de tenter de porter un jugement objectif sur l'origine des troubles.

Irène fait l'hypothèse que son syndrome du canal carpien pourrait être lié non seulement au travail, mais aussi aux circonstances d'un accouchement, plus précisément au fait qu'elle serait sortie de l'hôpital trop tôt. Elle évoque par ailleurs une hospitalisation dans son enfance durant laquelle elle a dû rester couchée pendant des mois, et qui contribuerait à ses problèmes de dos (hernie discale et arthrose).

Deux personnes invoquent des soucis comme cause des troubles, mais surtout de leur évolution. Danielle explique ainsi que la fibromyalgie dont elle souffre est initialement due à « un choc », « des tensions », « des soucis ». Selon Danielle, son état de santé s'est encore péjoré à cause de la situation très angoissante qui a suivi son licenciement pour raisons de santé, marquée par l'absence de prise en charge par les assurances sociales et des difficultés financières. Par ailleurs, Irène évoque aussi une aggravation de ses maux de dos à cause du « fort stress » ressenti suite à son licenciement, du fait de sa difficulté à retrouver un emploi. Tant Danielle qu'Irène rapportent qu'elles se sont retrouvées dans un cercle vicieux où les problèmes de santé entraînent une perte d'emploi, qui génère elle-même des soucis tels qu'ils péjorent l'état de santé et compromettent la reprise d'un emploi.

Enfin, certains facteurs extraprofessionnels concernent uniquement l'évolution défavorable de la maladie et non leur cause primaire. Sept personnes invoquent ainsi le fait d'avoir « trop attendu », c'est-à-dire de ne pas s'être soignées (infiltrations, opérations), de ne pas avoir cessé de travailler ou changé de poste à temps (Anne, Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne, Fabienne, Hélène). Par ailleurs, quatre personnes relient le caractère chronique des troubles à une opération « ratée » ou qui « n'a pas réussi ». Si Anne attribue clairement l'échec du traitement à une erreur médicale, il est difficile de comprendre pour les autres (Coralie, Danielle, Evelyne) s'il s'agit d'un simple constat concernant l'évolution des troubles ou si elles estiment qu'il y a eu une erreur.

Les facteurs professionnels

Toutes les personnes interviewées font référence à des facteurs professionnels qu'elles décrivent avec force détails et nuances. Dans l'impossibilité de restituer toute la richesse de ces explications, je me limiterai donc à en donner un aperçu.

Onze personnes invoquent de manière générale le fait d'effectuer un travail « manuel » ou « physique » (Anne, Coralie, Danielle, Gisèle, Hélène, Josiane, Karin, Laure, Manon, Pierrette, Raphaël). Elles introduisent souvent une opposition entre ce travail manuel ou physique et d'autres métiers ou postes qui n'impliquent pas les mêmes contraintes.

Toutes les personnes interrogées invoquent les contraintes découlant de gestes spécifiques. Selon les cas, il peut s'agir de tirer du cuir pour couvrir des écrins (Anne, Karin), d'appuyer avec le pouce pour coller le cuir sur un coffret (Evelyne), de tenir des paquets de journaux avec les doigts écartés et de les soulever (Fabienne), de couper des tissus aux ciseaux (Hélène), de serrer une poignée afin de visser une bobine de papier (Laure, Manon), etc. Restituer la teneur de ces gestes par le biais du discours est toutefois difficile. D'ailleurs, lors des entretiens, les explications sont souvent assorties de démonstrations mimées, parfois même en recourant à du matériel comme lorsque Fabienne prend un journal pour montrer le fonctionnement de la « varie-adresse » ou qu'Anne va chercher un coffret et une touche pour montrer comment les gainières « rembordent » le cuir lors du travail de couverture.

Treize personnes (toutes sauf Irène, Josiane, Pierrette et Serge) invoquent non seulement ces gestes, mais aussi la « force » ou les « efforts » qu'ils nécessitent dans les mains et les bras, qu'il s'agisse de saisir des objets, les maintenir ou les travailler sur eux (tirer le cuir, appuyer, couper, etc.). Certaines personnes ajoutent que l'usage de la force a des conséquences d'autant plus néfastes qu'il s'accompagne de positions articulaires extrêmes, par exemple « les doigts écartés » (Fabienne) ou le poignet en extension (Nicolas). Plusieurs ouvrières soulignent que la force nécessaire dépend de la qualité du matériel à travailler, par exemple, des cuirs particulièrement durs à étirer (Anne, Karin), des tissus très délicats à couper nécessitant une « crispation des doigts sur les ciseaux » (Hélène), des écrins en bois présentant des irrégularités si bien qu'il est difficile de « faire rentrer les cartouches » (Evelyne).

Quinze personnes (toutes sauf Anne et Pierrette) invoquent le fait de soulever, porter ou manipuler des objets lourds, par exemple déplacer « des cartons de vingt, trente ou cinquante coffrets » (Barbara), transporter des « corbeilles de cuir » (Coralie), soulever des bobines de papier pour les fixer sur une machine (Laure), manipuler des coffrets « de six kilos » (Hélène). Plusieurs ouvrières relèvent que la pénibilité de leur travail varie selon

le type d'objet qu'elles ont à travailler, par exemple, le nombre de journaux par paquet (Fabienne) ou le type de coffrets : Evelyne et Karin mentionnent ainsi des coffrets « vernis » ou « laqués » particulièrement pesants.

Huit personnes (Danielle, Evelyne, Fabienne, Hélène, Irène, Josiane, Karin, Nicolas) invoquent les postures du corps ou les positions des bras. Par exemple, le fait de travailler avec la nuque « courbée » (Danielle), la tête « penchée » (Evelyne, Fabienne, Hélène, Karin), « toujours avec la tête en bas » (Josiane) est décrit comme cause de problèmes, surtout à la nuque. La position du bras (Hélène, Irène) ou du poignet (Nicolas), le fait de porter le papier « en porte-à-faux [...] toujours les bras tendus » (Nicolas) sont décrits comme sources de douleurs dans les bras et les poignets.

Seize personnes (toutes sauf Nicolas) invoquent des mouvements répétitifs. Ce thème revient comme un leitmotiv au cours des entretiens, sous des formulations diverses : « mouvements répétitifs », « travaux répétitifs », « faire toujours la même chose », « il faut visser tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps », « toujours les mêmes mouvements qui se répétaient », ou encore « un mouvement régulier ». Certaines ouvrières dépeignent la répétitivité en évoquant le nombre de pièces à réaliser, par exemple « deux mille pièces chaque jour » (Barbara). Par ailleurs, Danielle souligne que les mêmes sollicitations (« tirer », « la force ») se retrouvent dans différents postes, par exemple le garnissage et la couverture. Ses remarques rappellent ainsi que la diversité des tâches n'est pas le gage d'un travail sans contraintes répétitives.

Treize personnes (toutes sauf Josiane, Manon, Pierrette et Serge) invoquent les cadences élevées du travail pour expliquer les troubles. Elles décrivent ces cadences de différentes manières, par exemple, « c'était le daï-daï-daï » (Barbara), « la pression avec les temps » (Evelyne), « il faut aller à la vitesse » (Karin), « un rythme effréné » (Hélène) (etc.) Certaines personnes évoquent aussi plus spécifiquement les contraintes de rythme imposées par les machines, soulignant par exemple « c'est les machines qui te poussent » (Raphaël) ou « il faut suivre la machine » (Fabienne). D'autres évoquent par ailleurs le travail dans une chaîne, par exemple « le rythme à la chaîne, tu dois toujours le garder, parce que sinon la prochaine personne, elle t'attend » (Barbara). Barbara et Fabienne invoquent aussi des pauses insuffisantes pour récupérer.

Cinq personnes mentionnent le « stress » (Barbara, Fabienne, Karin, Laure, Raphaël), qu'elles attribuent aux cadences, au travail à la chaîne, à la peur de ne pas arriver à suivre le rythme ou à atteindre les objectifs de production, mais aussi parfois à des tensions avec les collègues. On peut s'étonner que le stress soit rarement mentionné, alors que ce facteur est mis en avant non seulement par certaines études scientifiques (Bernard, et al., 1997, chap. 7; M. J. Smith & Carayon, 1996), mais aussi par les discours syndicaux, notamment pour dénoncer l'intensification du travail.¹⁵⁵ De manière intéressante, deux personnes réfutent même explicitement ma proposition lorsque je reformule le thème du travail rapide en termes de stress. Ainsi Anne estime que les contraintes de cadences ne créent pas de stress car « le stress, des fois on se le crée nous-même ». Nicolas dit qu'il ne se sent pas « sous stress », malgré les contraintes de production. Il explique : « un stress c'est quand tu arrives plus à assumer ton travail, ou ce que tu dois faire, parce que tu as l'esprit, si tu veux, qui est occupé à plein de choses, puis tu arrives plus à assumer ». Il ajoute : « là, si tu veux, c'est pas une sensation de stress, mais c'est une sensation de rapidité ». Les propos d'Anne et Nicolas ouvrent une interprétation possible du fait que le stress soit si rarement mentionné dans les entretiens : pour certaines personnes, cette notion renverrait à une défaillance personnelle et non à des caractéristiques du travail.¹⁵⁶

¹⁵⁵ De plus, la plupart des personnes interrogées rapportent des situations professionnelles où les facteurs décrits par les modèles classiques du stress sont présents : fortes exigences, faible latitude décisionnelle et faible soutien social (Karasek & Theorell, 1990) ; déséquilibre entre les efforts et les récompenses, notamment en termes de reconnaissance (Siegrist, 1996).

¹⁵⁶ A ce propos, on peut se référer aux recherches de Loriol (2006) qui révèlent une utilisation différente du terme stress selon les groupes professionnels. Par exemple, s'il est fréquent pour les infirmières de se dire stressées même dans des conditions de travail habituelles, les policiers interrogés n'utilisent que plus rarement ce terme, lorsqu'ils sont dépassés par les événements. En ce qui concerne les ouvrières interrogées, on verra que plusieurs évoquent un manque d'autonomie, des pressions de la part de supérieurs ou encore la nécessité de suivre un rythme imposé, sans pour autant conceptualiser le vécu de ces contraintes comme du stress. Ces quelques remarques soulèvent aussi un problème méthodologique : malgré l'objectif de rester proche des catégories utilisées par les ouvrières, on constate un décalage entre celles-ci et les catégories mobilisées pour l'analyse.

Une personne (Serge) mentionne un facteur professionnel très spécifique, le travail dans le froid, plus précisément avec les mains dans l'eau froide.

Pour douze personnes (toutes sauf Gisèle, Manon, Nicolas, Raphaël et Serge), l'effet de ces divers facteurs professionnels est lié à la durée d'exposition. Le problème ne viendrait pas seulement des caractéristiques de certaines tâches (répétitivité, poids, force), mais surtout du fait que celles-ci sont accomplies durant plusieurs heures, voire tout au long de la journée de travail. Certaines personnes décrivent en plus des journées de travail particulièrement longues, tantôt liées à des contrats particuliers qui reflètent la précarité de leur statut, tantôt découlant de la nécessité de compenser des bas salaires. Ainsi, pendant certaines périodes, Anne a pris du travail à domicile en plus des horaires d'usine. Lorsqu'elles avaient un statut d'auxiliaires, Fabienne et Pierrette faisaient fréquemment des journées très longues, allant jusqu'à douze ou quinze heures. N'y étant plus contrainte depuis l'abolition du statut d'auxiliaire, Pierrette a d'ailleurs continué à faire ce type d'horaire pour augmenter son salaire. Hélène a connu, au début de son activité de gainière, des horaires extrêmement longs, liés à son statut de travailleuse à domicile payée à pièce.

Pour dix personnes (Barbara, Coralie, Danielle, Gisèle, Hélène, Irène, Josiane, Laure, Pierrette, Raphaël), l'effet des facteurs professionnels est également lié à l'ancienneté, aux années durant lesquelles elles ont été exposées à ces contraintes. Elles font ainsi référence à un effet cumulatif des expositions.

Enfin, une personne (Irène) évoque un accident professionnel qui provoquerait des symptômes semblables à ceux du syndrome du canal carpien : douleurs et fourmillements dans les doigts. Cet accident est survenu alors qu'Irène utilisait pour la première fois une machine pour « couper des rondelles » de carton et de mousse. Mettant la main sous une pièce de la machine pour tenter de pallier un dysfonctionnement, Irène se fait écraser deux doigts qui sont « complètement foutus ». Elle relève que la machine avait une sécurité pour éviter ce genre d'accident, mais qu'elle « protégeait le côté qu'on n'avait pas besoin, elle protégeait pas le côté de la main. »

9.2.2 Les enjeux liés à l’invocation des différents facteurs

En invoquant des facteurs professionnels et non professionnels des TMS, les personnes interviewées décrivent pour la chercheuse et s’expliquent à elles-mêmes les conditions qui ont conduit au développement des troubles. Ces explications ont toutefois souvent aussi d’autres enjeux : les ouvrières peuvent notamment chercher à faire reconnaître le rôle du travail dans leurs troubles et souligner sa pénibilité, réfléchir sur la contribution relative de différentes causes, produire des théories générales sur les TMS (par exemple, sur la manière dont ils affectent les hommes ou les femmes, surviennent dans certains métiers, affectent certaines collègues et pas d’autres), trouver les moyens d’agir sur la maladie, avouer leur impuissance à le faire, revendiquer la reconnaissance d’une maladie professionnelle ou encore comprendre l’évolution défavorable des troubles. Pour des raisons d’économie, je discuterai ici quatre de ces enjeux, laissant de côté ceux qui sont évoqués dans d’autres sections.

Réfléchir au poids respectif de différentes causes

Dans certains cas, les personnes développent des réflexions sur le poids respectif de différentes causes, notamment pour essayer de juger si la maladie découle principalement du travail ou non. J’en donnerai un exemple avec le cas de Manon, qui souffre du syndrome du canal carpien à la main gauche au moment de l’entretien et qui s’est déjà fait opérer pour ce problème à la main droite huit ans auparavant. Au début de l’entretien, Manon attribue le premier épisode du syndrome du canal carpien aux contraintes de son travail, notamment placer, visser et dévisser de lourdes bobines toutes les vingt minutes. Elle nuance toutefois ensuite le rôle du travail, affirmant : « alors moi je ne veux pas dire que c’est venu à cause de ça, [...] mais une certaine partie oui [...] je pense que si je faisais pas ce geste à répétition comme je le faisais à l’époque, peut-être que je l’aurais eu plus tard ». Un peu plus tard dans l’entretien, elle reprend ce thème.

Extrait 61 : Manon (fabrique de papier, 1)

- 76 M alors c’est là où je voulais en venir XXXX c’est pour ça que je disais au début
que je pense pas que ce soit vraiment à cause du travail
- 77 IP ouais
- 78 M parce que la main gauche, je n’ai jamais serré ces bobines avec, et ça fait
maintenant cinq sept ans, grosso modo, que j’étais plus sur machine
- 79 IP ouais

- 80 M et le médecin là, quand je l'ai vu, ben il y a deux semaines que j'ai été le voir le docteur J, il m'a dit que quelqu'un qui a eu un problème du canal carpien aussi jeune ou encore plus jeune que moi, ne peut pas échapper à l'autre main
- 81 IP mhm
- 82 M que c'est génétique
- 83 IP lui, il vous a dit que c'était génétique
- 84 M voilà. Que ces personnes-là ont déjà un canal qui est plus serré que les autres
- 85 IP ouais, d'accord
- 86 M maintenant, je sais pas si c'est vraiment le cas

Manon fait ici l'hypothèse que le syndrome du canal carpien n'est pas « vraiment » causé par le travail car, plusieurs années après avoir été opérée de la main droite, elle est atteinte à la gauche qui ne subit pourtant pas les mêmes contraintes. Le raisonnement sous-jacent est que si son syndrome du canal carpien avait été d'origine professionnelle, elle n'aurait pas dû être atteinte de la main gauche. Il s'appuie sur le discours du médecin qui lui aurait récemment affirmé que dans son cas le syndrome du canal carpien serait d'origine génétique¹⁵⁷, fournissant ainsi une explication pour la survenue de l'affection aux deux mains. Manon affiche toutefois un certain scepticisme par rapport aux explications du médecin : « maintenant, je sais pas si c'est vraiment le cas ». On peut interpréter ce commentaire comme une précaution par rapport à la chercheuse dont Manon peut supposer qu'elle attribue plutôt les TMS au travail, mais aussi comme une manière de nuancer les propos du médecin pour laisser de la place au rôle des facteurs professionnels que Manon décrit ailleurs dans l'entretien.

Manon utilise donc le discours du médecin pour comprendre d'où vient sa maladie, mais il ne s'agit pas d'une simple reprise. Au contraire, elle retravaille ce discours pour créer une version des faits cohérente avec son expérience personnelle. Pour cela, elle mène un débat entre des explications possibles (« je ne veux pas dire que c'est venu à cause de ça, [...] mais une certaine partie oui ») étayées par des arguments (l'âge, le fait

¹⁵⁷ L'argument que Manon attribue au médecin pour déterminer le caractère « génétique » du syndrome du canal carpien, c'est-à-dire son jeune âge, est à l'opposé des raisonnements mis en œuvre par les assurances-accidents qui estiment au contraire qu'un syndrome du canal carpien qui se déclare chez une personne jeune a plus de chances d'être d'origine professionnelle que s'il se déclare plus tard.

que les deux mains soient touchées, le fait que personne d'autre dans sa famille n'a eu ce problème, les contraintes du travail, etc.) qui sont portés par diverses voix, en particulier celle du médecin, celle du sens commun et différents positionnements adoptés par Manon (parler à partir de son expérience, parler à partir d'un raisonnement logique, etc.). On peut repérer une sorte de synthèse qui permet de tenir compte à la fois de facteurs personnels et professionnels, exprimée sous forme d'hypothèse au début de l'entretien : « je pense que si je ferais pas ce geste à répétition comme je le faisais à l'époque, peut-être que je l'aurais eu plus tard ».

Mettre en avant le rôle du travail en soulignant sa pénibilité

Dans le passage suivant, Anne explique la survenue du syndrome du canal carpien en insistant sur la pénibilité de son travail.

Extrait 62 : Anne (gainerie, 1)

- 20 A et j'étais à la couverture, comment on dit, huit heures par jour. Et puis la peau maintenant, comment on dit, elles viennent plus toujours plus dures pour tirer. Parce que comme on peut pas mettre les matières dans la- je sais pas quelle ma- comment on dit
- 21 IP pour les rendre plus souples ?
- 22 A voilà
- 23 IP il y a une
- 24 A alors maintenant la peau, elle vient toujours plus dure. Alors pour tirer, je vous explique pas. Je vous dis, on est arrivé des fois le soir, même avec les autres personnes, on avait des boules là. Parce qu'on devait faire la force et tirer comme des sauvages.
- 25 IP mhm mhm
- 26 A et puis à cause de ça, petit à petit, j'ai commencé à avoir mal, et puis dernièrement je tirais le- je couvrais un écrin, et j'ai dû m'arrêter parce que j'arrivais plus à suivre. Parce que les mains qui me lâchaient.

Anne explique ici la survenue du syndrome du canal carpien par le travail de couverture des écrins, plus précisément par un geste, celui de « tirer » (le terme « étirer » semblerait plus précis) le cuir pour recouvrir les boîtes, et par la force qu'il nécessite. Elle souligne au passage le rôle joué par la qualité du cuir, devenu moins souple et donc plus difficile à tirer. Elle met en cause le fait de se consacrer uniquement à cette tâche « huit heures par jour » (contrairement au poste de suppléante qu'elle occupait précédemment et qui

offrait des tâches plus variées et moins pénibles). Elle sous-entend par ailleurs que la durée pendant laquelle elle a effectué ce travail (plusieurs années) joue un rôle : « petit à petit, j'ai commencé à avoir mal ».

Tout en décrivant les causes de son affection, Anne insiste sur la pénibilité de son travail, « pour tirer, je vous explique pas », « on devait faire la force et tirer comme des sauvages », elle met en évidence ses conséquences physiques, « on avait des boules là », et le fait qu'elle n'était pas la seule à en souffrir, « on est arrivé des fois le soir, même avec les autres personnes, on avait des boules là ». Il semble qu'Anne cherche à faire reconnaître la pénibilité du travail, le sien et celui de ses collègues. Par ailleurs, dans le dernier tour de parole de l'extrait, elle souligne qu'elle n'a pas cessé le travail à cause des douleurs, mais parce qu'elle n'arrivait plus à effectuer le travail : « j'ai dû m'arrêter parce que j'arrivais plus à suivre. Parce que les mains qui me lâchaient ». On pourrait comprendre tout ce passage comme une argumentation contre des discours sous-entendus qui attribueraient la maladie à une faiblesse personnelle ou alors qui minimiseraient sa gravité. Cette interprétation est étayée par le fait qu'Anne relate dans l'entretien ses procédures avec la Suva, qui ne veut pas reconnaître l'origine professionnelle de son syndrome du canal carpien, et avec l'AI, dans le cadre de laquelle elle doit prouver la réalité de ses handicaps.

Elaborer une théorie générale

Dans certains cas, les interviewées n'expliquent pas seulement leur maladie, mais élaborent une théorie plus générale qui explique par exemple quels types de TMS surviennent dans quels métiers, pourquoi certaines personnes sont affectées et d'autres non, ou encore pourquoi les femmes ou les hommes sont plus touchés par l'un ou l'autre type de TMS. Dans l'extrait suivant, Karin répond à une question de la chercheuse sur d'éventuelles causes non professionnelles des TMS, ce qui lui permet en même temps de rendre compte des différences interindividuelles.

Extrait 63 : Karin (gainerie)

- 69 IP vous pensez qu'il y a d'autres choses qui ont fait que vous ayez ça ou bien c'est seulement le travail ?
- 70 K peut-être que j'avais un terrain favorable. Va savoir. Mais je vois, avec le nombre de personnes qui ont des problèmes au travail, de mains et tout, c'est beaucoup aussi les efforts et le travail- les mouvements répétitifs. Puis de

travailler beaucoup tout penché. Suivant ce qu'on fait, on est tout comme ça, alors bien sûr ça fait pas du bien ici puis là. Puis on se crispe parce qu'on fait, on va vite, on est crispé, c'est des tensions je pense aussi. Il y a des personnes qui s'en sortent mieux que d'autres, qui sont moins fragiles que d'autres, puis d'autres ça leur sort déjà.

Karin évoque ici plusieurs causes possibles des TMS, d'une part des dispositions individuelles, d'autre part, des facteurs professionnels. Cependant, elle ne traite pas ces deux types de facteurs sur un pied d'égalité. En effet, elle présente le « terrain favorable » comme une simple hypothèse (« *peut-être* que j'avais un terrain favorable. *Va savoir* »), contredite par son expérience directe : « mais je vois, avec le nombre de personnes qui ont des problèmes au travail, de mains et tout, c'est beaucoup aussi les efforts ». Toutefois, pour établir le rôle du travail, Karin a aussi besoin d'expliquer que toutes les collègues ne soient pas affectées de la même manière. Elle invoque alors des différences dans la résistance aux contraintes du travail : « il y a des personnes qui s'en sortent mieux que d'autres, qui sont moins fragiles que d'autres, puis d'autres ça leur sort déjà ». Karin produit ainsi une théorie qui permet de rendre compte des différences interindividuelles sans remettre en cause le rôle fondamental du travail.

Du point de vue dialogique, l'argumentation de Karin en faveur du rôle du travail est en premier lieu une réponse à la chercheuse qui lui demande si d'autres facteurs ont pu intervenir. Ce dialogue en présence fait surgir une pluralité de voix dans les propos de Karin, ce qui se marque de plusieurs manières. Par exemple, en disant « *peut-être* que j'avais un terrain favorable. *Va savoir* », Karin porte un regard sur son propre discours (Salazar Orvig, 2005), en l'occurrence pour jeter le doute sur l'hypothèse du « terrain favorable ». Par ailleurs, lorsqu'elle dit « *peut-être* que j'avais un terrain favorable. *Va savoir*. Mais je vois, avec le nombre de personnes qui ont des problèmes au travail », elle oppose deux positions par le biais du « mais ». On entend ainsi deux voix différentes, l'une appartenant au domaine médical (« un terrain favorable »), l'autre au domaine de l'expérience personnelle (« je vois »). Enfin, Karin fait intervenir une voix de sens commun, présentée sous forme d'énoncé générique, « il y a des personnes qui s'en sortent mieux que d'autres » sur laquelle elle s'appuie pour expliquer les différences interindividuelles. Globalement, ces différentes voix servent un mouvement

argumentatif, qui au-delà d'une concession sur une hypothétique prédisposition, démontre le rôle du travail dans les troubles.

Revendiquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle

Dans certains cas, les personnes évoquent des facteurs professionnels pour revendiquer l'origine professionnelle de la maladie (avec différents motifs : prestations d'assurance, transformation des conditions de travail, reconnaissance de leur statut de victime du travail, etc.). Alors que ce type d'argumentation est souvent sous-entendu, elle est au contraire très explicite dans l'extrait suivant où Coralie exprime ses motivations par rapport à la procédure de reconnaissance par la Suva.

Extrait 64 : Coralie (gainerie, 1)

- 1045 C au moins on aura- on se sera battu pour quelque chose, pas pour rien.
1046 IP mhm ouais
1047 C pour les suivants, il faut quand même qu'ils reconnaissent certaines maladies professionnelles, c'est pas possible.
1048 IP ouais
1049 C le problème, pourquoi on est beaucoup à *L'Ecrin*, il y a bien une raison quand même, pourquoi ? C'est des travaux répétitifs, c'est les mouvements de mains, c'est les ciseaux, c'est- Je veux dire on n'a pas tous en même temps le même problème, il y en a eu d'autres hein. C'est qu'il y a un problème

Coralie avance ici des arguments en faveur de la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles : elle invoque le fait que ces maladies touchent beaucoup de collègues dans son entreprise, même s'ils n'ont « pas tous en même temps le même problème » ; elle met aussi en avant des facteurs professionnels présentés comme indiscutables : « c'est des travaux répétitifs, c'est les mouvements de mains, c'est les ciseaux ». Son discours, au ton très argumentatif (usage des « quand même », du « hein », d'une question rhétorique : « pourquoi on est beaucoup à l'Ecrin ») semble s'adresser directement à la Suva autant qu'à la chercheuse. Coralie semble en effet dialoguer avec une voix sous-entendue qui dirait que les TMS ne sont pas dus au travail, qui attribuerait la survenue des cas à l'Ecrin au hasard ou encore qui traiterait les TMS comme des problèmes d'individus.

9.2.3 Commentaires généraux sur les contenus et les enjeux

La plupart des personnes interrogées attribuent leurs troubles avant tout au travail. Elles décrivent de nombreux aspects du travail (mouvements, rythmes, efforts, durée, etc.) comme facteurs des TMS. Lorsque des facteurs extraprofessionnels sont évoqués, ils ne sont pas forcément présentés comme contradictoires avec les facteurs professionnels. Dans certains cas, ils permettent de fournir une explication sur le fait que toutes les collègues ne sont pas touchées de la même manière (par exemple, lorsque Coralie, Danielle, Fabienne ou Karin invoquent des prédispositions), ou de fournir une explication sur l'évolution négative des troubles (par exemple, lorsqu'Anne invoque une erreur médicale ou que d'autres personnes disent avoir trop attendu avant de se soigner). Dans d'autres cas, il s'agit de complexifier les explications en indiquant que la maladie a plusieurs causes, par exemple, lorsqu'Irène invoque non seulement des facteurs professionnels, mais aussi un accouchement, une hospitalisation et le travail domestique. En définitive, seule Manon attribue son syndrome du canal carpien en premier lieu à une cause extraprofessionnelle (une prédisposition génétique), estimant que les contraintes professionnelles n'ont fait qu'accélérer la survenue d'une pathologie inévitable. Globalement, les discours des ouvrières sur les causes des TMS tranchent donc avec la faible reconnaissance sociale du rôle du travail dans la survenue de ces troubles, que ce soit du point de vue de leur reconnaissance en tant que maladies professionnelles par les assurances-accidents ou de la rareté des mesures pour aménager le travail et son organisation.

Les discours sur les causes professionnelles et extraprofessionnelles des TMS répondent à des questions de la chercheuse sur ce thème. Toutefois, le fait d'attribuer des causes aux TMS recouvre des enjeux autres qu'une simple description de l'origine de la maladie. Sans revenir sur l'ensemble des analyses présentées, j'en soulignerai deux aspects. Premièrement, plusieurs personnes élaborent des théories qui permettent d'expliquer par exemple, pourquoi certaines collègues sont atteintes et d'autres non, pourquoi les femmes sont plus souvent touchées que les hommes (etc.). Elles déploient un travail cognitif pour intégrer diverses observations et différents discours sociaux (par exemple, lorsque Karin évoque la notion à consonance médicale de « terrain favorable » ou sa version de sens commun, les « personnes qui s'en sortent mieux ») et produire une version cohérente des causes de la maladie. Deuxièmement, de nombreuses personnes

insistent fortement sur la pénibilité de leur travail. L'accent mis sur les contraintes du travail est parfois lié à des procédures avec les assurances sociales : il s'agit de faire reconnaître les TMS comme maladies professionnelles par l'assurance-accidents ou de se faire reconnaître comme réellement invalide par l'AI (la pénibilité du travail prouvant alors que les troubles ne sont pas imaginaires ou simulés). L'absence de reconnaissance a des conséquences très concrètes et les discours sont souvent chargés émotionnellement lorsque les ouvrières évoquent les situations difficiles que cela entraîne (incertitudes et difficultés financières, obligation de poursuivre un travail pénible, etc.). Mais la reconnaissance revendiquée dépasse le cadre institutionnel et touche plus fondamentalement au rapport aux autres : décrire la dureté de son travail permet de se présenter comme quelqu'un qui ne rechigne pas à la tâche, donc de se défendre contre le soupçon que l'on serait en train d'exagérer les troubles et de préserver une identité positive (un thème qui sera approfondi plus loin). Par ailleurs, les entretiens sur les TMS peuvent aussi être une occasion de faire connaître à des personnes extérieures au monde des usines les conditions de travail parfois très difficiles vécues par les ouvrières. Plusieurs d'entre elles abordent d'ailleurs la pénibilité du travail comme une réalité globale, qui présente plusieurs facettes : des cas de harcèlement sexuel liés au pouvoir des chefs sur les ouvrières (Hélène), le dénigrement de ses compétences par la hiérarchie (Nicolas), le bruit des machines (Fabienne, Nicolas), la chaleur ou les courants d'air (Manon), l'exposition à des produits toxiques comme la colle (Irène), les accidents avec les machines (Irène, Josiane), etc. Certaines personnes expriment leur motivation à participer à la recherche ou à la démarche syndicale pour faire connaître cette réalité et contribuer à la transformer, par exemple : « et je vous dis franchement, on pourrait faire plein de prévention. [...] améliorer la façon d'exécuter, pour épargner puis protéger un peu l'ouvrier. [...] Et je suis contente que vous fassiez ça, puis c'est pour ça que j'ai aussi collaboré à ça parce que je suis consciente de ces lacunes qu'il y a. » (Hélène) ou « alors j'espère que vous pourrez, avec ce que vous ferez, protéger d'autres personnes plus jeunes que moi » (Barbara). Leur discours ne s'adresse ainsi pas qu'à la chercheuse, mais aussi au public éventuel de sa recherche et il décrit une réalité collective plutôt qu'individuelle, ce qui se marque notamment par l'usage de la première personne du pluriel.

9.3 Les moyens et l'organisation du travail

Quinze personnes (toutes sauf Pierrette et Serge) ne se contentent pas de désigner des facteurs professionnels, mais expliquent aussi comment ceux-ci découlent des moyens à disposition pour réaliser les tâches et organiser le travail.

9.3.1 Description

Les outils et l'aménagement des postes

Huit personnes expliquent comment les caractéristiques des outils, des machines ou l'aménagement des postes renforcent les expositions aux facteurs de risque. Coralie et Hélène évoquent ainsi des ciseaux ou des couteaux qui coupent si mal qu'il faut déployer plus de force pour couper les tissus. Hélène note d'ailleurs que depuis plusieurs années, elle aiguisé ses ciseaux elle-même. D'autres personnes mettent en évidence des sièges qui rendent les postures pénibles (Coralie), avec des dossiers « pas assez hauts », qui « ne servaient à rien » (Evelyne). Irène évoque l'aménagement spatial de l'atelier, qui contraint à porter des cartons jusqu'à l'autre bout de la pièce pour les poser sur la palette. Fabienne, Gisèle et Nicolas évoquent également le manque d'élévateurs pour faciliter le levage des charges et éviter des postures pénibles. Nicolas évoque en outre la manière dont le nouveau massicot sur lequel il travaille a été installé. Sa disposition conviendrait à un gaucher alors que tous les ouvriers du secteur sont droitiers. Cela contribue à multiplier les efforts, « quand tu prends le papier, tu prends de la main gauche, tu le mets dans la main droite, pour après le jeter à gauche », et les postures inconfortables, « chaque fois que tu veux tirer ou porter ou prendre quelque chose, ben tu es toujours en contresens ».

Dans certains cas, des changements soulignent a posteriori les lacunes de conception des machines ou l'insuffisance des outils. Par exemple, Manon note une amélioration lors du remplacement des machines qui fabriquent les filtres, puisque les nouvelles machines ont un dispositif qui permet de fixer les bobines de papier sans devoir les visser. Autre exemple, Nicolas relève que le nouveau massicot sur lequel il travaille a été livré avec un outil qui permet d'égaliser les piles de papier en évitant les positions articulaires extrêmes des poignets. Il note que cet outil est très simple et que les ouvriers auraient pu le fabriquer eux-mêmes, mais n'y ont pas pensé : « c'est simplement un

morceau de bois d'équerre avec une poignée, hein, c'est tout. Mais on n'a jamais pensé à le faire. Ou enfin parce qu'on a toujours eu l'habitude de travailler comme ça, en fait. » Ces exemples montrent que les moyens de faire le travail sont parfois acceptés comme des données intangibles : il faut un élément externe pour provoquer un changement de regard et considérer qu'il s'agit de conditions de travail modifiables.

Par ailleurs, je mentionnerai un dernier thème, qui n'est pas lié aux outils, mais aux matières premières. En effet, Anne rapporte que les cuirs sont devenus moins souples, moins extensibles, ce qui rend plus difficile la couverture des écrins. Elle attribue ce changement de qualité au fait que de nouvelles normes légales interdisent l'usage des produits autrefois utilisés pour assouplir le cuir, « à cause de la pollution ». On voit donc ici comment des changements dans un contexte extérieur à l'entreprise peuvent avoir des incidences jusque sur les gestes des ouvrières. On peut également relever que si l'encadrement et la direction sont conscients de ce changement (j'ai pu le vérifier lors d'un entretien avec le directeur), ils ne semblent pas avoir mis en place de stratégie pour limiter ses conséquences sur l'activité des gainières.

Les contraintes temporelles

Neuf personnes explicitent les contraintes à l'origine de cadences trop rapides. Trois personnes font référence à des objectifs de production fixés et vérifiés par les chefs. Ainsi, Anne décrit des objectifs trop élevés, « des fois, il y avait des heures que je sais pas où ils allaient les chercher », alors que Danielle et Evelyne mettent en évidence les pressions de l'encadrement pour atteindre les objectifs. Pour leur part, Fabienne, Gisèle et Laure pointent du doigt les réductions de personnel et l'insuffisance des effectifs. Fabienne souligne également que l'entreprise refuse désormais de payer des heures supplémentaires, si bien que les ouvriers sont poussés à travailler plus rapidement. De son côté, Laure met en évidence les effets pervers de l'automatisation. Deux ouvrières travaillaient auparavant sur chaque machine, l'une conduisant la machine, l'autre ramassant les produits finis. L'introduction d'une ramasseuse automatique a entraîné la suppression du second poste et une intensification du travail : « alors la conductrice, elle faisait les deux travaux, parce que la ramasseuse, bien sûr, elle ramasse, mais les cartons, il faut les tirer tout le temps dans la ramasseuse ».

En outre, certaines personnes évoquent des dispositifs spécifiques qui imposent des contraintes de cadences. Ainsi, Barbara et Hélène expliquent que le travail à la chaîne oblige à tenir le rythme parce que, comme l'expose Barbara, « sinon la prochaine personne, elle t'attend. C'est-à-dire ce n'est pas que ça atteint seulement moi. Ça atteint les vingt les trente personnes qui sont aussi devant toi. » Hélène évoque aussi le travail payé à la pièce, qu'elle effectuait au début de son emploi à la gainerie. La pression temporelle était alors dictée par la nécessité de produire suffisamment de pièces pour atteindre un minimum de salaire. En ce qui concerne le travail dans les ateliers, elle relève que les chefs fixent des objectifs de production individualisés, qu'ils augmentent lorsque les ouvrières les atteignent : « quand tu as fait 120 aujourd'hui, demain tu vas faire 140 ». Trois personnes (Fabienne, Gisèle, Raphaël) voient leur rythme de travail dicté par celui de machines qu'elles ne peuvent régler elles-mêmes. Fabienne relève toutefois qu'elle arrive en principe à négocier la cadence avec le régleur pour que le rythme soit soutenable, tandis que Raphaël décrit en revanche : « C'est RoboCop. C'est les machines qui te poussent. » L'entreprise où il travaille a mis en place un système de bonus qui pousse les ouvriers à atteindre des objectifs de production élevés. Il faut faire 9000 pièces entre les deux équipes pour l'atteindre, si bien que chaque équipe est obligée de faire au moins 4500 pièces, sous peine de ne pas obtenir le bonus, et de se le voir en outre reprocher par l'autre équipe.

Par ailleurs, trois personnes (Danielle, Fabienne, Gisèle) mentionnent les contraintes imposées par les clients, par exemple : « le client, il est gentil mais bon il donne ça et puis dans huit jours il veut tout avoir » (Danielle), « on est vraiment stressé de tous les côtés, parce que les clients ils veulent davantage » (Fabienne). Ces ouvrières disent donc subir des contraintes de type marchand, notamment des délais imposés par les clients, qui dans un modèle d'organisation traditionnelle étaient gérées par les organisateurs du travail. Cela reflète une évolution plus générale de l'organisation du travail. En effet, comme le notent Gollac et Volkoff, depuis les années 1980 (en France), « le poids des logiques marchandes s'est accru dans les entreprises industrielles » (Gollac & Volkoff, 2000, p. 71) sans pour autant faire disparaître les contraintes industrielles (par exemple, en ce qui concerne les rythmes de travail : les normes ou la conception des équipements). Les auteurs décrivent cette évolution comme une « hybridation des modes d'organisation

industriel et marchand » qui contribue à accroître les contraintes de rythme et à intensifier le travail (Gollac & Volkoff, 2000).

Les contraintes temporelles ont plusieurs conséquences : elles empêchent de bénéficier de temps plus calmes ou de repos pour récupérer ; elles augmentent le stress et la tension, la « peur de ne pas arriver à suivre » (Fabienne) ; elles poussent à adopter des gestes plus rapides mais plus contraignants (par exemple, Barbara évoque une manière d'ouvrir les cartons en les tenant dans la main, qui gagne du temps, mais abîme la main).

La planification et la coordination du travail

Quatre personnes évoquent des dimensions liées à la planification ou à la coordination du travail. Ainsi, Anne attribue la dureté du cuir à la manière dont ses collègues « refendent » les peaux qui arrivent brutes à l'usine, sans tenir compte du travail des ouvrières de la couverture. Dans le même sens, Hélène relève que le représentant de l'entreprise ne tient pas compte de la pénibilité du travail dans les matériaux qu'il propose aux clients, ce qu'elle attribue à son absence de connaissance du travail réellement effectué par les ouvrières. En outre, elle pointe une absence de préparation du travail de la part des chefs, alors même que ce serait leur rôle d'étudier « la façon d'exécuter le travail ». Gisèle invoque un déficit de « coordination entre les chefs », si bien qu'elle est « toujours en train de changer de travail [...] on n'a pas fait la moitié qu'il faut arrêter pour prendre un autre ». Cette situation accroît la pression temporelle, empêche les ouvrières d'anticiper et d'organiser leur travail. Nicolas, qui travaille dans la même entreprise de reliure, note également : « on doit toujours faire vite parce qu'on est toujours mal organisé ».

La répartition du travail

Neuf personnes (Anne, Barbara, Coralie, Gisèle, Hélène, Irène, Josiane, Karin, Laure) soulèvent des problèmes liés à la répartition du travail. Certaines mettent l'accent sur la répétitivité des tâches due au fait de garder toujours le même poste et supposent qu'une rotation permettrait de varier les efforts. D'autres mettent en cause une répartition inéquitable de la pénibilité, où certaines « sont bien tranquilles » (Barbara) ou « se la coulent douce » (Josiane). Si la rotation des postes est souvent évoquée comme piste de

solution, plusieurs personnes relèvent toutefois ses limites. A titre d'exemple, Nicolas s'y déclare opposé car cela impliquerait de devoir partager son poste avec plus de collègues et donc remettre en question la personnalisation de la place de travail. Coralie relève qu'une personne qui « connaît bien son travail » travaille plus vite et que la rotation pourrait diminuer « la rentabilité ». Par ailleurs, Danielle met en évidence que les différents postes impliquent en réalité souvent le même type de sollicitations si bien qu'une rotation n'atténuerait pas forcément l'exposition aux risques.

9.3.2 Enjeux

Je discuterai trois enjeux de ces explications : dénoncer une situation, élaborer des pistes pour la prévention des TMS et souligner les difficultés de la prévention.

Dénoncer une situation

Dans quelques cas, les discours visent surtout à dénoncer une situation injuste, comme celui de Josiane :

Extrait 65 : Josiane (gainerie, 1)

105 J j'estime que c'est mal réparti. Je veux dire c'est toujours les deux mêmes tables qui vont recouvrir la boîte, c'est toujours la même table qui va garnir la boîte, c'est toujours la même table qui va faire le finissage de la boîte, [...] je trouve que ce serait moins pénible pour nous d'échanger quoi. Et puis c'est vrai que moi je dirais, on n'arrive pas à changer la mentalité. Je veux dire on n'arrivera pas à faire comprendre au chef que ce serait moins pénible pour nous aussi, on serait peut-être moins malade aussi, si on avait le travail plus varié quoi [...] Je dirais que le travail n'est pas euh comment il faudrait dire, comment il faudrait dire ça

106 IP (rire) de façon diplomatique

107 J (rire) ouais diplomatique, plutôt diplomatique, pas rentrer dans le cadre mais bon c'est plus facilement que je me dirais « mais regarde-moi cette pétasse ce qu'elle fait » quoi. Non je dirais qu'il y en a vraiment qui se la coulent douce. Puis d'autres qui se crèvent le cul toute la journée. Puis ça, je trouve que c'est dégueulasse quoi

Josiane dénonce, en termes crus, une situation injuste dans laquelle certaines ouvrières ont un travail peu astreignant alors que d'autres effectuent un travail très pénible. Tout en attribuant à son chef la responsabilité de cette situation, elle exprime également de

l'agressivité envers les collègues qui bénéficient d'un traitement de faveur. On peut faire l'hypothèse que le sentiment d'impuissance (« on n'arrivera pas à faire comprendre au chef ») et la difficulté à donner une dimension collective aux plaintes empêchent la dénonciation de déboucher sur des initiatives concrètes. La dénonciation de l'injustice devient alors occasion de se démarquer par rapport aux autres, sur un plan identitaire, plutôt que d'entreprendre des actions qui permettraient de transformer la situation matérielle, mais aussi probablement les rapports entre collègues et le rapport de chacune au travail.

Elaborer des pistes pour la prévention des TMS

Dans d'autres cas, le discours sur l'organisation et les moyens du travail consiste plutôt à réfléchir sur la manière de prévenir les TMS, comme le fait Fabienne :

Extrait 66 : Fabienne (imprimerie, 1)

21 F c'est le mouvement, de se retourner vers la palette pour prendre les paquets de journaux et les mettre dans la machine, donc ça vient aussi un peu les cervicales et peut-être les gestes de faire comme ça, ou de se baisser. [...] ils sont pas toujours disons à la hauteur, il y a des moments [...] il y a des transpalettes qui manquent, ou parce qu'ils sont en panne, ou parce qu'on est en trop, puis ils n'ont pas commandé assez. Enfin, donc on met deux ou trois palettes, pour servir, pour faire un petit peu plus haut. Et puis au début, quand c'est comme ça, le problème, c'est que la palette, elle est un peu haute, si les gens sont petits comme c'est mon cas, alors il faut soulever trop les bras, pour prendre les derniers paquets. Et si on met pas ces palettes là, parce qu'il arrive aussi qu'à la fin, ben il faut trop se pencher, pour prendre les paquets. Donc l'idéal c'est toujours d'avoir les transpalettes parce que là on peut modifier, au fur et à mesure qu'on avance, la palette, on peut toujours le mettre à la hauteur qu'il faut pour ne pas trop se pencher, ni soulever trop les bras. [...] si est-ce qu'on peut comme je dirais, disons modifier quelque chose, ça pourrait être un point déjà pour prévenir

Fabienne souligne l'importance de pouvoir se servir des paquets à la bonne hauteur, ce qui évite des mouvements (trop) pénibles. Les transpalettes, à hauteur réglable, permettent cet ajustement, mais il n'y en a pas toujours assez pour chaque personne. Fabienne et ses collègues ont alors le choix entre bricoler une solution en empilant des palettes les unes sur les autres ou laisser la palette par terre, mais aucune de ces deux

options n'est satisfaisante. Dans un cas, il faut « soulever trop les bras », dans l'autre, « il faut trop se pencher, pour prendre les paquets ». Fabienne réfléchit ici aux déterminants organisationnels de la pénibilité, et propose une mesure élémentaire qui contribuerait à prévenir les TMS, le fait de disposer d'un nombre suffisant de transpalettes : « ça pourrait être un point déjà pour prévenir. »

Du point de vue des caractéristiques dialogiques, Fabienne ne met pas en scène explicitement des voix autres. Toutefois, il est intéressant de noter la récurrence du pronom « on » et des tournures impersonnelles pour décrire son travail et les aménagements effectués : « on met deux ou trois palettes », « si les gens sont petits », « il faut soulever trop les bras », « si on met pas ces palettes », etc. Fabienne s'inclut par ce biais dans un collectif de travail qui développe des moyens de faire face aux aléas du travail (ici le manque de transpalettes). En outre, lorsqu'elle énonce « l'idéal c'est toujours d'avoir les transpalettes parce que là on peut modifier, au fur et à mesure qu'on avance, la palette », elle fait référence à un savoir-faire de prudence (Cru, 1996) qui est présenté sous la forme d'une vérité générale (énoncé générique). Elle suggère ainsi qu'il s'agit d'un savoir-faire collectif¹⁵⁸ et non d'une perception qui lui est propre.

Souligner la difficulté de prévenir des TMS

Parfois les discours mettent l'accent sur les obstacles aux transformations de l'organisation et des moyens du travail :

Extrait 67 : Anne (gainerie, 1)

- 189 IP mais d'après vous, ce serait possible de rendre ce travail de couverture moins pénible, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que ça aille
- 190 A (soupir) il y a rien à faire. Bon, déjà je veux dire, celui-là qui fait le parage de la peau, parce que la peau, elle vient brute quand elle arrive, après il faut la refendre, à la machine. Déjà ceux-là qui la refendent, ils- comment dire, comme c'est pas eux qui tirent, alors ils font, ils- la machine, si par exemple la peau on doit la faire à deux et demi ou trois et demi d'épaisseur, mais ils regardent pas si elle est souple ou pas. Parce que **des fois, ça c'est juste un**

¹⁵⁸ Sans qu'on puisse déterminer qui est inclus dans ce collectif. En effet, dans les entretiens, Fabienne souligne que ses collègues directs sont peu attentifs à la protection de leur santé et que ce sont surtout les membres de la commission du personnel qui portent ces questions dans l'entreprise.

coup de doigté pour savoir la peau si elle est souple, de la faire un petit peu plus fine, de la faire un petit peu plus épaisse. **C'est marqué, ils doivent la refendre à trois et demi.** Ils mettent la machine en marche, boum boum boum boum, et puis après « démerdez-vous ». Après, on déchire, on n'arrive pas à la tirer, il manque la peau, on se fait engueuler parce que vous dépensez je sais pas combien de peaux pour faire par exemple douze boîtes

Le discours d'Anne peut sembler contradictoire. Tout en affirmant l'impossibilité de changer la situation, elle indique en fait une voie possible pour alléger son travail : il faudrait que les ouvriers chargés de parer la peau tiennent compte de l'effet de leur travail sur celui de leurs collègues en aval. Pour Anne, un tel changement semble toutefois impossible à mettre en œuvre. Il n'y a pas d'intervention de la part des supérieurs hiérarchiques, par exemple pour redéfinir les prescriptions. Il n'y a pas non plus de discussion entre Anne et ses collègues qui refendent la peau sur la manière de réaliser le travail, ce qui permettrait d'explicitier les actions des uns et des autres, les problèmes auxquelles leurs arbitrages répondent et de les faire éventuellement évoluer. Autrement dit, il n'y a pas d'espace pour des controverses de métier permettant l'élaboration du genre de l'activité (Clot, 2008, p. 110). Au contraire, la situation dégénère en conflits interpersonnels. Anne soupçonne ses collègues d'égoïsme et de mauvaise volonté, alors que les chefs imputent aux ouvrières de la couverture un gaspillage de matériel sans considérer les contraintes auxquelles elles font face : « on se fait engueuler parce que vous dépensez je sais pas combien de peaux pour faire par exemple douze boîtes ».

L'extrait cité met en scène plusieurs voix. Outre des discours rapportés qui rendent le récit plus vivant (« démerdez-vous », « vous dépensez je sais pas combien de peaux »), Anne fait intervenir la voix du métier à travers un énoncé générique : « des fois, ça c'est juste un coup de doigté pour savoir la peau si elle est souple » et la voix de la prescription à travers un écrit rapporté : « c'est marqué, ils doivent la refendre à trois et demi ». En opposant ces deux voix, Anne se pose en ouvrière expérimentée, qui s'appuie sur le métier pour orienter ses actions, et sous-entend que ses collègues suivent en revanche la seule voix de la prescription sans tirer parti des savoir-faire du métier.

9.3.3 Commentaires généraux sur les contenus et les enjeux

Les entretiens montrent que les carences d'organisation du travail ont des conséquences majeures pour les ouvrières qui subissent alors les aléas des commandes et de la production. On peut comprendre ces effets en recourant à la notion de travail d'articulation (Strauss, 1992a, p. 191), ce travail de coordination indispensable, mais souvent invisible et impensé, dont l'absence menace la qualité du travail accompli tout en accroissant la dépense d'énergie physique et psychique nécessaire pour réaliser les tâches (Grosjean & Lacoste, 1999, p. 166). En suivant les développements proposés par Grosjean et Lacoste (1999, pp. 167-168), on peut distinguer plusieurs niveaux dans le travail d'articulation. Certaines carences concernent ainsi ce que ces auteures appellent l'articulation structurante, c'est-à-dire les définitions des rôles, la division du travail, les procédures, etc. Les ouvrières évoquent, par exemple, la faible coordination entre les chefs, les incohérences de la planification des commandes, l'inadéquation des outils ou encore les carences des procédures. D'autres carences touchent plutôt à l'articulation opérationnelle, c'est-à-dire à la manière de s'organiser au quotidien pour réaliser le travail prescrit, comme lorsqu'Anne évoque l'absence de prise en compte de son activité par ses collègues qui refendent le cuir. Elles peuvent être interprétées comme des défaillances d'élaboration du genre de l'activité (Clot, 2008), soit ce répondant « transpersonnel » (dépassant les interactions interpersonnelles) qui constitue entre autres « un système souple de variantes normatives et de descriptions comprenant plusieurs scénarios et un jeu d'indétermination qui nous dit comment fonctionnent ceux avec qui nous travaillons, comment agir ou s'abstenir d'agir dans des situations précises ; comment mener à bien les transactions interpersonnelles exigées par la vie commune organisée autour des objectifs d'actions » (p. 108). Or, le genre ne peut rester dynamique que s'il est porté par un collectif de travail, à travers des discussions, des confrontations pratiques, dont la possibilité dépend étroitement des modes de management (et ceci très concrètement : concurrence entre collègues et entre équipes, valorisation des qualifications des uns et des autres, existence de temps de pause communs, possibilités de parler ou se déplacer, etc.).

Il est par ailleurs intéressant de relever que les récits des ouvrières contribuent à construire certains éléments des situations de travail, par exemple au niveau des outils, des rythmes ou de la répartition des tâches, comme des « conditions de travail ». En

effet, comme le soulignent Gollac et Volkoff (2000, p. 7), « parler de “conditions de travail” implique de détacher du travail certains de ses aspects, de convenir que, d’un certain point de vue, ils ne font pas partie du travail, qu’ils en constituent des éléments contingents. » Cette objectivation est un processus social, favorisé par des éléments comme les normes de prévention, les recherches scientifiques, l’action syndicale, etc. D’autres processus sociaux tendent à l’inverse à naturaliser certains aspects du travail (y compris ses risques pour la santé), c’est-à-dire les faire considérer comme une partie intégrante du travail. Les discours des ouvrières laissent voir ces deux processus : elles construisent certains aspects de leur travail comme des « conditions » potentiellement transformables, mais en laissent d’autres dans l’ombre. Par exemple, elles revendiquent une meilleure répartition du travail entre les ouvrières, mais sans aller jusqu’à proposer une redistribution des cartes entre le personnel « qualifié » et « non qualifié » ; autre exemple, la durée du travail (quotidienne, hebdomadaire) semble intouchable alors même que plusieurs ouvrières estiment que la durée d’exposition joue un rôle clé dans les TMS. Quels sont les facteurs qui favorisent la mise en discussion de l’organisation du travail en tant que conditions de travail ? Les deux personnes (Pierrette et Serge) qui ne mentionnent pas cette dimension ont eu des TMS passagers sans impact sur leur trajectoire professionnelle. On peut supposer que le fait d’être confronté à des douleurs chroniques, notamment dans le cadre du travail, stimule la réflexion sur les déterminants des facteurs professionnels. Par ailleurs, on peut aussi supposer que le fait de participer à des activités de type syndical incite à thématiser la question de l’organisation du travail. C’est par exemple le cas pour Nicolas, dont les TMS n’ont que peu d’impact sur sa vie quotidienne, mais qui est engagé dans la commission du personnel et le syndicat. Mais même lorsque les ouvrières identifient des conditions de travail problématiques, les changer paraît souvent hors de portée. Parfois, c’est la complexité des dimensions en jeu qui semble faire obstacle au changement. Par exemple, pour intervenir sur la coordination entre les chefs, il ne suffit probablement pas de renforcer leurs compétences en communication, mais il peut s’agir de redéfinir leur cahier des charges, donc de toucher à des rôles, des identités, des domaines de compétence, etc. Parfois, ce sont des obstacles techniques qui surviennent, par exemple, une difficulté à mécaniser certaines tâches, comme dans le cas décrit par Barbara, où les dysfonctionnements de la machine à couvrir les écrans sont tels que ces derniers doivent

être repris à la main par les ouvrières (section 7.3, p. 174). Mais si les changements sont difficilement envisageables, c'est aussi parfois à cause des implications qu'ils auraient sur l'entreprise et les rapports sociaux en son sein, par exemple parce qu'ils réduiraient la productivité du travail ou confèreraient plus d'autonomie et de pouvoir de décision aux ouvrières.

9.4 Les rapports sociaux

Treize personnes (Anne, Barbara, Coralie, Evelyne, Fabienne, Gisèle, Hélène, Irène, Josiane, Laure, Nicolas, Pierrette, Raphaël) donnent des éléments qui montrent comment les caractéristiques de leur travail s'inscrivent dans des rapports sociaux, c'est-à-dire des tensions entre des groupes qui ont des intérêts partiellement opposés (voir note 47, p. 83).

9.4.1 Description des contenus

On peut repérer trois thèmes qui ont trait aux rapports sociaux : la recherche de rentabilité ; les rapports de pouvoir au sein de l'entreprise ; la division du travail entre femmes et hommes dans l'entreprise.

La recherche de rentabilité

Sept personnes évoquent des éléments liés à la rentabilité de l'entreprise, sous trois angles différents. Premièrement, Coralie et Josiane s'intéressent aux déterminants de la répartition du travail. Elles relèvent qu'il est difficile d'instaurer une réelle rotation des postes, car cela pourrait diminuer la productivité. Comme le note Coralie, « si vous mettez une personne qui connaît bien son travail, elle a une rentabilité meilleure ».

Deuxièmement, certaines personnes retracent les causes de l'insuffisance des effectifs. Ainsi, Fabienne explique que la réduction des effectifs à *la Feuille* est liée à la fermeture prochaine de l'entreprise, mais aussi que les emplois à temps partiel servent à ajuster les effectifs aux besoins de la production, si bien que le travail des femmes à temps partiel est plus intense et comporte moins de pauses que celui de leurs collègues masculins qui sont présents tous les jours. Nicolas replace la diminution des effectifs à *La Tranche*, dans une stratégie de restructuration de l'entreprise pour faire face à des difficultés économiques : « En baissant les charges, forcément tu as l'impression que ça va

mieux, parce que les chiffres remontent. Tu as pas plus de clients, mais comme tu as moins de charges, forcément tu as plus d'argent. Puis après, il vend ça comme étant une entreprise saine, ce qui n'est pas vrai du tout. » Raphaël dénonce quant à lui une diminution généralisée des effectifs dans les entreprises, « dans un [...] secteur, s'il faut peut-être dix personnes, maintenant il y a sept personnes », et l'intensification du travail qui en découle, « il faut travailler à fond ». Selon lui, la cause est à chercher dans le fait que les patrons cherchent à « exploiter les ouvriers » pour gagner toujours plus d'argent.

Troisièmement, Gisèle et Hélène expliquent la présence d'objectifs de production trop élevés. Hélène raconte que les femmes travaillant à domicile devaient effectuer un nombre de pièces extrêmement élevé pour atteindre un salaire permettant de vivre, ce qu'elle décrit comme une exploitation : « Alors j'ai eu entendu dire [...] que c'était sur le domicile qu'ils gagnaient. ». Gisèle suppose que c'est à cause de « la concurrence » que l'entreprise cherche à raccourcir les délais de livraison, ce qui non seulement accroît les cadences, mais contribue aussi à la désorganisation du travail : « il faut commencer un travail, vous faites même pas la moitié qu'il faut arrêter pour en commencer un autre ».

En résumé, ces discours présentent la recherche de rentabilité comme source d'une organisation du travail et d'objectifs de production qui vont à l'encontre de la santé des employées. Certains discours dénoncent plus précisément la recherche de profits de la part des patrons et sous-entendent ainsi l'existence d'intérêts antagoniques entre patrons et salariés, dont les conséquences s'expriment notamment sur le terrain de la santé. D'autres font plutôt référence au fonctionnement de l'économie, comme Gisèle qui invoque la nécessité pour l'entreprise de faire face à la concurrence.

Les rapports de pouvoir

Douze personnes mettent en lumière les rapports de pouvoir dans l'entreprise qui déterminent l'exposition à des conditions de travail nocives. Elles révèlent que la position hiérarchiquement dominée du personnel de production a plusieurs conséquences. Premièrement, les discours de certaines ouvrières montrent qu'elles ont très peu de prise sur les objectifs de production qui sont déterminés par la direction et imposés par les chefs. Certaines disent subir des pressions directes pour respecter les objectifs et les plannings de production (Evelyne, Gisèle, Pierrette, Laure). Laure relate ainsi les reproches de ses supérieurs : « si on faisait pas la production, ils venaient le jour

d'après "mais qu'est-ce que vous avez fait dans la machine, pourquoi elle a pas fait la production ?" » Hélène décrit toutefois une manière plus subtile d'imposer des résultats : « puis ils ont toujours les bons mots pour essayer de te- hein [...] tu as le sentiment que c'est gratifiant, mais à la longue, tu comprends que c'est une manipulation, parce que c'est pas pour te dire que tu as bien fait le travail, c'est pour que tu fasses le prochain. Donc si lui il met pas la limite, c'est toi qui dois la mettre ». Ce mode de management masque le rapport de domination, mais sans accroître le pouvoir réel des ouvrières.

Deuxièmement, les discours des ouvrières indiquent qu'elles ont peu d'autonomie sur l'organisation et les moyens de réaliser le travail. Josiane déplore ainsi l'impossibilité de changer la répartition du travail imposée par son chef. Hélène dénonce pour sa part l'absence de préparation du travail, d'instructions claires et de méthodes pour réaliser le travail. Elle attribue cette situation au « mépris » que certains chefs auraient envers les ouvrières. Autre exemple, déjà évoqué plus haut, Nicolas critique l'installation d'un nouveau massicot, « contraire aux règles de l'ergonomie », et estime que « tant que c'est pas les gars qui bossent qui arrangent leur place de travail, ben on aura toujours ce problème ». Enfin, Fabienne décrit comment le statut d'auxiliaire, désormais aboli, imposait aux ouvrières de l'expédition des horaires extrêmement longs, qu'elles n'osaient pas contester de peur de perdre leur emploi.

Troisièmement, les discours indiquent que les ouvrières ont peu de possibilités de choisir leurs postes de travail. Par exemple, Anne attribue le développement du syndrome du canal carpien au fait qu'elle a perdu son poste de suppléante, où une partie de son temps était dédiée à la préparation du matériel et qu'elle a été contrainte de travailler à plein-temps sur la chaîne de production. Anne et Barbara affirment par ailleurs toutes deux qu'elles n'ont pas pu obtenir de poste moins pénible une fois les troubles déclarés. Hélène explique qu'elle a dû négocier un changement d'atelier pour pouvoir obtenir un poste moins pénible, ce que son ancien chef lui refusait. Irène affirme avoir été affectée à des postes particulièrement pénibles, notamment au collage, sans possibilité de les négocier. De son côté, Gisèle met en évidence un paradoxe. Elle affirme en effet que le chef du personnel proposait d'alterner les postes pour varier les contraintes, mais sans offrir les moyens de mettre en œuvre cette solution. En effet, comme le relève Gisèle : « d'accord changer avec quelqu'un, mais pour autant *qu'on veuille bien nous changer*". On peut pas dire à une personne "viens me remplacer, moi je vais à ta place". [...] Bon si on travaille à la même machine, oui on peut. [...] Mais je peux pas aller

chercher une copine qui travaille, je sais pas, au deuxième étage, je lui dis “écoute viens à ma place, moi je vais à la tienne, parce que maintenant j’en ai marre, c’est trop lourd”. On peut pas faire- *on peut pas se permettre ça, hein* »

En résumé, les ouvrières décrivent des rapports de pouvoir au sein de l’entreprise qui leur laissent très peu de marge de manœuvre. Certaines de leurs remarques montrent toutefois que la hiérarchie formelle de l’entreprise n’est pas seule en cause, mais que d’autres facteurs contribuent à renforcer la domination. Ainsi, l’inégalité structurelle du rapport de travail (les salariées ont besoin de louer leur force de travail pour vivre, alors que les employeurs la louent pour en tirer un profit¹⁵⁹) et la précarité du contrat de travail (quasi-absence de protection contre les licenciements dans le droit du travail en Suisse) conduisent à accepter des conditions de travail délétères par crainte de perdre son emploi. Ce sentiment de précarité peut être renforcé par des statuts particuliers comme celui d’auxiliaire (Fabienne) et d’intérimaire (Raphaël), ou par un contexte de crise économique (Hélène) ou de restructuration de l’entreprise (Gisèle). Certaines personnes décrivent aussi la difficulté de se constituer en collectif qui permettrait de gagner du pouvoir. Ainsi, Barbara et Hélène déplorent la difficulté d’agir collectivement, qu’elles attribuent à la peur des collègues de parler, mais aussi à un climat de rivalités entre elles. A l’inverse, on peut rappeler la trajectoire de Fabienne (déjà largement discutée) qui montre comment des démarches collectives peuvent renforcer le pouvoir d’agir sur la situation de travail. Le type de relations avec les supérieurs est également très variable et offre une marge de manœuvre plus ou moins grande. Certaines personnes font état de pratiques qui s’apparentent à du harcèlement, par exemple une affectation intentionnelle à des travaux pénibles, ou de rapports extrêmement tendus, par exemple Raphaël qui décrit : « A présent, il y a des espions, il y a des <mouchards> de merde [...] Et puis maintenant les patrons, exprès ils laissent des personnes chefs, pour foutre <la gueule>, pour pousser les gens à travailler. » En revanche,

¹⁵⁹ Sans développer le thème de la marchandisation de la force de travail, je relèverai les propos d’Anne qui dénoncent le fait d’être réduite à un numéro : « Donc de toute façon, ils se sont foutu un petit peu de notre gueule aussi, hein, malgré tout, parce que pour finir, on est des numéros. On est bon quand vous travaillez, quand vous avez la santé, et le jour que vous avez plus la santé, vous êtes un numéro, on vous renvoie et puis terminé. Il y a d’autres- quelqu’un qui attend derrière, il prend votre place et puis c’est tout. »

dans d'autres cas, les relations avec les chefs ne posent pas de problème (par exemple, Serge), voire peuvent être un soutien pour trouver des aménagements (Fabienne).

Les rapports de pouvoir n'ont pas des conséquences que sur les TMS. Sans approfondir, je relèverai au passage deux aspects. D'une part, le manque d'autonomie restreint les possibilités pour les ouvrières de développer l'efficacité et les objectifs de leurs actions, et ainsi de trouver du sens à leur travail (notamment lorsque cette absence d'autonomie empêche de réaliser un travail de qualité). Comme le note Clot, le stress et la souffrance ne découlent pas forcément d'exigences trop élevées que les travailleurs n'arrivent pas à remplir : « c'est très souvent l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs de pouvoir travailler correctement. Ceux-ci sont loin d'être toujours trop petits pour elle, c'est à l'inverse plutôt elle qui les tient à l'étroit. [...] En diminuant le rayonnement potentiel de leur activité, elle les diminue aussi, dégradant leur pouvoir d'agir sur les situations comme sur eux-mêmes. » (Clot, 2010, pp. 110-111) D'autre part, ces rapports de domination reproduisent une absence de reconnaissance par autrui des savoir-faire, des compétences et de l'intelligence des ouvrières et les place dans une situation de mépris social source de souffrances morales (Renault, 2004b, p. 43). Comme le résume Raphaël : « nous on est comme des prisonniers, <d'un côté>. On est des sales ouvriers, c'est tout ».

La répartition du travail entre hommes et femmes dans l'entreprise

Pour six ouvrières, la répartition du travail entre femmes et hommes dans l'entreprise est l'une des causes des TMS. Leurs discours mettent en avant deux aspects de cette problématique : d'une part, le travail attribué aux femmes serait très répétitif, contrairement à celui des hommes qui serait plus varié ; d'autre part, les femmes se verraient attribuer un travail trop lourd pour elles.

En ce qui concerne le premier point, Evelyne, Gisèle et Josiane observent que leurs collègues masculins sont moins touchés par les TMS et l'attribuent au fait que leurs tâches sont moins répétitives. Elles mettent en avant les différences dans les postes occupés par les uns et les autres. Ainsi, Josiane relève que dans la gainerie, les hommes font surtout des modèles et non des séries, si bien qu'ils « ont plus de variations dans le travail. Tandis que nous, c'est toujours plus ou moins les mêmes trucs qu'on a à faire ». Gisèle explique que dans la reliure, les hommes font moins de mouvements répétitifs « parce

qu'ils sont ou à une sortie de machine, qu'ils font la palette, ou ils règlent la machine eux-mêmes ».

En ce qui concerne le deuxième point, Evelyne estime qu'il « aurait fallu des hommes » pour faire le travail lourd (porter des caisses, des cartons, placer des poids dans les coffrets, etc.). Dans le même sens, Fabienne dit avoir refusé à un certain moment de poursuivre l'une des tâches qui lui étaient assignées – consistant à ficeler des paquets de 75 journaux – parce qu'il s'agissait d'un travail trop lourd pour les femmes. Pour Gisèle, le problème est que les femmes font « même des choses plus lourdes que les hommes » et ces derniers ne les aident pas. Les informations qu'elle fournit à ce sujet laissent à penser que le problème est également lié aux qualifications et aux fonctions des unes et des autres, les hommes étant régleurs de machines alors que les femmes sont ouvrières non qualifiées : « il y a souvent des personnes par exemple qui *règlent une machine* mais qui vous aideront pas par exemple [...] à se baisser pour prendre ce qu'il y a dans la palette ». Hélène estime que le travail attribué aux femmes est particulièrement lourd dans son entreprise par rapport à celui des hommes : « j'ai constaté, le travail pénible, les travaux répétitifs, les travaux harassants, les travaux comme ça, c'est pour les femmes ». Elle attribue cet état de fait à un « mépris » envers les femmes de la part des chefs et une volonté de les maintenir « dans une infériorité au niveau travail ». Enfin, Laure juge que le syndrome du canal carpien vient d'« un travail qui est forcé pour les femmes » et qu'il faudrait confier aux hommes. Elle attribue cette mauvaise répartition du travail au fait que « les chefs étaient copains avec les hommes ».

Les discours sur le travail attribué aux femmes et aux hommes font référence à une dimension importante du travail, celle de sa division sexuée. La conscience de cette division et des inégalités qu'elle entraîne peut d'ailleurs constituer un motif d'action. Par exemple, les injustices dont sont victimes les femmes sont l'un des motifs pour lesquels Evelyne s'engage dans la procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle : « qu'il y ait une justice quand même, parce que nous les femmes pff c'est vrai qu'on n'est pas aidées, hein, dans tout hein, les salaires, les- c'est vrai les maladies, hein, franchement. »

Au passage, on peut relever les paradoxes du discours qui met en avant un travail trop lourd pour les femmes. En effet, tout en dénonçant la pénibilité du travail effectué par les ouvrières, il reproduit de l'invisibilité à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il reproduit

des stéréotypes sur les capacités physiques des hommes et des femmes (les individus de ces deux groupes n'ayant pourtant de loin pas tous la même force, la même taille, etc.) et contribue à rapporter les TMS à la condition physique des travailleuses, mettant ainsi l'accent sur leurs déterminants biologiques. Ensuite, dans cette argumentation, ce ne sont pas les tâches et les moyens de les accomplir qui posent problème, mais les personnes à qui elles sont attribuées. Ce discours risque ainsi de gommer les choix qui sont à l'origine des tâches et des moyens du travail. Il occulte la possibilité de rendre le travail moins lourd, par exemple, en disposant de moyens mécaniques de levage, en ayant la possibilité d'effectuer certaines tâches à plusieurs collègues, en réduisant la taille des paquets de journaux (une proposition formulée et mise en application par Fabienne dans le contexte d'une autre tâche), etc. Cet accent mis sur la répartition du travail peut être interprété comme une position réaliste, selon laquelle il est plus facile de revendiquer d'échapper à certains travaux parce qu'on est une femme (par exemple, Fabienne et Hélène obtiennent des arrangements de ce type) plutôt que de transformer les conditions de travail.

En dernier lieu, le discours sur le travail trop lourd imposé aux femmes reproduit des stéréotypes sur la pénibilité du travail. En effet, il repose sur l'idée – d'ailleurs fréquente dans les publications des assurances-accidents (Bär & Kiener, 2000; Vogt, 1998) – que les TMS découlent de l'usage de la force (une contrainte plus fréquente dans les tâches assignées aux hommes) plutôt que d'expositions comme les mouvements répétitifs ou les postures pénibles qui sont plus fréquentes dans les tâches assignées aux femmes (Messing, 2000, chap. 7). Il contribue à rendre invisible la pénibilité des conditions de travail féminisées. A contrario, on peut citer un extrait du discours de Fabienne où (contrairement à l'exemple donné ci-dessus) elle souligne que son travail était aussi pénible que celui des collègues hommes, même si c'était moins visible :

Extrait 68 : Fabienne, 2 (imprimerie)

44 F logiquement les gros gros travaux c'était eux qui les faisaient. Seulement disons à la fin de la journée, peut-être qu'on faisait le même effort, simplement les hommes, ils le faisaient en une fois, c'est une façon de parler, et nous on le faisait en trois fois. Mais les kilos soulevés par exemple c'était pratiquement les mêmes parce que le travail que nous on faisait, c'était eux qui le

recevaient après. Donc ils faisaient pas plus que nous, hein. Seulement ils soulevaient davantage à la fois que nous.

9.4.2 Les enjeux des discours sur les rapports sociaux

Ces discours montrent que certaines caractéristiques du travail dépendent en fait de rapports plus larges entre des groupes sociaux, entre les chefs d'entreprises ou les actionnaires et les salariés, entre les supérieurs hiérarchiques et les subordonnés, entre les hommes et les femmes, rapports qui se constituent autour d'enjeux de production et de pouvoir. On peut repérer deux orientations dans ces discours. L'une met l'accent sur les rapports sociaux comme obstacle au changement des conditions de travail et dépeint l'impuissance des ouvrières à agir sur ces dernières. L'autre met plutôt l'accent sur la révolte face à une situation considérée comme injuste et laisse entrevoir des pistes pour un changement.

Un constat d'impuissance

Dans l'extrait suivant, Josiane souligne son impuissance à obtenir un changement de tâches. L'extrait intervient alors qu'elle raconte sa visite chez le médecin, qui a diagnostiqué une épicondylite pour laquelle elle doit être opérée.

Extrait 69 : Josiane (gainerie, 1)

165 J après bon ben je lui (au médecin) ai expliqué aussi le travail que je faisais, il m'a dit « vous pouvez pas le changer ? » « Ha ha j'aimerais bien (rire). J'aimerais bien le changer, mais allez le faire comprendre à mon chef quoi ». Vu qu'on a déjà le coup de le faire donc ça y va. Puis s'il doit apprendre à quelqu'un d'autre, ben ça ira plus lentement et puis les clients ben ils attendent plus quoi hein. Ils téléphonent aujourd'hui, ils veulent demain quoi

Josiane rapporte ici le conseil de son médecin de changer son travail et sa réponse dans laquelle elle exprime l'impossibilité d'obtenir un changement. Elle fait ressortir d'une part, son absence de pouvoir face aux décisions de son chef (« allez le faire comprendre à mon chef »), d'autre part, la recherche de productivité qui dicte l'organisation du travail (« s'il doit apprendre à quelqu'un d'autre, ben ça ira plus lentement »). Son discours montre que les rapports de pouvoir et de production peuvent constituer un obstacle important à l'intervention sur les TMS.

Du point de vue des caractéristiques dialogiques, cet extrait met en scène un dialogue rapporté entre Josiane et son médecin. Elle rapporte le conseil, sous forme de question, du médecin : « vous pouvez pas le changer ? » et sa réponse : « ha ha j'aimerais bien (rire). J'aimerais bien le changer, mais allez le faire comprendre à mon chef quoi ». L'énoncé suivant (« vu qu'on a déjà le coup de le faire donc ça y va ») fait apparaître un glissement dans l'énonciation et les destinataires. En effet, il devient difficile de démêler s'il s'agit toujours du discours adressé au médecin dans la consultation ou d'une explication que Josiane adresse à la chercheuse au cours de l'entretien (ce que semble indiquer la prosodie). L'énoncé qui suit pourrait même être vu comme un discours que Josiane s'adresse à elle-même pour se convaincre du bien-fondé des décisions du chef : « Puis s'il doit apprendre à quelqu'un d'autre, ben ça ira plus lentement et puis les clients ben ils attendent plus quoi hein ». En adoptant le point de vue du chef, Josiane inclut encore une autre voix, celle du sens commun caricaturant les comportements des clients : « Ils téléphonent aujourd'hui, ils veulent demain quoi ».

Se révolter et esquisser des pistes pour des changements

Dans l'extrait suivant, Hélène explique que les mauvaises conditions de travail des femmes sont liées à leur statut dominé dans l'entreprise et plus généralement à la domination masculine. Toutefois, loin de se résigner à cet état de fait, elle y trouve un motif de révolte contre les rapports de pouvoir en place, ouvrant des pistes d'action individuelle et collective.

Extrait 70 : Hélène (gainerie, 1)

228 H et je vous dis **il y a un tas de solutions à apporter et des fois il faut pas grand-chose**. Mais non, moi je veux vous dire une chose. J'ai souvent ressenti qu'il y a un certain mépris. Ce sont des femmes qui font ça, très souvent, ces travaux qui sont- parce qu'ils sont quand même pénibles, hein, certains. C'est vrai que quand vous avez des coffres, des machins qui sont hauts comme ça, ou grands comme ça, faut pas rêver, vous manipulez ça toute la journée, vous êtes debout. [...] **Et on pourrait améliorer le travail, la condition de travail des femmes simplement en ayant cette réflexion**. Mais parce que c'est des femmes on se donne pas cette peine. Et je vous jure que ce que je dis c'est vrai. J'ai pas honte de- disons je suis pas en train de salir quelque chose ou quelqu'un, mais c'est une réalité [...] Et je vais vous dire, j'ai même entendu des chefs d'atelier qui disent « mais on peut pas

donner ça à un homme, c'est pas un travail pour un homme ». Parce que c'est du collage, parce que c'est sale, non. Mais pour une femme on peut donner. Par contre on peut donner un travail d'homme à une femme, mais on ne donnera pas un travail de femme à un homme parce que c'est comme si c'était dégradant. C'est quand même misérable d'avoir cette mentalité. Mais des femmes elles peuvent faire du travail dur, pénible, des travaux que des fois j'estime que c'est pas à une femme de faire ça. [...] Et je pense que d'autres en sont conscientes aussi de ce genre d'attitude qu'il y a. **Et puis parce qu'un homme il a une formation, on va pas lui faire faire n'importe quoi.** [...]

[un tour omis]

230 H [...] **Et j'ai remarqué que si de temps en temps on savait pas mettre le stop ou le holà**, vous savez hein, **une femme n'est pas dommage, de toute façon quand elle peut plus, il y en a d'autres qui sont à la porte qui attendent.** Et c'est un peu cette mentalité qu'il y a. Tandis qu'un homme on fait plus attention. Et la raison j'ai de la peine à la comprendre. **Est-ce que parce que les chefs sont hommes, on fait plus attention aux hommes**, dans- j'ai jamais compris le- ou est-ce que c'est une façon de- je vais adopter peut-être la deuxième réflexion, de maintenir la femme

231 IP mhm

232 H par des travaux. Je pense que ça il y a quelque chose. Parce qu'il y a des travaux que les hommes font, moi je vais vous dire, moi je me les ferais bien toute la journée

233 IP ouais

234 H jolis, tranquilles, mais ça je vous jure. Et puis vous savez, c'est pas une question de compétences là, parce que je suis sûre que la moitié des femmes elles sont capables de faire. Ces jolis petits boulots qui te cassent rien, ça te demande ni force et puis quand il faut un tournevis, on leur donne un tournevis électrique d'accord. Mais nous on va pas nous donner un ciseau à ressort qui nous permet de- non non. Mais c'est- et je pense qu'on maintient d'une certaine manière- On maintient pas d'une certaine manière, **on maintient les femmes dans une infériorité au niveau travail.**

Hélène dénonce ici à la fois le travail très lourd attribué aux femmes et l'absence de préoccupations pour alléger leur travail (« on va pas nous donner un ciseau à ressort »). Elle estime qu'il y a plus d'égards pour les hommes, qu'il s'agisse de leur éviter certains travaux (« on ne donnera pas un travail de femme à un homme parce que c'est comme si c'était dégradant ») ou de leur fournir des outils allégeant le travail (« quand il

faut un tournevis, on leur donne un tournevis électrique »). Elle fait plusieurs hypothèses sur l'origine du mépris envers les ouvrières : celles-ci ne sont pas qualifiées (elles n'ont « pas de formation », elles « apprennent sur le tas »), si bien qu'elles ont non seulement un statut inférieur aux hommes qualifiés (à qui on ne donnera pas de travaux sales par exemple), mais qu'elles sont aussi plus facilement remplaçables (« il y en a d'autres qui sont à la porte qui attendent ») ; il se pourrait que la solidarité masculine conduise les chefs à avoir plus d'égards envers les hommes (« est-ce que parce que les chefs sont hommes, on fait plus attention aux hommes ») ; enfin, cette manière de traiter les ouvrières pourrait avoir pour fonction de maintenir « les femmes dans une infériorité au niveau travail », ce qui permettrait de préserver les statuts et privilèges des chefs, et plus largement des hommes en tant que groupe.

Au passage, on peut relever l'usage qu'Hélène fait des notions de travail d'homme et travail de femme. D'un côté, elle estime que certains travaux, trop lourds, devraient être faits par des hommes et non des femmes, un raisonnement qui court le risque non seulement de naturaliser les capacités des uns et des autres, mais aussi de considérer la pénibilité de ces tâches comme intouchables. Mais de l'autre, elle remet radicalement en question la division du travail entre les hommes et les femmes : « il y a des travaux que les hommes font, moi je vais vous dire, moi je me les ferais bien toute la journée [...] c'est pas une question de compétences là, parce que je suis sûre que la moitié des femmes elles sont capables de faire ». Par ce biais, elle souligne le caractère construit de cette division du travail et l'attribue à des enjeux de statut et de pouvoir (« on maintient les femmes dans une infériorité »).

Hélène rapporte donc des éléments qui ont trait à la fois aux rapports de pouvoir et à la division sexuée du travail. Tout en indiquant comment des rapports sociaux – rapports hiérarchiques dans l'entreprise et rapports sociaux de sexe, les deux étant liés – font obstacle à l'amélioration des conditions de travail des femmes, elle ne se présente pas comme impuissante ni fataliste. Au contraire, ses constats sont un motif de révolte et une orientation pour l'action, justifiant par exemple la nécessité de « mettre le stop ou le holà ». Par ses réflexions, Hélène donne aussi un sens « politique » à sa situation en l'inscrivant dans une oppression plus générale des ouvrières et des femmes, ce qui lui permet de ne pas la vivre sur un mode uniquement personnel. Au-delà de cet extrait, les deux entretiens révèlent d'ailleurs un fort engagement, dans le cadre du syndicat en

particulier, pour tenter d'améliorer les conditions de travail des ouvrières dans son entreprise et dans la société.

Du point de vue des caractéristiques dialogiques, je ne m'arrêterai pas sur l'usage des discours rapportés qui servent ici à décrire les attitudes typiques des différents acteurs. Je relèverai en revanche que tout ce passage a une tonalité fortement argumentative. On peut la comprendre comme un moyen de faire passer un discours minoritaire très critique qui risquerait de la discréditer s'il était pris pour l'expression d'une rancune personnelle. Ainsi, d'une part, elle prévient l'idée qu'elle exagérerait la situation ou chercherait à attaquer quelqu'un (ses chefs, la direction de l'entreprise), soulignant par exemple : « je vous jure que ce je dis c'est vrai. J'ai pas honte de- disons je suis pas en train de salir quelque chose ou quelqu'un ». D'autre part, elle étaye l'objectivité de ses propos par des exemples tirés de son expérience directe et par le fait que d'autres ouvrières peuvent avoir la même perception : « et je pense que d'autres en sont conscientes aussi de ce genre d'attitude qu'il y a ».

9.4.3 Commentaires généraux sur les contenus et les enjeux

Un certain nombre de discours montrent comment les problèmes de santé s'inscrivent dans ce qu'on peut considérer comme des rapports sociaux (terme qui n'est pas utilisé par les ouvrières, mais me semble pertinent pour donner une cohérence à cet ensemble de discours). Ces discours apportent des connaissances sur les déterminants des conditions de travail et sur les obstacles à leur transformation. En effet, ils montrent que les caractéristiques du travail, son organisation et ses moyens ne découlent pas seulement de problèmes techniques, par exemple le choix des outils et des machines, les cahiers des charges, la communication entre les chefs, etc. Au contraire, ils révèlent que ces dimensions s'inscrivent dans des rapports de production capitaliste (quête de rentabilité pour accroître les profits), dans des rapports de pouvoir instaurés par les hiérarchies formelles, mais aussi informelles (notamment entre hommes et femmes) et dans une division sexuée du travail (ségrégation horizontale des métiers et des tâches ; ségrégation verticale dans l'échelle hiérarchique).

Du point de vue des enjeux, la perception de ces rapports sociaux conduit dans certains cas à renforcer un sentiment d'impuissance. Dans d'autres cas, elle offre au contraire un potentiel de remise en question des conditions existantes. En effet, elle véhicule l'idée

que les conditions de travail néfastes ne sont pas « naturelles », mais découlent d'une injustice faite à un groupe de personnes (les ouvriers en général, les femmes). Elles offrent ainsi une compréhension de la situation selon laquelle les TMS ne sont ni une fatalité ni un problème personnel, qui rend donc pertinente l'action collective.

9.5 Etablir des responsabilités

Une cinquième dimension des discours sur les causes consiste à établir des responsabilités. Elle s'exprime par l'évocation de fautes, d'erreurs, de ce qui aurait pu ou dû être fait pour éviter la maladie, mais ne l'a pas été. En tout, douze personnes évoquent des responsabilités soit de la part de l'entreprise soit de leur part à elles-mêmes¹⁶⁰. Ces deux types d'attributions recouvrant des enjeux différents, je les discuterai séparément.

9.5.1 La responsabilité de la direction de l'entreprise ou de supérieurs hiérarchiques

Huit personnes (Barbara, Evelyne, Gisèle, Hélène, Josiane, Laure, Nicolas, Raphaël) mettent en cause la responsabilité de la direction de l'entreprise ou de supérieurs hiérarchiques pour la survenue des TMS.

Description des attributions de responsabilité

Trois personnes imputent très directement la responsabilité des TMS à la direction de l'entreprise, à cause de conditions de travail délétères. Ainsi, selon Nicolas « la seule préoccupation du patron c'est de gagner le maximum de fric », et non la protection de la santé. Raphaël émet une critique généralisée envers les patrons qui réduisent le personnel pour économiser : « c'est une exploitation. Moins de personnes, mais il faut travailler à fond », ce qui explique selon lui que les gens tombent malades. Hélène dénonce plusieurs aspects de la gestion de l'entreprise. D'une part, elle désigne le travail à domicile auquel l'entreprise recourait par le passé. Ce travail rémunéré à la pièce était si mal payé qu'il obligeait les ouvrières à domicile à adopter des cadences « effrénées » pour gagner de quoi vivre. Ce qu'elle qualifie d'« exploitation » la révolte

¹⁶⁰ Je n'inclus pas ici l'attribution de l'invalidité à une erreur médicale (Anne).

d'autant plus que l'entreprise tirait profit, selon elle, de la situation de femmes divorcées qui avaient besoin d'un emploi à domicile pour pouvoir s'occuper de leurs enfants. D'autre part, Hélène dénonce le manque de préoccupations, de la part de la direction mais surtout des chefs, concernant les conditions de travail des femmes et l'absence de mesures pour les améliorer.

Trois personnes expriment des critiques plus modérées, usant de minimisateurs. Ainsi Gisèle estime qu'il faudrait « un petit peu ménager le personnel, malgré tout ». Evelyne mentionne : « quand même ils auraient pu améliorer [...] pour que ce soit plus facile pour nous, de pas s'esquinter la santé comme ça en fait » et Laure : « ils exagèrent un peu, à donner aussi du travail qui sont très durs pour les femmes ». Pour Josiane, la responsabilité incombe avant tout à son chef. Elle estime que « si on voulait bien, on pourrait faire en sorte que le travail soit moins pénible », mais le problème est que le chef répartit le travail de manière inéquitable et refuse toute rotation des postes. Enfin, Barbara accuse tant ses supérieurs directs que la direction de l'entreprise d'être responsables de l'aggravation de ses troubles qui a débouché sur une invalidité. Elle accuse les responsables de chaîne de ne pas lui avoir accordé des tâches plus légères, mais de l'avoir au contraire affectée aux postes les plus pénibles, « au bout de la chaîne, le lavage, à tirer même le cuir et taper avec les outils ». D'autre part, elle dénonce le fait que la direction ne lui ait pas accordé un mi-temps pour se soigner.

Les enjeux de l'attribution de responsabilité à la direction de l'entreprise ou aux chefs

On peut distinguer deux enjeux de l'attribution de responsabilités : d'une part, cela permet de se présenter comme victime innocente d'actes malveillants ; d'autre part, il peut s'agir de dénoncer des choix de gestion.

Se présenter comme victime d'actes malveillants

Le premier enjeu apparaît dans les entretiens avec Barbara.

Extrait 71 : Barbara (gainerie, 1)

158 B c'est-à-dire il y a des personnes qui sont jalouses. Elles veulent garder leur place, en même temps elles font, pardon de mon expression, chier les gens. Alors elles t'écrasent [...] jusqu'à ce que tu dises « moi je pars, je n'en peux plus ».

159 IP mhm. Il y a plusieurs personnes

160 B voilà, il y a beaucoup. Il y a justement, c'est ça que j'ai dit « non je veux pas me faire écraser ». Et j'ai tenu bon, j'ai tenu bon jusqu'à la fin où j'ai dit « non, je veux pas me faire- je veux pas me rendre malade ». C'est toujours « moi mes chouchous et toi va, pardon, dans la merde ». Et tu lui dis « j'ai mal, je ne peux pas, donne-moi un repos ». Elles te disent « non, fais ça »

Barbara dénonce la manière dont elle a été traitée lorsqu'elle a commencé à ressentir des douleurs et a demandé un travail plus léger. Certains responsables auraient alors refusé de lui donner des repos et d'alléger son travail. Barbara décrit en outre une répartition du travail basée sur le copinage (« c'est toujours "moi mes chouchous" [...] ») et un climat de jalousie dans lequel il semble y avoir peu de solidarités collectives. En se présentant comme victime des agissements des responsables de chaîne, elle porte des jugements moraux, condamnant les comportements de ses supérieurs et valorisant dans le même temps le sien. En effet, elle se présente non seulement comme victime, mais aussi comme tenant bon « jusqu'à la fin » pour continuer à travailler. Son récit participe ainsi de la construction d'une identité positive, de travailleuse consciencieuse et persévérante, affrontant vaillamment l'adversité.

En ce qui concerne les caractéristiques dialogiques de cet extrait, les discours rapportés remplissent ici une fonction de dramatisation du récit, rendant celui-ci concret et réaliste. Par le biais des dialogues rapportés, mais aussi par l'usage du « tu » générique en place du « je », Barbara incite son interlocutrice à s'identifier à elle et à partager son expérience. Les discours rapportés sont ici des outils pour accomplir un récit, et non pour comprendre ce qu'est sa maladie.

Dénoncer certains choix de gestion

Le second enjeu, qui porte sur la dénonciation de certains choix de gestion, est plus complexe et fait apparaître des dilemmes. En attribuant une responsabilité à des acteurs personnes ou instances de l'entreprise, les ouvrières suggèrent que les conditions de travail découlent de décisions humaines, qu'elles ne sont donc pas immuables, mais pourraient être transformées par d'autres décisions. Ce type d'attribution peut être un levier pour discuter, revendiquer ou négocier des changements dans les conditions de travail. Mais il pose aussi problème à plusieurs interviewées :

Extrait 72 : Coralie (gainerie, 1)

- 823 C bon, ça râlait un petit peu, parce que des fois on demandait des ciseaux et puis on nous disait « qu'est-ce que vous en mangez bien tant des ciseaux ». Puis ça dépend ce qu'on coupait hein. Alors il y avait des cuirs qui étaient très durs, alors quand on coupait ça faisait mal au bras. Alors quand vous avez, sur une <plaque> vous avez quatre coins à couper, sur deux mille vous en avez combien, quatre fois deux mille
- 824 IP mhm
- 825 C c'est sûr, c'est sûr. **Dire que ça vient d'un employeur, je pense pas.** Je pense que c'était le travail lui-même qui était dur
- 826 IP mhm
- 827 C ou alors les outils des fois pas adaptés ou on nous en donnait peut-être pas assez, parce que ça coûtait peut-être cher (petit rire) je sais pas

Coralie commence par évoquer le fait que l'entreprise rechignait à fournir des ciseaux neufs. En même temps, elle souligne la pénibilité du travail, le mal de bras dû au fait de couper des cuirs parfois « très durs », le fait de répéter une opération des milliers de fois (tour 823). Elle prend ensuite position sur l'origine des TMS, « dire que ça vient d'un employeur, je pense pas » (tour 825). Ce faisant, elle s'oppose à un discours qui n'a pas été tenu dans l'entretien. On peut faire plusieurs hypothèses, non exclusives, sur la voix qui est ici sous-entendue et qui affirmerait que cela vient de l'employeur. Il peut s'agir de prévenir une erreur de déduction de son interlocutrice à partir de la description des conditions de travail. C'est donc l'orientation du discours vers sa réception et sa compréhension par l'autre qui pousserait Coralie à dire que les TMS ne viennent pas d'un employeur. Il peut aussi s'agir de la reprise d'un débat tenu dans un autre contexte (par exemple, avec des collègues ou dans le cadre du groupe syndical) ou encore d'un débat que Coralie tient avec elle-même. Le tour de parole suivant (tour 827) fournit un argument en faveur de cette dernière hypothèse puisque Coralie revient sur le problème des outils non adaptés, que l'on pourrait attribuer à une volonté d'économie de la part de l'entreprise. Elle met ainsi en scène un débat entre deux positions possibles, l'une qui accuserait l'employeur d'être responsable des TMS, l'autre qui le dédouanerait, naturalisant la pénibilité du travail. Cet exemple montre que la question de la responsabilité de l'entreprise peut être source de dilemme. D'un côté, il s'agit d'affirmer que les conditions de travail pourraient être améliorées, mais de l'autre, il s'agit de ne pas mettre en cause l'entreprise et sa direction.

Dans plusieurs autres entretiens, on trouve des exemples qui vont dans le même sens, qu'il s'agisse de réfuter la responsabilité de certains acteurs, par exemple « je ne peux pas non plus mettre la faute sur le chef » (Fabienne), « j'ai rien à redire sur mon patron » (Josiane) ou d'atténuer la critique par des modalisations, par exemple, « il faudrait un petit peu ménager le personnel, *malgré tout* » (Gisèle). Comment interpréter cette réticence à désigner des responsables des TMS ? On peut entrevoir deux raisons. La première est de donner une image positive de l'entreprise. Je l'illustrerai par un extrait de l'entretien avec Coralie où elle raconte qu'elle a perdu sa fonction de cheffe lors d'une restructuration de l'entreprise.

Extrait 73 : Coralie (gainerie, 1)

- 136 IP donc votre salaire il a baissé ensuite
137 C non il a pas baissé justement
138 IP non ? Ils vous l'ont [[maintenu]]
139 C [[ils l'ont]] ils l'ont maintenu. Alors ça j'ai trouvé sympa
140 IP ouais
141 C alors comment ne pas aimer le travail qu'on faisait puis la boîte qu'on faisait. On avait une super boîte. J'ai pas de critiques à donner là-dessus hein. Sur *L'Ecrin*, ils sont très corrects. Et ils étaient vraiment corrects avec leur personnel. Problèmes de santé, c'est différent. Parce que la preuve il nous soutient, notre patron

Coralie porte plusieurs jugements positifs sur l'entreprise. Elle trouve « sympa » qu'ils lui maintiennent son salaire lorsqu'ils lui retirent sa fonction de cheffe (tour 139), elle porte une appréciation positive sur l'entreprise, « on avait une super boîte » (tour 141) et sur la direction, « ils étaient vraiment corrects avec le personnel » (tour 141), elle souligne également le fait que le directeur soutient la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle. Par l'usage de la négation (« j'ai pas de critiques à donner là-dessus ») et la production de contrastes, (« problèmes de santé, c'est *différent* »), elle sous-entend toutefois que ses affirmations se situent dans un dialogue avec un autre discours possible, qui critiquerait l'entreprise en lui attribuant la responsabilité des problèmes de santé.

La réticence à attribuer une responsabilité à l'entreprise pourrait donc être une manière de conserver une image positive de son travail ou des relations positives avec les acteurs de l'entreprise. Les recherches d'Eakin (1998) en sociologie du travail montrent que ce

type d'attribution est favorisé dans le contexte de relations sociales personnalisées, notamment dans les petites entreprises ou celles qui adoptent une gestion paternaliste. Eakin souligne en outre que ce type de relations sociales peut constituer un obstacle important à la reconnaissance des problèmes de santé dus au travail. Le risque est en effet de justifier ce qui se passe dans l'entreprise pour éviter de mettre celle-ci en accusation. Cela me semble d'ailleurs être le cas lorsque, dans la suite de l'entretien, Coralie présente la pénibilité du travail de gainière comme inévitable et la relativise par rapport à d'autres métiers, au risque d'adopter une perspective fataliste par rapport aux TMS.

Extrait 74 : Coralie (gainerie, 1)

1051 C je peux pas dire que c'est *L'Ecrin* spécialement parce qu'on a des mauvais outils ou- C'est le travail lui-même qui est fait comme ça

[3 tours omis]

1055 C [...] Les caissières, elles ont aussi leurs problèmes. Les caissières elles ont aussi à force de prendre les commissions, au bout d'un moment elles ont aussi le coude et la main

1056 IP mhm

1057 C et puis même celles qui sont sur aussi les ordinateurs aussi, au bout d'un moment, les cervicales, le bras, trop longtemps

On peut entrevoir une seconde raison pour laquelle certaines personnes sont réticentes à attribuer une responsabilité à la direction de l'entreprise ou à l'encadrement, mais elle n'apparaît que de manière fragmentaire à travers les entretiens. Il s'agit de situer des choix en apparence individuels et locaux dans leurs déterminants structurels et systémiques. Je l'illustrerai par un extrait de l'entretien avec Fabienne. Elle vient de raconter que les cadences sont très élevées suite à des réductions d'effectifs et que cela induit de fortes tensions.

Extrait 75 : Fabienne (imprimerie, 1)

141 F ça m'énerve énormément, parce que j'aime bien travailler, j'aime pas perdre mon temps, mais qu'on me laisse le temps de respirer, au moins de finir une chose et commencer une autre. Mais tout commencer puis rien finir, ça ça m'énerve, mais bon c'est (rires) [...]

145 F et le chef disons, **je ne peux pas non plus mettre la faute sur le chef** si actuellement le travail c'est comme ça et puis voilà. **Partout les clients ils demandent de plus en plus**, c'est comme dans le journal d'aujourd'hui, ça

m'a énervée l'article que XX pour les banques. Les milliards qu'ils ont faits de bénéfiques, et qu'ils se vantent de tous ces **bénéfices**-là. Mais c'est incroyable la quantité de postes de travail qui ont été éliminés pour arriver à faire ce bénéfice

Fabienne souligne les conséquences négatives des délais trop courts par rapport aux effectifs. Non seulement ils induisent des cadences très élevées, mais ils empêchent de faire un travail de qualité (« tout commencer puis rien finir, ça ça m'énerve »). Mais Fabienne refuse de mettre la faute des cadences trop élevées et de la désorganisation du travail sur son chef (tour 145). Au contraire, elle fait référence à une contrainte externe, les exigences des « clients » (c'est-à-dire les éditeurs de journaux et/ou les lecteurs), qui limite la marge de manœuvre de l'encadrement de l'usine. On ajoutera que dans l'imprimerie de presse ces exigences ont des répercussions très directes sur le travail, puisque les journaux doivent impérativement sortir à temps. Fabienne introduit ensuite une comparaison avec les bénéfices réalisés par les banques. Elle indique ainsi que c'est la recherche de bénéfices toujours plus élevés (par exemple, par les entreprises qui font imprimer leurs journaux ou par les banques) qui est à la base des contraintes subies par les salariés, notamment par le biais des suppressions de postes.

Cet extrait présente des phénomènes dialogiques intéressants. Fabienne utilise une négation (« je ne peux pas non plus mettre la faute sur le chef »), par laquelle elle s'oppose à un discours possible, qui attribuerait la responsabilité de la situation au chef. Ce mouvement peut être compris comme une anticipation de la compréhension que pourraient avoir ses interlocutrices sur la base de son discours antérieur. Il semble toutefois aussi refléter une argumentation de Fabienne avec elle-même, qui lui permet d'affiner sa réflexion sur les déterminants des conditions de travail. Par ailleurs, Fabienne s'appuie sur des informations tirées d'un article de journal : « c'est comme dans le journal d'aujourd'hui, ça m'a énervée l'article que XX pour les banques ». Ce recours à une source d'information extérieure semble à la fois alimenter son raisonnement sur les conditions de travail et constituer une ressource argumentative pour convaincre ses interlocutrices, en faisant référence à des connaissances publiques, et non seulement à une expérience personnelle du travail.

9.5.2 Sa propre responsabilité

Sept ouvrières (Anne, Barbara, Coralie, Danielle, Evelyne, Fabienne, Hélène) s'attribuent une part de responsabilité, soit dans la survenue de leur maladie, soit dans l'absence de guérison.

Description des attributions

On peut repérer trois thèmes dans ces discours. Le premier concerne un engagement excessif dans le travail. Trois personnes estiment que leur maladie est survenue car elles auraient travaillé trop vite, sans ménager leurs efforts. Anne explique qu'elle en faisait « même plus que les autres », et conclut : « moi j'ai essayé de faire le maximum et justement c'est ça que ça m'a foutu ». Barbara invoque également une cadence excessive et relève : « je n'aimais pas traîner. Et c'est ma faute ». Quant à Hélène, elle rapporte avoir été « à outrance » dans le travail, sacrifiant sa santé pour atteindre des objectifs de production toujours plus élevés.

Un deuxième thème concerne le retard aux soins ou le refus d'arrêter le travail comme cause des troubles chroniques. Anne, Barbara, Coralie, Danielle et Evelyne s'accusent ainsi de l'évolution défavorable des TMS, disant, par exemple : « j'ai trop forcé [...] avec l'espoir que ça passe, c'est passager. Et puis non. Puis ça a aggravé la chose » (Anne), « dès le départ, il fallait que j'écoute les médecins et arrêter » (Barbara) ou encore « on s'y est pris trop tard » (Evelyne).

Le troisième thème concerne l'attitude réflexive sur les gestes du travail. Fabienne et Hélène estiment qu'elles n'ont pas assez tenu compte de la nécessité de protéger leur santé jusqu'au moment d'une prise de conscience qui a transformé leur rapport au travail (voir aussi section 8.4, p. 206). Fabienne estime ainsi que les gens qui travaillent, y compris elle-même, ont une part de responsabilité dans la survenue de la maladie : « on est des fois un petit peu fautifs, indirectement, parce qu'on réfléchit pas et puis même quand on nous dit les choses, ben on fait pas tellement de cas et puis ça arrive comme ça ».

Les enjeux de l'attribution de responsabilité

S'attribuer la responsabilité des TMS recouvre deux enjeux principaux, liés l'un à l'estime de soi et l'autre au pouvoir d'agir.

L'estime de soi

L'enjeu de l'estime de soi apparaît surtout au travers des deux premiers thèmes décrits ci-dessus, investissement excessif et attente avant de se soigner, qui sont soulevés par des ouvrières atteintes de troubles chroniques aux conséquences négatives sur l'emploi, les activités, la qualité de vie, etc. En s'attribuant une part de responsabilité, ces personnes soulignent avoir commis des erreurs. On peut interpréter cette culpabilisation dans le contexte d'un état dépressif plus général, avec des sentiments d'échec et le regret de ce qui a été perdu. Dans le même temps, ces attributions dessinent aussi l'image passée de travailleuses consciencieuses, victimes de leur investissement :

Extrait 76 : Anne (gainerie, 1)

210 A moi j'ai essayé de faire le maximum et justement c'est ça que ça m'a foutu, parce qu'il y avait beaucoup de gens qui en avaient rien à comment dire à foutre. Moi j'ai tenu toujours mon rythme, je faisais même plus que les autres. [...] Puis c'était dans ma nature. Des fois, à l'époque, quand je- comment on dit, quand je travaillais avec les autres, que j'étais rien, j'étais seulement une petite ouvrière, même à l'époque, j'en faisais plus que les autres. Des fois je me faisais engueuler parce que moi j'avais la pile devant moi, elle était- elle montait vite, et puis eux ils étaient toujours, ils n'avaient pas beaucoup

En décrivant sa rapidité, Anne se démarque de ses collègues et se présente comme quelqu'un d'exceptionnel. Elle attribue son rythme soutenu à sa « nature », c'est-à-dire une attribution interne et non aux contraintes du travail. Cela lui permet de se présenter positivement, comme quelqu'un qui travaillait vite par nature, qui se sentait responsable de la production et ne rechignait pas à la tâche¹⁶¹. Ce type de récits permettrait aux ouvrières de sauvegarder une estime d'elles-mêmes menacée par les conséquences de la maladie. Toutefois, ces discours valorisent des rôles perdus et leur efficacité pour construire une identité positive semble précaire.

¹⁶¹ Par ailleurs, les récits indiquent que la rapidité est une composante importante de la satisfaction au travail et de l'estime de soi dans des travaux répétitifs tels que celui d'Anne. Outre la rapidité, les gaineries que j'ai interrogées valorisent également beaucoup la dimension artisanale du métier, qui implique de travailler avec des matériaux nobles (cuir, tissu) pour produire des objets de luxe.

Dans le cas de Fabienne et Hélène, qui attribuent en partie les TMS au fait de n'avoir pas réfléchi à leurs gestes, l'enjeu semble différent. Le fait de se reconnaître responsable est une ressource pour agir sur la situation :

Extrait 77 : Fabienne (imprimerie, 1)

63 F c'est-à-dire depuis que j'ai été opérée, en fait sachant déjà à quoi on s'expose, j'ai évité, dans la mesure du possible, de faire les choses que je faisais pas avant sans réfléchir. **Maintenant je fais un travail et réfléchis sachant ce qui peut arriver. Et** j'essaie de- disons d'inculquer ça à mes collègues, mais ils font aucun cas, il faut dire. Parce que par exemple on a les- des paquets d'encarts, qui peuvent être à peu près comme ça. Mais on a la possibilité de les diviser en deux. A la place de prendre un paquet comme ça et le mettre dans la machine, on peut le diviser par deux, et seulement on doit faire l'effort deux fois. Mais c'est moins lourd que- quand on le soulève. Ben avant, ben **on faisait pas attention à ça, avant que je sois opérée. Enfin je faisais pas attention.** Je prenais le paquet et puis je mettais comme ça dans la machine. Maintenant je le divise en deux

Fabienne explique qu'elle réfléchit à la manière de réaliser le travail depuis qu'elle a été opérée (du syndrome du canal carpien), alors qu'auparavant elle ne « faisait pas attention ». Elle donne un exemple concret de ce changement dans son rapport au travail, le fait de diviser par deux les paquets d'encarts (pour alimenter la machine qui les encartera dans les journaux). Fabienne expose ainsi comment, à partir de l'expérience négative de l'atteinte à la santé, elle a transformé ses gestes de travail pour préserver sa santé. Elle développe son champ de réflexion et ses possibilités d'action, autrement dit son pouvoir d'agir (Clot, 2008, p. 11).

9.5.3 Commentaires généraux sur les contenus et les enjeux

Etablir des responsabilités revient à attribuer les causes de la maladie aux actions de certaines personnes. Cette attribution présente certains risques, notamment celui d'adopter une posture accusatrice à l'encontre de l'entreprise, de ses chefs, de ses collègues, et de dégrader ainsi des relations sociales ou de se cantonner dans une position de victime. Lorsque les personnes s'attribuent à elles-mêmes la responsabilité des TMS, elles risquent aussi de sombrer dans la culpabilité et le regret de ce qui aurait pu être autrement, contribuant à entretenir des sentiments dépressifs. La valorisation de

son attitude passée au travail n'offre qu'une compensation relative à la perte d'activités et de rôles sociaux. Toutefois, l'attribution de responsabilités peut aussi être un ressort pour l'action. En effet, en reconnaissant que les conditions de travail sont le fruit de décisions humaines, il est possible d'imaginer les changer et d'entreprendre des actions en ce sens. Par ailleurs, se reconnaître à soi-même une responsabilité permet aussi de s'envisager comme actrice de sa trajectoire.

9.6 Réfuter les explications psychologiques

Un type de discours sur les causes se dessine uniquement par la négative. Cinq personnes disent en effet que leurs troubles ne sont pas psychologiques ou intentionnels.

9.6.1 Description : les maladies psychologiques et intentionnelles

Trois personnes disent que la maladie dont elles souffrent n'est pas d'ordre psychologique. Barbara explique ainsi qu'elle a refusé de prendre des antidépresseurs « parce que ce n'est pas dans la tête [...] la douleur, elle est là ». Evelyne critique également les traitements qu'on lui a proposés (antidépresseurs et prise en charge psychologique), étant donné que ses douleurs ne « sont pas dans la tête ». Coralie affirme pour sa part : « la douleur [...] c'est pas psychologique ». Se référant entre autres à l'expertise psychiatrique de l'AI, elle dit ne pas comprendre « qu'ils veulent tous faire passer ça par maladie psychologique ».

Par ailleurs, quatre personnes, en partie les mêmes (Barbara, Coralie, Danielle, Raphaël), affirment que leur maladie n'est pas d'ordre intentionnel, qu'elles n'ont pas fait exprès de tomber malades. Dans le cas de Barbara, Coralie et Danielle, il s'agit en particulier de s'opposer à l'interprétation de la direction du personnel, qui aurait affirmé que la simultanéité des maladies dans la même entreprise était due à « un coup monté » (Barbara), « un complot » (Coralie) ou au fait de s'être « donné le mot » (Danielle). Dans un contexte différent, puisqu'il travaillait dans une autre entreprise, Raphaël souligne qu'il n'a pas voulu tomber malade et interroge : « qui veut le tunnel carpien ? Qui veut perdre sa santé ? Personne. »

9.6.2 Les enjeux des explications psychologiques

Les présupposés des discours sur les maladies psychologiques ou intentionnelles

Ces discours sur les explications psychologiques ou l'intentionnalité reposent sur un ensemble de présupposés implicites. Un extrait du premier entretien avec Coralie fournit des indications précieuses pour les mettre à jour (Extrait 78). L'échange suivant intervient alors que Coralie raconte sa procédure en cours auprès de l'AI, dans le cadre de laquelle elle a reçu des convocations chez un rhumatologue et un psychiatre.

Extrait 78 : Coralie (gainerie, 1)

- 523 C le rhumatologue bon ben <normal> ici, en France j'ai déjà passé. Chirurgien, j'ai déjà passé. Psychiatre, je comprends pas.
- 524 IP mhm
- 525 C **qu'est-ce que ça a à voir le psychiatre**
- 526 IP mhm. Ouais
- 527 C **c'est ce que je vous dis hein, la maladie c'est pas psychologique hein**
- 528 IP ouais
- 529 C la maladie, **la douleur elle est là. C'est pas dans la tête hein.** Je comprends pas qu'ils veulent tous faire passer ça par maladie psychologique. Et c'est- Il y en a beaucoup d'ailleurs, hein, qui ont le même problème que moi et **tout le monde veut faire passer ça pour une maladie psychologique**
- 530 IP ouais c'est fou
- 531 C c'est fou hein. **Est-ce que vraiment j'avais envie de m'arrêter de travailler** avec le poste que j'avais. Je sais pas mais les gens euh. Je dis, « j'avais un super boulot, j'avais des patrons super. J'étais bien payée et vraiment j'avais envie d'arrêter ? » J'avais pas envie du tout

Ce discours repose sur trois présupposés. Le premier est que prescrire certains traitements ou expertises revient à définir la nature ou la cause à la maladie. Ainsi pour Coralie le fait que l'AI lui fasse passer une expertise chez un psychiatre signifie que cette assurance estime que la maladie est psychologique (Extrait 78 tour 525 et 527). Coralie n'est d'ailleurs pas la seule interviewée à s'appuyer sur un tel présupposé. Barbara et Evelyne le font aussi lorsqu'elles assimilent, comme nous l'avons vu plus haut, la prescription d'antidépresseurs ou une prise en charge psychologique à une catégorisation de la maladie comme un problème psychologique. Toutes trois écartent en revanche d'autres interprétations possibles, par exemple que les antidépresseurs

seraient proposés comme soutien pour faire face aux conséquences de la maladie ou que l'expertise serait organisée pour favoriser l'octroi de prestations. Pour comprendre cette interprétation, il est nécessaire d'examiner les deux autres présupposés.

Le deuxième présupposé est que si l'on définit une maladie comme psychologique, on considère qu'elle n'est pas réelle. Coralie (Extrait 78 tours 527 et 529) sous-entend une telle équivalence lorsqu'elle affirme : « c'est pas psychologique [...] la maladie, la douleur elle est là. » A nouveau, ce type de raisonnement n'est pas propre à Coralie. Barbara y recourt également lorsqu'elle dit : « ce n'est pas dans la tête [...] la douleur, elle est là », de même qu'Evelyne lorsqu'elle souligne : « mes douleurs elles sont pas dans la tête » et « moi c'est pas des douleurs inexistantes que j'ai ».

Le troisième présupposé est que certaines personnes simulent des maladies pour toucher des prestations d'assurances sociales afin de pouvoir arrêter de travailler. Considérer une maladie comme psychologique, ou non réelle, revient à soupçonner la personne de commettre un tel abus. Coralie mobilise ce présupposé lorsqu'elle fait le lien, par le biais d'une question rhétorique, entre le fait que « tout le monde veut faire passer ça pour une maladie psychologique » et l'hypothèse (le soupçon) qu'elle aurait eu « envie de [s']arrêter de travailler » (Extrait 78, tour 529 et 531). Ce même présupposé est mobilisé par les personnes qui réfutent le caractère intentionnel de la maladie. En effet, lorsque Barbara, Danielle ou Raphaël se défendent d'avoir fait exprès de tomber malade, on peut comprendre qu'ils se défendent en même temps contre le soupçon de n'avoir qu'une maladie feinte (qu'on peut susciter par simple souhait, contrairement aux pathologies « réelles » qui surviennent indépendamment de la volonté).

Globalement, on peut donc interpréter le refus des explications d'ordre psychologique ou intentionnel comme une manière de se défendre, plus ou moins explicitement, contre le soupçon que la maladie serait une simulation, une tentative de fraude pour toucher des prestations d'assurance et éviter de devoir travailler. Cette interprétation est étayée par le contexte argumentatif plus global dans lequel ces discours s'inscrivent (Billig, 1996).

Le contexte argumentatif des discours sur les maladies psychologiques ou intentionnelles

Le contexte argumentatif est constitué par toute une série de discours véhiculant le soupçon, voire la conviction, que nombre de personnes qui se déclarent malades ou invalides souhaiteraient en réalité échapper à leur devoir de gagner leur vie par l'emploi. Ces discours apparaissent au cours de plusieurs entretiens, soit explicitement, soit en creux – par opposition, contraste ou sous-entendu. On peut repérer deux facettes de ce thème, l'un concernant les soupçons d'abus dont les ouvrières disent avoir pâti elles-mêmes, l'autre les abus dont elles soupçonnent autrui.

Quelques personnes relatent que la réalité ou la gravité de leurs troubles ont été à un point de la trajectoire mis en doute par autrui. A titre d'exemple, Barbara raconte que le médecin-conseil de l'assurance d'indemnités journalières a dans un premier temps considéré qu'elle devait retourner au travail, et que ce n'est que sur la base de radiographies qu'il a pris les troubles au sérieux et considéré l'arrêt de travail comme justifié. D'autres personnes racontent que leurs douleurs et handicaps ont été mis en doute par l'AI qui a rejeté leur demande (Coralie, Evelyne), par leurs chefs qui ont refusé de leur accorder un travail plus léger (Gisèle, Irène) ou par leurs collègues (Fabienne).

Par ailleurs, plusieurs ouvrières insistent sur le fait que d'autres personnes – des voisins, des collègues, mais aussi des inconnus – prétexteraient des troubles fictifs pour obtenir indûment des prestations d'assurance. C'est par exemple le cas dans l'extrait suivant où Josiane émet un jugement sur les contrôles effectués par les médecins de l'AI, alors qu'elle vient de décrire le cas d'une collègue qui simulant une dépression « a su y faire » et qui « vit sur ses rentes » dans son pays d'origine.

Extrait 79 : Josiane (gainerie, 1)

331 J c'est vraiment une bonne chose (les contrôles) parce que je me dis il y en a beaucoup qui font vraiment semblant quoi. Parce qu'alors au travail « aïe aïe aïe ». Puis quand tu les vois dehors, « tic tic tic tic tic ». Alors je me dis non, ça c'est pas logique non plus quoi

Josiane affirme ici que la simulation de certaines maladies est un phénomène courant (« il y en a beaucoup qui font vraiment semblant ») qui justifie la mise en place de contrôles

sévères pour vérifier l'octroi de rentes de l'AI. Elle était cette assertion en se référant à des cas dont elle est le témoin direct, puisqu'il s'agit de collègues qui se plaindraient de souffrir au travail, mais en réalité se porteraient bien. Dans d'autres cas, le soupçon se base sur des oui-dire, voire des rumeurs, comme lorsqu'Irène raconte : « On m'a dit qu'on avait vu des anciennes de *l'Ecrin* qui faisaient leurs courses avec leur panier de commission. » Le sentiment d'être spolié par les abus commis par d'autres personnes peut être d'autant plus fort que certaines personnes estiment en pâtir directement, par exemple Evelyne qui attribue le rejet de sa demande par l'AI au durcissement des critères pour combattre les abus.

Le soupçon potentiel véhiculé par les discours sur les abus peut conduire certaines personnes à produire des justifications sur leur maladie, même en l'absence d'une mise en doute concrète de la réalité de leurs troubles :

Extrait 80 : Pierrette (imprimerie)

153 IP et puis au niveau de votre arrêt de travail, ça s'est- donc vous avez arrêté pendant un mois après l'opération

154 P oui oui. Obligée, avec des certificats, parce que c'est pas- D'ailleurs je suis allée là-bas pour amener le certificat médical, parce que je pouvais quand même sortir. Je pouvais pas travailler, mais j'avais le droit aussi de sortir. J'étais là-bas pour amener le certificat d'arrêt de travail, il m'a vu le directeur, il a vu, il a dit « c'est que Madame P elle a une main, elle peut pas travailler dans cet état » **Donc pour voir que j'étais pas à la maison, parce que vous savez il y a des gens qui parfois ils se mettent en maladie, qui ont un petit incident et puis ils restent à la maison tranquilles. Non moi c'était pas mon cas.** Parce que moi j'aime bien travailler

Pierrette met explicitement en opposition, par l'usage de la négation, son propre cas et celui d'autres personnes qui abuseraient des possibilités de congé maladie (« non moi c'était pas mon cas »). L'existence des gens qui « se mettent en maladie [...] et puis ils restent à la maison tranquilles » est ici postulée comme relevant de connaissances socialement partagées, du sens commun, comme le montrent à la fois l'expression « vous savez » et l'usage d'un énoncé générique « y a des gens qui parfois ils se mettent en maladie ».

Le caractère invisible des TMS renforce le potentiel de soupçon. Plusieurs ouvrières rapportent a contrario que la présence de signes tangibles de la maladie, par exemple,

une opération (Fabienne) ou le port d'une attelle, permet de l'atténuer, tout comme l'existence de preuves des lésions par radiographie, IRM, échographie ou électromyographie (Barbara, Evelyne). Toutefois, lorsqu'une incapacité de travail se prolonge, même les troubles sans ambiguïté à la base, comme le syndrome du canal carpien, semblent devenir suspects.

Face au soupçon, exprimé ou potentiel, les ouvrières qui se trouvent en incapacité de travail fournissent des preuves, matérielles et discursives, de la réalité et la gravité de leurs troubles. Au cours des entretiens, elles rapportent la manière dont elles ont produit ces preuves dans diverses situations (par exemple, face aux médecins des assurances, à la direction de l'entreprise, etc.). Elles mettent aussi ces preuves en actes au sein de l'entretien lui-même, notamment à travers des explications qui soulignent la gravité des troubles (par exemple les explications concernant les processus de la maladie, discutées ci-dessus), ou en exhibant des cicatrices, des orthèses ou encore des examens médicaux. Par ailleurs, plusieurs d'entre elles soulignent que si elles ne travaillent plus, c'est bien par incapacité de le faire et non par absence de volonté, par exemple Anne : « je pensais pas du tout de m'arrêter de travailler » ou Evelyne qui rapporte : « dans ma tête, j'étais opérée, je reprenais le boulot [...] moi c'était pas de me mettre à l'AI, maladie professionnelle, tout ça ». Ces affirmations sur sa propre volonté de travailler, de même que sur la volonté des fraudeurs d'arrêter de travailler, mettent en évidence la dimension morale de ce type de discours sur la maladie (Dodier, 1987). Ils font référence à une valeur, celle du travail, et un devoir, celui de travailler pour gagner sa vie si l'on est capable de le faire. Prouver la réalité de ses troubles, se démarquer des fraudeurs, a des enjeux non seulement en termes de prestations d'assurances, mais aussi en termes d'identité, plus précisément de reconnaissance par autrui de son intégrité morale.

9.6.3 Commentaires généraux sur les contenus et les enjeux

La réfutation du caractère psychologique ou intentionnel de la maladie émerge en référence à un soupçon de fraude, lui-même basé sur des présupposés de sens commun : les abus seraient fréquents, nombre de gens souhaiteraient arrêter de travailler, les problèmes psychologiques ne seraient pas des vraies maladies. Ce sens commun est alimenté par divers discours sociaux – politiques, administratifs, médiatiques – notamment ceux qui sont tenus dans le cadre des débats politiques sur les réformes

successives de l'AI pour justifier la diminution des prestations d'assurance (Ferreira & Frauenfelder, 2007). L'existence des abus est également suggérée par de nombreuses pratiques institutionnelles de contrôle, par exemple les expertises menées par l'AI (qui ne se fie pas aux rapports des médecins traitants) (Ferreira, 2007), la nécessité de produire et renouveler les certificats d'arrêt de travail ou les contrôles effectués par les assurances d'indemnités journalières. Dans ce contexte, les discours sur le caractère non psychologique et non intentionnel de ses propres troubles permettent de défendre une identité menacée par le soupçon potentiel d'abus. En même temps, ils contribuent à reproduire un ordre moral selon laquelle il n'est légitime de cesser de travailler que si l'on souffre de troubles réels, qui ne sont pas simulés ni « dans la tête ».

9.7 Synthèse

Je reviendrai ici sur les explications subjectives des causes des TMS qui se dégagent des entretiens, avant de systématiser les enjeux de l'attribution de causes.

9.7.1 Quelles explications subjectives des causes des TMS ?

Les discours sur les causes de la maladie portent sur plusieurs dimensions. Selon les cas, les personnes interviewées expliquent les processus physiologiques sous-jacents, invoquent des facteurs professionnels et extraprofessionnels, retracent l'origine organisationnelle des facteurs professionnels et la manière dont ils s'inscrivent dans des rapports sociaux, attribuent des responsabilités personnelles pour la survenue de la maladie et se situent par rapport aux explications psychologiques des troubles. Les discours sur ces différentes dimensions ont une portée plus ou moins générale. Les explications des processus physiologiques concernent souvent des pathologies spécifiques, par exemple, un syndrome du canal carpien dû à un canal bouché, une épicondylite due à une inflammation, etc. Les explications par des facteurs professionnels et extraprofessionnels portent soit sur les TMS en général soit sur des pathologies particulières. Quant aux autres dimensions (organisation du travail, rapports sociaux, responsabilités, explications psychologiques), elles portent le plus souvent sur les TMS en général, voire incluent parfois d'autres problèmes de santé liés au travail (accident, exposition aux produits toxiques, etc.). Parler des causes des TMS devient

l'occasion de réfléchir plus largement sur les conditions de travail et ce qui les détermine.

Je reprendrai ici les principales conclusions pour chaque dimension en m'interrogeant aussi sur d'éventuelles divergences entre les personnes interviewées qui pourraient avoir un lien avec les controverses sociales sur les TMS.

Toutes les personnes interviewées sauf Manon et Pierrette évoquent des processus physiologiques. Ce faisant, elles s'approprient souvent des explications médicales en les transformant. En particulier, elles procèdent à une objectivation qui permet de rendre concrets des processus invisibles et de les rattacher à des conceptions préexistantes (Moscovici, 1961, pp. 107-110). L'écart entre les explications « scientifiques » et celles des personnes interviewées reflète des différences de connaissances sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie, mais aussi des différences dans les motifs des explications. Alors que les connaissances médicales et physiologiques doivent distinguer très précisément les pathologies et analyser les processus en cause pour les traiter, les explications des ouvrières visent tantôt à comprendre de manière plus holistique leur situation (gravité des troubles, caractère réversible ou non), tantôt à comprendre les traitements qui leur sont proposés (par exemple, faire une opération pour « déboucher » un canal carpien « bouché »), ou à trouver par elles-mêmes comment agir sur la maladie par des traitements médicaux ou des adaptations du travail, etc.

En ce qui concerne les facteurs professionnels et extraprofessionnels, toutes les personnes interviewées à l'exception de Manon estiment que le travail joue un rôle central dans le développement de leurs troubles. Globalement, les discours des ouvrières contrastent ainsi fortement avec le fait que le syndrome du canal carpien et les autres TMS ne sont presque jamais reconnus comme maladies professionnelles en Suisse. L'évocation de causes extraprofessionnelles n'est pas toujours contradictoire avec le rôle central attribué au travail. Même Manon qui attribue son syndrome du canal carpien en premier lieu à une prédisposition génétique estime que les facteurs professionnels sont importants dans les TMS, notamment chez ses collègues. Par ailleurs, invoquer des facteurs extraprofessionnels peut parfois contribuer à étayer le rôle accordé au travail (par exemple, invoquer des prédispositions pour expliquer les différences d'effets des contraintes professionnelles entre les collègues).

Toutes les personnes sauf Pierrette et Serge mentionnent la manière dont certaines caractéristiques de l'organisation du travail provoquent des contraintes professionnelles : elles invoquent les carences des outils et de l'aménagement des postes, des dispositifs contraignant les cadences, la planification et la coordination du travail, ou encore la répartition du travail. Elles désignent ainsi certaines expositions comme résultant de choix organisationnels et donc comme modifiables, alors que l'origine d'autres expositions n'est pas discutée, ce qui pourrait tendre à les faire accepter comme des risques du métier (Breslin, Polzer, MacEachen, Morrongiello, & Shannon, 2007).

Treize personnes mentionnent aussi comme les facteurs professionnels sont liés à des rapports sociaux, entre employeurs et salariés, entre chefs et subordonnés, entre hommes et femmes. Elles dévoilent ainsi certains enjeux de l'organisation du travail, par exemple, les rapports de pouvoir dans l'entreprise ou la quête de rentabilité. Plus encore que les discours sur les dimensions organisationnelles, les explications sur les rapports sociaux peuvent contribuer à une remise en question des conditions existantes, notamment parce qu'elles dévoilent leur injustice. Toutefois, elles peuvent à l'inverse avoir un effet démobilisateur lorsque les personnes se considèrent comme impuissantes à agir.

Par ailleurs, huit personnes invoquent une responsabilité de la part de la direction de l'entreprise ou de leurs supérieurs hiérarchiques dans la survenue de la maladie. Cette attribution peut contribuer à mettre l'accent sur les choix humains qui sont à l'origine des conditions de travail pénibles. Toutefois, elle présente aussi le risque de personnaliser les responsabilités sans discerner les déterminants structurels des actions des chefs ou de la direction (par exemple, recherche de gains de productivité dans un système économique de concurrence, rapports de pouvoir inscrits dans des rapports sociaux).

Les discours sur l'organisation du travail, sur les rapports sociaux et sur la responsabilité d'acteurs de l'entreprise sont moins consensuels que ceux sur les facteurs professionnels ou extraprofessionnels. On peut y déceler trois types de tensions, qui s'expriment sous forme de divergences entre les personnes interviewées ou de dilemmes dans le discours d'une même personne : premièrement, certains discours mettent

l'accent sur la nécessité et la possibilité d'améliorer les conditions de travail alors que d'autres soulignent l'impuissance des ouvrières et invitent à la résignation. Deuxièmement, on peut noter des divergences dans les propositions d'amélioration. Il y a des différences dans les mesures proposées : par exemple, Josiane revendique une rotation des postes alors que Nicolas y est opposé. Il y a aussi des différences dans les stratégies préconisées. Par exemple, Nicolas prône un changement radical des rapports sociaux dans les entreprises : « tant que c'est pas les gars qui bossent qui arrangent leur place de travail, ben on aura toujours ce problème », alors que Fabienne (comme on l'a vu au chapitre 8) négocie des changements plus modestes en tenant compte des rapports de force existants : « j'ai vu si tu leur rentres dedans, c'est un mur qui est devant toi. Mais si tu contournes un peu ça et tu le présentes autrement, tu peux obtenir quand même des choses ». Troisièmement, les discours sur les causes produisent des images contradictoires du monde du travail et de la société : par exemple, certains discours mettent en scène des rapports sociaux conflictuels entre employeurs et salariés, alors que d'autres mettent plutôt l'accent sur la coopération ; autre exemple, l'attribution de responsabilité à la direction de l'entreprise peut être source de dilemme, comme pour Coralie qui dénonce les conditions de travail, mais hésite à en attribuer la responsabilité à l'entreprise.

Sept personnes s'attribuent une part de responsabilité dans la survenue des TMS et plus spécifiquement dans leur chronicisation. Cette auto attribution recouvre en fait deux cas de figure très différents : dans le premier, la personne se présente comme victime d'un engagement excessif dans le travail (travailler vite, ne pas s'arrêter, ne pas s'écouter, etc.), dans le second, elle se considère comme disposant du pouvoir d'agir, même de façon limitée, sur ses conditions de travail.

En dernier lieu, cinq personnes tiennent des discours défensifs qui réfutent le caractère psychologique ou intentionnel de la maladie. Ces discours s'inscrivent dans le contexte argumentatif plus général des fraudes aux assurances sociales et des controverses sur l'objectivité des TMS.

9.7.2 Retour sur les enjeux

Tout au long de ce chapitre, j'ai considéré l'attribution de causes comme une « action » qui répond à certains enjeux et met en œuvre divers moyens pour atteindre ses buts, notamment le dialogue avec d'autres discours. J'ai volontairement évité de produire un

discours trop abstrait, préférant citer et discuter quelques extraits représentatifs de plusieurs occurrences. Je systématiserai maintenant la présentation des enjeux en repartant du fait que la maladie constitue une rupture par rapport à l'ordre courant de la vie. Cette rupture est plus ou moins prononcée : simple accident de parcours dans le cas de TMS passagers et facilement guéris, elle représente un bouleversement biographique global dans le cas de maladies chroniques qui remettent en question durablement le rapport au corps et les activités, mais aussi parfois les rôles sociaux, les relations sociales, le niveau de vie, etc. A la lumière des travaux sur les transitions (Zittoun, 2006; Zittoun, et al., 2008) et sur les récits de la maladie (Bülow, 2008; Bury, 1982; Hyden, 1997; Williams, 1984), on peut considérer que l'attribution de causes répond à quatre types d'enjeux (qui sont d'ailleurs souvent liés) : cognitifs, pratiques, identitaires et biographiques.

Les enjeux cognitifs

Attribuer une cause à la maladie peut répondre à des enjeux cognitifs : il s'agit de comprendre la maladie et les conditions de sa survenue, de se les expliquer à soi-même et de les expliquer à l'interlocutrice. Plus spécifiquement, il peut s'agir d'identifier la maladie (par exemple, différencier une tendinite de Quervain d'un syndrome du canal carpien), de comprendre les processus physiologiques par le biais desquels certains facteurs extérieurs provoquent les symptômes (par exemple, le lien entre un travail répétitif et des douleurs), de comprendre les causes physiologiques d'une évolution défavorable des troubles, de déterminer le poids des facteurs professionnels et non professionnels dans le développement de la maladie, d'élaborer des théories générales sur les facteurs en cause afin de saisir pourquoi les TMS ne touchent pas tous les collègues ou d'identifier des déterminants plus globaux des facteurs professionnels dans l'organisation du travail ou les rapports sociaux prévalant dans l'entreprise. A propos de ce dernier point, l'apparition de TMS peut inciter certaines personnes à reconsidérer l'organisation et les moyens du travail, à mettre en question des choix de gestion ainsi qu'à identifier les rapports sociaux qui façonnent la situation de travail. Ces personnes peuvent ainsi développer de nouveaux champs de réflexion, comme on l'a notamment vu à la section 8.4 (p. 206) avec les trajectoires de Fabienne et Hélène.

Les enjeux pratiques

Les explications sur les causes de la maladie peuvent aussi avoir des enjeux pratiques. Elles sont alors liées au fait de maîtriser le cours de la maladie, d'agir sur les facteurs qui la déterminent ou sur ses conséquences. Plus spécifiquement, les explications sur les causes des TMS permettent de comprendre les traitements proposés par les médecins, par exemple la nécessité d'une opération ou son inutilité, ou de déterminer soi-même des traitements appropriés, par exemple en prenant comme Karin un médicament pour détendre les muscles. Elles peuvent également orienter l'action sur les conditions de travail : il s'agit alors d'identifier les facteurs professionnels des TMS, de comprendre leurs déterminants organisationnels et sociaux pour élaborer des pistes de changement, de puiser dans la perception des injustices des motifs pour agir, de mesurer les obstacles (techniques ou découlant des rapports sociaux) aux changements des conditions de travail, de déterminer sa marge de manœuvre (thème de la responsabilité personnelle) ou d'avouer son impuissance à agir. Enfin, les explications permettent également d'orienter les procédures auprès des assurances sociales : ainsi, les explications sur les facteurs professionnels de la maladie peuvent constituer des arguments pour une reconnaissance par l'assurance-accidents, alors que les explications qui mettent en avant la gravité des troubles, ainsi que leur caractère objectif, non psychologique et non intentionnel, peuvent constituer des arguments dans le cadre d'une procédure auprès de l'AI.

Les enjeux identitaires

Les explications de la maladie peuvent aussi receler des enjeux identitaires : expliquer ce qu'est la maladie et quelles sont ses causes contribue à définir qui est la personne malade. En particulier, les ouvrières peuvent se défendre contre le soupçon de fraude qui plane sur les personnes souffrant de maladies chroniques. Selon les cas, elles insistent alors sur la gravité de leurs troubles, comme Coralie qui souligne les processus physiologiques en jeu dans la maladie ; elles se présentent comme travailleuses acharnées victimes de leur investissement dans le travail ; elles se présentent comme victimes des agissements d'autrui, ce qui contribue en même temps à souligner leur intégrité morale ; ou encore elles se défendent contre les attributions de la maladie à des causes psychologiques ou intentionnelles. Le fait de se présenter comme victime de

conditions de travail pénibles, voire d'une maladie professionnelle, contribue à établir la réalité de la maladie et l'intégrité morale de la malade. En effet, les TMS sont parfois alors considérés comme signes de l'engagement dans le travail, par contraste avec des collègues paresseuses qui, comme le souligne Hélène, « auront jamais de problèmes ni d'épaules ni d'épicondylite, hein. Parce que celles qui ont ces problèmes, ce sont les travailleuses. » Toutefois, les enjeux identitaires ne sont pas liés qu'au soupçon de fraude. On peut aussi constater que certaines explications, notamment sur les dimensions organisationnelles, permettent de se poser comme des gens du métier, qui réfléchissent sur la manière d'effectuer le travail. Par ailleurs, en insistant sur leur investissement dans le travail, certaines personnes souffrant de troubles chroniques tentent de restaurer une facette positive de leur identité menacée par la perte de leur emploi.

Les enjeux biographiques

Les explications sur les causes de la maladie peuvent aussi avoir des enjeux que j'ai appelé biographiques (Bruner, 2002). Il s'agit alors de donner une cohérence à son histoire de vie. En particulier, il peut s'agir de comprendre l'absence de guérison en invoquant une sorte de fatalité (comme Evelyne lorsqu'elle invoque le caractère chronique de son corps pour expliquer son mauvais état de santé général), de se penser comme victime de son propre investissement dans le travail, ou alors d'une injustice (par exemple, Josiane qui invoque la répartition du travail) voire d'actes malveillants (comme Barbara qui invoque une situation de mobbing). Dans d'autres cas, les personnes semblent conférer un sens positif à la maladie, en la considérant comme l'occasion d'une prise de conscience qui permet de transformer son rapport au travail (comme lorsque Fabienne et Hélène se reconnaissent une responsabilité par rapport aux TMS). Il peut aussi s'agir de replacer son propre cas dans une communauté plus vaste et de donner ainsi un sens plus large à la maladie qu'un accident de parcours : ainsi, Evelyne invoque la situation des femmes dans les entreprises comme cause des TMS et comme motifs pour exiger une reconnaissance des maladies professionnelles.

9.7.3 Une limite des analyses : l'insuffisante contextualisation en fonction des trajectoires

Une limite des analyses tient à l'absence de liens entre les discours sur les causes et les trajectoires des personnes. Au niveau des contenus, on pourrait se demander si les personnes insistent sur des dimensions et des aspects différents en fonction de leur expérience. Par exemple, on pourrait faire l'hypothèse que les personnes qui ont des troubles chroniques et de multiples interactions avec les médecins deviennent spécialistes des processus physiologiques des maladies (comme le suggère le cas de Coralie), ou que les personnes engagées dans des activités syndicales insistent plus sur les aspects organisationnels ou les rapports sociaux, etc. Au niveau de la forme, il serait intéressant d'analyser quelles personnes tiennent des discours très catégoriques ou plutôt hésitants, détaillés ou relativement simples, très spécifiques à leur situation de travail ou généralisants. Par exemple, est-ce que défendre son cas vis-à-vis de l'assurance-accidents ou de l'AI conduit à des discours plus affirmatifs et plus détaillés sur les facteurs professionnels ? Au niveau des enjeux, on pourrait se demander si les accents sont liés aux trajectoires des personnes. A titre d'exemple, on pourrait faire l'hypothèse que les enjeux identitaires prennent plus d'importance pour les personnes souffrant de maladies chroniques qui doivent justifier leur statut de malade auprès de leurs proches ou des assurances sociales.

Une telle analyse impliquerait toutefois une démarche tout à fait différente de celle qui a été utilisée ici et devrait se baser sur une comparaison de cas plutôt que sur une analyse thématique transversale. Il me semble en effet nécessaire d'éviter le travers fréquent en psychologie sociale qui consiste à décontextualiser des discours pour tenter ensuite de les expliquer par des attitudes sous-jacentes, des représentations, des traits de personnalité ou des variables sociales, ce qui conduit à occulter le caractère adressé, situé, des discours, tout en construisant artificiellement l'image de sujets homogènes (Billig, 1991).

10 Discours sociaux et sens personnel

10.1 Décalages et jonctions entre explications institutionnelles et personnelles de la maladie

Les analyses effectuées jusqu'ici montrent que les ouvrières interrogées développent des explications de leurs TMS qui se distinguent des discours institutionnels dominants. J'ai montré que les cadrages opérés sur les troubles et leurs causes sont différents. Alors que le système juridique et les assurances-accidents appréhendent les pathologies en les isolant les unes des autres et cherchent à évaluer le poids des facteurs professionnels ou extraprofessionnels, les ouvrières décrivent généralement leurs maladies comme une expérience globale¹⁶² (voir chapitre 7, section 7.1) et situent leurs causes dans un contexte fait de choix techniques et organisationnels, de concurrence entre entreprises, de relations entre collègues, de responsabilités, de rapports de pouvoir entre chefs et subordonnées ou entre hommes et femmes, etc.¹⁶³ Par ailleurs, les contenus des attributions causales tranchent avec les discours institutionnels. Alors que les TMS sont dans le contexte suisse rarement reconnus comme maladies professionnelles, les ouvrières interrogées insistent au contraire presque toutes sur le rôle déterminant du travail dans l'apparition de leurs troubles. Ces différences entre les explications institutionnelles et personnelles peuvent être interprétées comme le résultat de systèmes d'activité (Engeström, 2005) qui ont non seulement leurs propres instruments et règles, mais aussi des objectifs différents. Les assurances-accidents et les tribunaux investiguent les causes des TMS pour déterminer le droit à une prise en charge, alors que les ouvrières cherchent et attribuent des causes à leurs maladies pour faire face aux

¹⁶² Tout en étant capables de recourir à des différenciations, par exemple pour décrire des processus physiologiques de certaines pathologies ou identifier l'effet de facteurs précis (voir chapitre 9, sections 9.1 et 9.2).

¹⁶³ Les catégorisations et explications mobilisées par les ouvrières rejoignent ainsi (pas en termes de contenus spécifiques, mais de type d'approche) celles de professionnels qui adoptent une perspective bio-psycho-sociale sur la santé au travail, notamment une partie des ergonomes et des médecins du travail.

bouleversements biographiques que celles-ci provoquent. Il peut s'agir pour elles de trouver les moyens d'agir sur cette maladie, d'obtenir un revenu de substitution, de se faire reconnaître par autrui, de donner une cohérence à son histoire de vie, etc.

Mais les analyses effectuées jusqu'ici montrent aussi que les définitions personnelles de la maladie ne sont pas complètement indépendantes des définitions institutionnelles. Pour approfondir la compréhension du rapport entre explications sociales et personnelles, on a vu que les ouvrières ne sont pas seulement confrontées aux discours de la loi, de la jurisprudence et des assurances-accidents – elles le sont d'ailleurs rarement directement – mais à une pluralité de points de vue sur les TMS, tenus par différents acteurs et institutions. La lecture socio-culturelle et dialogique des entretiens, mise en œuvre dans les deux chapitres précédents, indique que les propos développés par les ouvrières reposent souvent sur des dialogues entre plusieurs voix : la leur propre, mais aussi celles des assurances sociales, des médecins, des collègues, des chefs, de l'entourage, des médias ou des sources indéfinies, comme des rumeurs ou des lieux communs, etc. On peut donc soutenir que les ouvrières construisent en partie le sens personnel de leur maladie au travers de ce dialogue avec des discours sociaux offrant divers points de vue sur la maladie.

Mon objectif initial d'analyser cette utilisation des discours sociaux sur l'ensemble du corpus s'est toutefois heurté à des difficultés majeures. Les analyses exploratoires basées sur le codage intégral du corpus montrent en effet que de nombreuses voix apparaissent dans les entretiens (médecins, assurances, sens commun, etc.), sous diverses formes (discours rapportés, oppositions, catégories institutionnelles, etc.), dans différents rapports entre la voix des interviewées (reprise, mise à distance, opposition, etc.) et avec différents contenus (cause professionnelle, trouble psychologique, etc.). La difficulté semble à première vue technique : il s'agirait de trouver les moyens d'analyser systématiquement, en procédant à des décomptes, les liens entre ces diverses caractéristiques de l'utilisation des discours d'autrui. Toutefois, le problème est en fait plus fondamental. Une telle démarche ne rompt pas avec la tradition positiviste en psychologie, dans laquelle « research tends to be construed in terms of the separation (or reduction) of entities into independent and dependent variables and the measurement of hypothesized relationships between them » (J. A. Smith, Harré, & Van Langenhove, 1995b, p. 2). Elle implique de procéder à une décomposition des données en éléments

ou variables (par exemple, les voix, les contenus, les formes, etc.) détachés de leur contexte, dont on cherche ensuite à saisir les liens. A cause de cette décontextualisation, cette démarche permettrait difficilement de comprendre comment les ouvrières se servent de manière singulière d'explications socialement disponibles pour répondre aux problèmes concrets liés à leur situation. Pour sortir de cette impasse j'ai choisi de procéder à une étude de cas (Flyvbjerg, 2011; J. A. Smith, Harré, & Van Langenhove, 1995a) portant sur le premier entretien avec Barbara.

10.2 Construire un point de vue personnel en dialogue avec des discours sociaux : une étude de cas

Après avoir explicité le choix du cas, je résumerai la trajectoire de Barbara, puis analyserai le rôle des voix dans les explications de la maladie.

10.2.1 Sélection du cas

Le premier entretien avec Barbara est particulièrement intéressant parce qu'il montre que les controverses sur les TMS ont des répercussions non seulement sur les prestations des assurances sociales, et donc sur la possibilité de quitter le marché du travail avec un revenu de substitution, mais aussi sur la reconnaissance par autrui de son statut de malade et de l'origine de sa maladie, ce qui pose des questions de justice et d'identité (Renault, 2004a). Ce thème de la reconnaissance est apparu à plusieurs reprises dans les analyses sous diverses facettes : être reconnue comme « vraie » malade ne souffrant pas d'une maladie psychologique ou simulée, faire reconnaître une maladie professionnelle par l'assurance, faire reconnaître par autrui la pénibilité de son travail, etc. Il s'agit ici de comprendre comment ces facettes s'agencent dans un cas singulier. Une raison supplémentaire de traiter ce thème me semble être que la dynamique de la (non-) reconnaissance influence l'évolution des troubles. Pour faire court, car j'y reviendrai, l'absence de reconnaissance peut enfermer la personne dans une quête à l'issue d'autant plus incertaine que son attitude plaintive et revendicatrice risque justement d'être interprétée par les assurances, les médecins ou les proches comme le signe que les douleurs et handicaps découlent de problèmes psychologiques personnels et non d'une atteinte objective (Glenton, 2003; Reid, et al., 1991). Or, l'enfermement

dans une quête contrariée et la restriction du pouvoir d’agir qui lui est associée intensifient la souffrance due aux conséquences de la maladie. Se pose alors une question pratique sur la possibilité de rompre ce cercle vicieux.

10.2.2 Trajectoire de Barbara

Globalement, la trajectoire de Barbara peut être caractérisée de « trajectoire de chronicisation ». A l’époque du premier entretien, elle souffre en effet de vives douleurs, d’une perte de mobilité et de force aux mains, bras et épaules. En incapacité de travail, elle touche des indemnités journalières de l’assurance-maladie. Sa déclaration de maladie professionnelle a été rejetée et une demande de prestations est en cours auprès de l’AI. Le Tableau 7 résume les principaux points de trajectoire.

Tableau 7 : Principaux points de la trajectoire de Barbara dans les domaines de la santé, de l'emploi et des assurances sociales¹⁶⁴

Date	Santé	Emploi et assurances sociales
1991	tendinite au poignet droit ; opération	arrêt de travail puis reprise
courant 2001	douleurs aux mains et bras ; généraliste : <u>épicondylite</u> droite, attelle	
2002	douleurs aux mains, coudes et épaules	
été 2002	rhumatologue : <u>arthrose</u> épaules et nuque ; infiltrations de cortisone aux épaules, anti-inflammatoire (Vioxx), physiothérapie	arrêt de travail ; déclaration de maladie professionnelle
automne 2002		deux essais de reprise à 50% ; décision négative de la Suva, opposition
fin 2002		médecin de l'assurance d'indemnités journalières : apte à reprendre le travail
début 2003		reprise 50% puis 100%
hiver printemps 2003	neurologue et radiologue : <u>SCC + arthrose</u> aux pouces ; chirurgienne : infiltrations au pouce gauche, orthèses, ergothérapie	
23 avril 2003		arrêt de travail ; inaptitude reconnue par assurance d'indemnités journalières
été 2003	opération du SCC à droite	demande AI
fin 2003		licenciement
juin 2004		1 ^{re} séance du groupe syndical

Engagée comme ouvrière polyvalente, non qualifiée, par la gainerie *L'Ecrin*, Barbara subit un premier épisode de TMS, une tendinite au poignet, au cours des années 1990, puis un second épisode qui se manifeste d'abord par des douleurs aux mains et aux bras, qui s'étendent ensuite aux épaules. Barbara mentionne les diagnostics d'épicondylite, ainsi que d'arthrose à la nuque et aux épaules, pour lesquels divers traitements médicaux sont tentés sans succès. Dès l'été 2002, elle est en arrêt de travail. Son employeur déclare alors les troubles comme maladie professionnelle, encouragé à le faire par l'assurance d'indemnités journalières maladie, qui aux dires des ouvrières, ne

¹⁶⁴ Rappelons que la trajectoire est reconstituée à partir des informations fournies par Barbara, même si les questions de l'intervieweuse font parfois appel à des éléments externes (documents, séances du groupe syndical, etc.). Autant que possible, c'est l'interprétation subjective des événements qui est restituée.

veut plus payer pour les absences liées aux nombreux cas de TMS survenant dans cette entreprise. C'est d'ailleurs cette même assurance qui fera opposition à la décision négative de l'assurance-accidents. A l'automne 2002, Barbara tente deux reprises du travail qui se soldent par des échecs. Puis, elle reprend son travail suite après avoir été convoquée par le médecin expert de l'assurance d'indemnités journalières. En parallèle, elle poursuit les traitements médicaux et la physiothérapie. Au cours de l'hiver, son état de santé se dégrade. De nouveaux diagnostics sont posés, syndrome du canal carpien et arthrose aux pouces, et de nouveaux traitements tentés, sans plus de succès. Au printemps 2003, Barbara est à nouveau en arrêt de travail. Elle dépose une demande auprès de l'AI pour une reconversion ou une rente. Fin 2003, toujours en arrêt de travail, elle est licenciée. Elle prend contact avec le syndicat pour demander une adaptation de ses cotisations. La permanente syndicale lui propose alors de se joindre à une démarche collective pour faire reconnaître des cas de TMS comme maladies professionnelles. Barbara participe à la première rencontre d'un groupe syndical en juin 2004 et l'entretien de recherche a lieu deux semaines plus tard.

10.2.3 Les voix convoquées dans l'entretien et les dialogues

En ne tenant compte que des énoncés ayant trait aux causes de la maladie et à l'objectivité des troubles (laissant ainsi de côté d'autres thèmes comme la description du travail, les traitements, les conséquences de la maladie, etc.), les critères retenus (chapitre 6, section 6.4.4) permettent d'identifier plusieurs voix : celles du médecin expert de l'assurance d'indemnités journalières, de l'inspecteur de l'assurance-accidents, de médecins traitants (chirurgienne, rhumatologue et généraliste), de physiothérapeutes, de collègues, de la cheffe du personnel et du directeur de l'entreprise et du sens commun. En outre, plusieurs énoncés s'opposent – de façon plus ou moins explicite – à d'autres discours sur la maladie. Ces voix déclinent différentes facettes des controverses sur les TMS que j'explorerai tour à tour.

La pénibilité du travail comme cause des TMS

Dès le début de l'entretien, Barbara dépeint la pénibilité de son travail et son rôle dans le déclenchement des TMS dont elle souffre. Dans un premier temps, elle prend en charge ces explications en son nom propre, par exemple :

Extrait 81

30 B c'était le dai-dai-dai. C'était des machines de l'époque de Louis XV, à la chaîne. Il fallait lever les cartons et tout. Et effectivement là, en 2001, j'ai senti les douleurs. Et puis je me suis tue. J'ai dit « non, ça va passer, ça va passer, ça va passer ».

Barbara attribue implicitement l'apparition de douleurs à ses tâches et conditions de son travail (travailler rapidement sous pression, à la chaîne, sur du matériel vétuste, lever des poids). Un peu plus tard, elle explicite les liens entre expositions professionnelles et problèmes de santé :

Extrait 82

72 B et puis pour ne pas perdre du temps, parce que bon, ça, c'est dans toutes les entreprises, on m'avait appris à ouvrir un carton, à mettre- tu ouvres le carton, tu mets le couvercle là (dans la main ouverte). Tu prends la boîte, l'écrin, tu mets dans le carton, tu fermes et tu mets dans le box pour le mettre à la palette. Voilà, ça, ça a été mes problèmes de mains.

Barbara attribue ici explicitement une partie de ses TMS, ses problèmes de mains, au mode opératoire adopté pour ses tâches à l'expédition (mise en cartons et en palettes), tout en relevant que celui-ci lui a été enseigné par d'autres personnes (des collègues ou des chefs) pour répondre aux exigences temporelles de production. Si, dans les extraits cités jusqu'ici, Barbara fournit des explications en son nom propre, dans la suite de l'entretien, elle fait intervenir d'autres voix au sujet des causes de sa maladie. Ainsi, elle rapporte le discours du médecin expert de l'assurance d'indemnités journalières, lors d'un examen visant à évaluer sa capacité de travail :

Extrait 83

78 B j'allais avec ça au travail (elle montre ses attelles). Et j'ai dit « je veux garder, je veux garder. » Parce que la Suva m'a balancée. Et je leur ai dit « je vais avec mes orthèses ». Parce que mes pouces, c'est fini. On ne peut plus les faire fonctionner. J'ai l'arthrose ici. Et Docteur W de l'assurance N (d'indemnités journalières) m'a dit « c'est les mouvements répétitifs, depuis quinze ans que vous avez faits, que ça a provoqué une arthrose »

Barbara rapporte une explication de l'expert, le Docteur W, au sujet des causes de sa maladie. Comment cette explication venant d'autrui est-elle liée au sens que Barbara donne à sa maladie ? On peut interpréter ces liens à différents niveaux. Premièrement,

on peut penser que Barbara utilise le discours du Docteur W comme outil sémiotique (Wertsch, 1991). En effet, ce dernier apporte des éléments d'explication spécifiques, que Barbara n'avait pas nécessairement avant de le rencontrer, sur le lien entre un diagnostic précis, l'arthrose, et une exposition professionnelle particulière, les mouvements répétitifs. En s'appropriant les explications du médecin, Barbara pourrait ainsi mieux comprendre ses troubles et plus facilement les expliquer aux autres. Deuxièmement, on peut supposer, à partir de cet extrait, mais aussi de la connaissance du contexte que Barbara utilise le discours du Docteur W de manière argumentative, pour prouver la causalité professionnelle de ses TMS, contre l'avis de l'assurance-accidents qui a rejeté sa demande de reconnaissance comme maladie professionnelle. En effet, le discours du docteur W intervient dans une séquence où Barbara raconte qu'elle a poursuivi son travail malgré ses douleurs et où elle fait référence au refus de prise en charge de la Suva (« la Suva m'a balancée »). Je reviendrai plus loin sur la manière dont cette argumentation semble destinée à la fois à convaincre la chercheuse de la présence d'une maladie professionnelle, mais aussi plus largement à revendiquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle auprès de destinataires qui ne sont pas physiquement présents dans l'entretien. La force des arguments découle non seulement du contenu des explications, mais aussi de la référence à un expert légitimé à déterminer quelles sont les causes d'une maladie. Troisièmement, on pourrait penser que l'important n'est pas seulement le contenu des propos du Docteur W ou la possibilité de les utiliser dans une argumentation, mais l'expérience d'être reconnue par autrui dans un contexte où la réalité des troubles et leur origine professionnelle sont contestées. Cette reconnaissance par autrui offrirait à Barbara un soutien émotionnel et affectif, en lui permettant de se considérer elle-même comme quelqu'un qui est digne d'être crue et dont les douleurs méritent d'être prises en compte. Il s'agirait ainsi d'un appui pour essayer de reconstruire une identité blessée, à la fois par la perte partielle de ses rôles sociaux (emploi, responsabilités domestiques) et de son autonomie, et par des expériences de disqualification (la mise en doute de l'objectivité de ses troubles et de leur causalité professionnelle).

Quelques tours de parole plus loin, Barbara rapporte les propos de l'une de ses médecins traitants, chirurgienne de la main, au sujet de son arthrose aux pouces :

Extrait 84

- 116 B et puis Docteur T m'a envoyée, justement mon généraliste, m'a envoyée chez la spécialiste des mains, Docteur U. Alors elle, elle a parlé, elle a dit « je ne peux pas faire des miracles. C'est dû au travail mais malheureusement ça ne passe pas. » C'est dû au travail, elle l'a dit. « Mes pauvres gainières », même elle a dit, « c'est dur le travail ». Mais elle dit « je ne peux pas faire de miracles ».

Barbara utilise les propos de sa médecin, non pas pour comprendre d'où vient sa maladie, mais pour soutenir son affirmation selon laquelle l'arthrose est due au travail. Cette fonction argumentative apparaît explicitement au travers de l'énoncé « c'est dû au travail, elle l'a dit », qui présente les propos de la médecin comme prouvant la vérité des dires de Barbara. Par ailleurs, comme dans l'extrait précédent, Barbara rapporte une expérience où son état a été reconnu par un expert (une « spécialiste des mains »). Ici, cette reconnaissance porte d'une part sur la pénibilité du travail : « "mes pauvres gainières", même elle a dit, "c'est dur le travail" », et d'autre part, sur la gravité de la maladie, celle-ci étant incurable : « elle dit "je ne peux pas faire de miracles" ».

Enfin, je citerai un bref extrait d'un passage où Barbara reprend les explications de sa rhumatologue :

Extrait 85

- 623 B là (montrant son bras) je n'ai pas de muscle.
624 IP ouais tout à fait.
625 B mais c'est les mouvements- c'est pour ça qu'elle m'a dit, Docteur V (la rhumatologue), justement « c'est les mouvements répétitifs ». Alors en forçant
626 IP [[vous pensez que c'était]]
627 B [[comme j'étais droitière]] en forçant tout le temps tout le temps sur le droit, j'ai atrophié le muscle. Alors ça m'a fait des calcifications et les cervicales entre le quatrième et le septième, ça ne va pas parce que- C'est pour ça que je me tiens comme ça. Parce que tu es tout le temps devant la machine, à travailler, avec la tête en bas. Alors elle me dit « vous avez atrophié, on le voit », elle dit, « très très bien. Le muscle il est atrophié. »

Barbara s'appuie sur les explications de la rhumatologue pour comprendre quelle est la nature de son problème (un muscle atrophié, des calcifications aux vertèbres cervicales) et quels sont ses liens avec des activités professionnelles (des mouvements répétitifs, une position penchée sur la machine). En même temps, elle utilise la voix de la

rhumatologue de manière argumentative pour prouver à la fois l'objectivité des troubles (« vous avez atrophié, on le voit ») et leur origine professionnelle (« c'est les mouvements répétitifs »), deux thèmes qui apparaissent ici intimement liés : la présence d'une atteinte visible, l'atrophie, prouve en quelque sorte que le travail a bien provoqué des atteintes à la santé. A qui Barbara s'oppose-t-elle lorsqu'elle convoque ainsi des alliés pour prouver l'origine professionnelle de ses troubles ? Pourquoi lui est-il si nécessaire d'étayer son argumentation alors qu'elle pourrait supposer que la chercheuse est acquise à sa cause ? En quoi l'expérience de reconnaissance par autrui est-elle si importante ? L'interprétation la plus immédiate est que Barbara s'oppose à l'assurance-accidents, qui refuse de reconnaître son arthrose comme maladie professionnelle. Je la développerai avant de montrer pourquoi elle n'est pas suffisante.

Revendiquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle

A plusieurs reprises au cours de l'entretien, Barbara revendique la catégorisation de ses troubles comme maladie professionnelle en produisant des arguments qui s'opposent à d'autres explications, par exemple en réfutant qu'il s'agirait de (banals) rhumatismes :

Extrait 86

92 B mais c'est une maladie professionnelle. Je l'affirme. Je l'affirme. Parce que génétiquement, tout le monde a des rhumatismes, vous aussi plus tard vous aurez, mais pas ça. Ma mère aussi elle a souffert plus tard, à cinquante ans, qu'elle n'a jamais travaillé. Cinquante, cinquante-cinq ans, elle a eu des rhumatismes mais elle n'a jamais eu ça. Jamais.

Barbara fait ici des mouvements de concession envers une voix qui banaliserait sa maladie (« génétiquement, tout le monde a des rhumatismes », « ma mère aussi elle a souffert plus tard »), ce qui lui permet de mieux affirmer la spécificité de son cas (« mais elle n'a jamais eu ça ») et donc l'origine professionnelle de ses troubles. Au passage, on peut remarquer que Barbara convoque un discours de sens commun, « génétiquement, tout le monde a des rhumatismes », auquel on peut attribuer deux fonctions : ce sont des connaissances sociales qui l'aident à comprendre ce que sa maladie est ou n'est pas, mais c'est aussi un moyen d'emporter l'adhésion des destinataires de son discours en s'appuyant sur des connaissances partagées et donc difficilement réfutables. Cette argumentation de Barbara s'oppose au refus de l'assurance-accidents de reconnaître une maladie professionnelle :

Extrait 87

381 B et puis je n'ai pas fait recours, parce qu'il m'a dit que ce que j'avais dit ce n'était pas dû au travail et que c'était une maladie. Bon, j'avais dit que je me sentais mieux, ça, c'est vrai. Mais je lui ai dit tout tout tout, les opérations que j'ai eues, les écoles que j'ai faites, tout. Il m'a- Pendant quatre heures ça a été, hein, avec lui. Un petit fonctionnaire, en face de toi, tu fais quoi ?

Barbara attribue le rejet de son cas à l'interprétation de l'inspecteur chargé de l'instruction, pour qui les troubles seraient « une maladie ». En même temps, elle fait part d'une expérience de disqualification : un « petit fonctionnaire » a le pouvoir de l'interroger pendant des heures sans réellement prendre en compte ce qu'elle dit, puisqu'il conclut malgré un récit exhaustif que les TMS ne sont pas dus au travail. Au passage, on peut remarquer que la concession de Barbara « bon, j'avais dit que je me sentais mieux, ça, c'est vrai », dénote un manque de maîtrise des conditions de la reconnaissance comme maladie professionnelle. En effet, le fait qu'une maladie soit aiguë ou chronique n'entre pas en compte dans sa reconnaissance par l'assurance-accidents. On peut se demander si Barbara ne confond pas cette procédure avec elle auprès de l'AI, hypothèse étayée par d'autres passages où elle mélange gravité de l'atteinte et origine professionnelle. Juste après, Barbara poursuit son argumentation en convoquant les propos d'une collègue pour étayer sa position :

Extrait 88

397 B il m'a écrit comme quoi ce n'était pas professionnel et que c'était- Alors j'ai été la première. Parce que je continuais à travailler. Et puis après il y a les autres dames que vous allez voir. Alors lui, il ne m'a pas convoquée là-bas à l'entreprise. Il a convoqué Anne, il a convoqué Evelyne. Et dès qu'il est rentré dans l'atelier parce qu'il voulait voir qu'est-ce qu'elles faisaient, mais elles, elles étaient dans un autre atelier. Dès qu'il est rentré, il leur a dit « ce n'est-soyez sûr que je veux pas le noter » il dit « comme maladie professionnelle ». C'était déjà tout de suite dit. Tchak. Coupez. Alors c'est là qu'Evelyne elle s'est retournée, elle n'est pas bien avec Monsieur S. Elle a dit « pourquoi vous n'allez pas demander à d'autres gens, ils le cachent. Ils disent qu'ils ont mal ». Elle avait raison.

Barbara fait le récit d'événements et de propos auxquels elle n'a pas assisté elle-même, mais qui lui permettent de dénoncer la mauvaise foi de l'inspecteur de l'assurance-accidents et d'emprunter à Evelyne un argument en faveur de la présence d'une maladie

professionnelle : il s'agit bien d'une maladie due au travail, puisqu'elle concerne de nombreux collègues, même si ceux-ci n'en parlent pas. Pourquoi Barbara argumente-t-elle si vigoureusement contre l'assurance-accidents et en faveur de la reconnaissance d'une maladie professionnelle ? La décision négative de l'assurance-accidents semble avoir plusieurs enjeux. Barbara fait référence à une question de justice par rapport à la prise en charge des coûts engendrés par la maladie, un problème soulevé, à ses dires, par son médecin généraliste :

Extrait 89

309 B justement hier, j'avais mon généraliste et il m'a dit « il faut tenir bon parce qu'ils sont » Il dit « ils ne veulent pas payer, c'est toujours le syndicat qui paie, c'est la perte de gain qui paie, c'est votre assurance O qui paie ». C'est vrai, mon assurance-maladie c'est l'assurance O. Jusqu'où l'assurance O elle ira ? Depuis deux ans, elle est en train de me payer les médicaments, la piscine et jusqu'où elle ira cette assurance O ?

Barbara laisse également transparaître une inquiétude par rapport à la prise en charge des prestations à moyen terme. Toutefois, son discours reflète un manque de maîtrise du système d'assurance. En effet, dans la situation de Barbara, le plus grand risque ne réside pas dans la prise en charge des traitements, mais il est plutôt d'arriver au bout de son droit aux indemnités journalières maladie (en l'occurrence 720 jours) avant d'être rétablie ou d'avoir droit à une rente de l'AI. Si son cas avait été reconnu comme maladie professionnelle, non seulement les traitements seraient pris en charge par l'assurance-accidents (sans la participation aux frais qui prévaut dans l'assurance-maladie), mais surtout Barbara aurait en principe droit à des indemnités journalières aussi longtemps que nécessaire.

Par ailleurs, la reconnaissance d'une maladie professionnelle semble avoir pour Barbara un autre enjeu, qui est de permettre une amélioration des conditions de travail afin de protéger la santé des ouvrières. Elle mentionne en effet : « alors j'espère que vous pourrez, avec ce que vous ferez, protéger d'autres personnes plus jeunes que moi ». Au passage, on peut noter que dans cet énoncé, Barbara inclut la chercheuse (présente à la première séance du groupe syndical) dans la campagne pour la reconnaissance des maladies professionnelles. Cette remarque permet de souligner que le discours de Barbara n'est pas orienté seulement vers la compréhension de son histoire par son interlocutrice, mais

aussi vers la manière dont cette dernière pourrait agir sur la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, par exemple en convainquant les lecteurs de ses travaux de la nécessité de cette reconnaissance ou en participant activement à la démarche syndicale. A travers ses explications, Barbara fournit à la chercheuse des arguments qui semblent destinés à un public plus large.

Enfin, le rejet de la demande par l'assurance-accidents semble avoir des conséquences en termes d'identité, et non seulement en termes pratiques de prestations d'assurances ou de mesures de prévention. Barbara parle de ce rejet sur un ton très émotionnel.

Extrait 90

401 B je l'ai laissé dire. Il m'a posé des questions. Je lui ai dit vraiment la vérité, tout. A partir de là, je me suis en foutue. Je dis effectivement, comme si j'étais une criminelle. C'est pas lui qui me paie les assurances, c'est pas lui qui me paie le mal que j'ai et les nuits blanches que je passe. Hein, ça, il faut le dire, des nuits blanches, j'en passe.

Barbara interprète l'attitude de l'inspecteur de l'assurance-accidents comme une mise en accusation. Il est difficile de déterminer si elle se réfère à la manière dont s'est déroulé l'entretien, qui aurait pu ressembler à un interrogatoire policier, ou à une accusation implicite, par exemple celle d'être une simulatrice. Dans tous les cas, elle exprime le sentiment d'être victime d'injustices : elle est traitée comme une criminelle alors qu'elle est une victime ; ses douleurs (« le mal que j'ai ») et leurs conséquences (« les nuits blanches ») ne sont pas reconnues par l'assurance. On comprend, face à cette expérience de disqualification, l'importance pour Barbara de voir l'origine professionnelle de ses troubles reconnue par d'autres acteurs, comme l'expert de l'assurance d'indemnités journalières ou ses médecins traitants. Toutefois, les expériences de disqualification ne se limitent pas à la procédure avec l'assurance-accidents, comme le montrent d'autres dialogues que Barbara entretient avec les voix de collègues, de cadres de l'entreprise ou de médecins.

Des discours disqualifiants

L'argumentation déployée par Barbara fait écho à une mise en doute de la pénibilité du travail, et de manière implicite, de la réalité de la maladie, par ses collègues. Dès le début de l'entretien, Barbara insiste sur la pénibilité de son travail :

Extrait 91

- 58 B c'est toujours les mouvements répétitifs. Appuie sur le doigt, lève les corbeilles. C'est du poids tout ça. Ce n'est pas que tu as un boy qui va t'aider à lever, un garçon, un homme qui va t'aider. C'est toi qui dois le faire.

Les marqueurs de contraste (« mais », « ce n'est pas ») sous-entendent la possibilité d'une autre voix, qui affirmerait que le travail aux impressions est léger. La suite de l'entretien fait apparaître les discours sur la pénibilité du travail comme une réponse de Barbara à des collègues qui se montraient jalouses de son poste :

Extrait 92

- 202 B maintenant, je les laisse qu'ils se démerdent pour qu'ils comprennent ce que je faisais. Sans gants, sans rien, hein, sans protection. [...] « Ah, elle est bien, elle a une machine électronique ». Ils croyaient- L'ordinateur. « Elle fait- elle est tranquille, elle est tranquille »
- 203 IP c'est tranquille, c'est ça
- 204 B c'est là aussi qu'il y a eu de la jalousie, à la chaîne, au lavage. Et je faisais beaucoup plus dur. Eh bien maintenant je rigole, parce qu'on me dit, j'ai des collègues qui m'aiment bien, qui me disent « comment tu sortais sans rien dire ? Comment tu faisais ce travail sans rien dire ? »

A travers des discours rapportés, Barbara met en scène les suppositions de ses collègues sur la légèreté des tâches, mais aussi une reconnaissance tardive de leur pénibilité, ainsi que du stoïcisme dont elle a fait preuve pour supporter ce travail. Dans son récit, Barbara fait le lien entre un déni de la pénibilité et un déni de ses compétences professionnelles, comme le suggère le glissement thématique dans l'extrait suivant :

Extrait 93

- 204 B [...] « comment tu sortais sans rien dire ? Comment tu faisais ce travail sans rien dire ? » Laver la machine. Je dis « je m'en fous », il a payé deux cent mille francs pour cette machine. Moi, je la gardais comme un bijou. Maintenant dans deux ans, il va la changer.

A travers ce récit, Barbara apparaît comme une héroïne ayant réussi à supporter des conditions très pénibles et comme une travailleuse compétente et consciencieuse. Barbara semble mobiliser la reconnaissance tardive de la part de ses collègues de ses qualités professionnelles pour conforter une identité mise à mal par les conséquences de la maladie, notamment par la perte de son emploi.

Barbara rapporte une deuxième expérience de disqualification lorsqu'elle fait allusion à des propos accusateurs tenus par la cheffe du personnel, lors du licenciement :

Extrait 94

277 B j'avais beaucoup d'estime pour elle mais elle m'a très très mal- elle a très mal agi envers moi. Je n'ai rien à voir avec d'autres personnes qui sont malades, Isabelle, mais elle m'a traitée de menteuse. Elle m'a traitée comme si c'était un coup monté qu'on avait fait. Que je n'avais rien à voir, parce que j'étais la dernière, la seule qui a tenu jusqu'au bout. Je ne lui en veux pas, parce qu'elle aussi, elle était sous pression sûrement du patron et des assurances, je la comprends très très bien. Mais je crois que je ne méritais pas la façon dont elle m'a parlé.

Barbara s'oppose ici à un discours qui assimilerait son attitude à celle de collègues malades et qu'elle attribue implicitement à la cheffe du personnel. Elle rapporte ensuite l'accusation de la cheffe du personnel d'avoir menti et pris part à un « coup monté ». Barbara ne donne pas de précision sur la nature de ce « coup monté », mais la connaissance du contexte permet d'inférer qu'il s'agirait d'une simulation de la gravité des troubles. Pour Barbara, cette accusation semble d'autant plus injuste qu'elle-même estime n'avoir « rien à voir » avec d'autres collègues, puisqu'elle a justement été « la seule qui a tenu jusqu'au bout ». Elle interprète cette accusation de complot comme une absence de reconnaissance de son investissement dans le travail et du fait qu'elle est allée jusqu'à sacrifier sa santé pour pouvoir réaliser ses tâches. En effet, un peu plus tôt dans l'entretien, elle explique qu'elle travaillait très rapidement et qu'elle aurait dû travailler plus lentement pour éviter de se « ruiner la santé » :

Extrait 95

218 B j'ai été trop honnête sur mon travail. Et aujourd'hui je paie le prix
219 IP trop scrupuleuse
220 B trop. Et je paie les pots cassés. Je n'aime pas me vanter mais au moins je dis les bêtises que j'ai faites. Et qu'aujourd'hui ce n'est même pas apprécié. Parce que de la façon, de la manière qu'on m'a donné mon congé, je crois que je le méritais pas.

Barbara reproche ainsi à l'entreprise, et en particulier à la cheffe du personnel, de ne pas apprécier à sa juste valeur la contribution qu'elle leur a apportée et au contraire, de la soupçonner de vouloir cesser de travailler. Elle synthétise une morale de son histoire en

recourant à des formules de sens commun : « je paie le prix », « je paie les pots cassés ». On peut supposer que cette voix du sens commun aide Barbara à penser (et faire reconnaître) son expérience personnelle à l'aide d'un modèle culturel de récit (Bruner, 2002), qui implique ici une prise de distance critique par rapport à ses actions passées tout en reconnaissant que celles-ci étaient basées sur des vertus et des intentions louables. Le recours à cette voix du sens commun renforce le caractère de fable que prend le récit de Barbara, c'est-à-dire d'un récit porteur d'une leçon de morale (Bruner, 2002), celle-ci étant ici qu'il ne faut pas sacrifier sa santé pour des personnes qui ne reconnaissent pas la valeur de cette contribution.

Le récit de Barbara fait référence à une troisième expérience de mise en doute, à travers une proposition de son médecin généraliste que Barbara interprète comme une allégation selon laquelle ses troubles seraient psychologiques :

Extrait 96

- 84 B et puis après quand j'ai des lancées et j'ai mal, alors je prends le Tilur retard et ça va. Mais je n'ai pas accepté, Isabelle, les antidépresseurs, parce que ce n'est pas dans la tête.
- 85 IP non
- 86 B la douleur, elle est là.

Barbara s'oppose ainsi à une voix indéfinie qui soutiendrait que les troubles sont dans la tête et que donc les douleurs ne sont pas réelles. Le risque de voir attribuer ses plaintes à une problématique psychologique a des implications importantes en termes d'identité, car les troubles psychiques sont souvent stigmatisés et réduits à une question de volonté (A. Werner & Malterud, 2003), voir au soupçon que la personne simule une maladie pour tirer bénéfice de sa situation.

Cette question de l'objectivité des troubles est également au centre de la quatrième expérience de mise en doute rapportée par Barbara. Elle raconte qu'après quelques mois d'arrêt de travail, le médecin expert de l'assurance d'indemnités journalières l'a convoquée pour un examen, lors duquel il a estimé qu'elle pouvait reprendre le travail :

Extrait 97

- 246 B parce que quand on m'a arrêtée à 50% à 100%, Docteur W a voulu un entretien avec moi. Alors- mais je n'avais pas les radios. C'était tout par parole, que les médecins avaient dit. Alors il m'a dit « vous pouvez

repandre ? » J'ai dit « oui, je me sens un peu mieux. J'irai, parce que j'ai eu les cortisones. » Effectivement, je n'avais pas mal. Mais j'ai eu cinq cortisones, trois d'un côté, trois de l'autre.

Selon Barbara, le Docteur W met en cause la version des médecins traitants parce qu'il n'y a pas de preuves objectives d'une lésion comme pourraient les fournir des radios. Barbara consent elle-même à reprendre le travail parce que ses traitements lui offrent alors un soulagement significatif. Toutefois, son état de santé se dégrade au cours des semaines suivantes et ses médecins prescrivent un nouvel arrêt de travail :

Extrait 98

238 B les médecins m'ont arrêtée. C'est pas moi. Ce sont les médecins. Ils m'ont dit « écoutez, nous on va vous soigner d'un côté, de l'autre côté, vous allez », il dit « vous continuez, 50% 100%. On peut pas tout le temps vous garder comme ça. Une fois tu vas, une fois tu vas pas. C'est pas joli. Vous, vous avez insisté. Vous avez travaillé » il dit « quatre mois de suite avec tous les traitements qu'on vous a faits. » Et ça a dégradé. J'ai eu les mains bloquées. Alors, ils m'ont arrêtée.

Ici, Barbara rapporte qu'elle s'oppose dans un premier temps à la décision des médecins avant de s'y rallier. La voix des médecins permet à Barbara de prendre conscience du rapport entre le fait de poursuivre le travail à tout prix et la dégradation de son état de santé. En même temps, la voix des médecins apporte une reconnaissance de la gravité de la maladie, mais aussi de la volonté de Barbara de travailler. La mise en scène de cette reconnaissance peut être comprise comme un argument contre une interprétation possible de la chercheuse, qui pourrait la soupçonner de vouloir arrêter de travailler. D'ailleurs, Barbara réfute explicitement l'hypothèse selon laquelle elle aurait décidé elle-même d'arrêter : « les médecins m'ont arrêtée. C'est pas moi. Ce sont les médecins ». On peut aussi penser que si Barbara doit se défendre ainsi, c'est bien parce que son identité a été attaquée sur ce point par les soupçons des assurances, mais aussi de ses collègues et de la direction de l'entreprise, comme cela a été évoqué plus haut. Barbara insiste d'ailleurs à plusieurs reprises sur le fait que ses troubles ont été reconnus par des personnes légitimées à juger de la maladie, par exemple le docteur W dans la suite de la trajectoire :

Extrait 99

246 B et puis lorsqu'on m'a arrêtée complètement, on m'a fait aussi des radios. Ils ont vu effectivement le mal que j'avais aux mains. Parce que j'ai dit « je n'en peux plus, maintenant aidez-moi ». Alors l'assurance N a dit au Docteur W de m'appeler. Il avait toutes les radios et il m'a dit « maintenant, c'est visuel et je vous comprends. Alors soignez-vous »

Cette reconnaissance a des enjeux matériels – toucher des indemnités journalières –, mais il s'agit également de voir sa souffrance et ses efforts reconnus par autrui. Le Docteur W témoigne ainsi de compréhension et sollicitude pour Barbara : « maintenant, c'est visuel et je vous comprends. Alors soignez-vous ».

Pour terminer, je soulignerai que le discours de Barbara sur sa maladie est aussi lié à la procédure en cours auprès de l'AI. Au moment de notre entretien, près d'une année s'est écoulée depuis l'annonce à l'AI, mais Barbara n'a encore reçu aucune réponse. Cette incertitude et la crainte d'un rejet jouent aussi un rôle dans la manière dont Barbara cherche à comprendre et à expliquer sa maladie :

Extrait 100

279 B en même temps, Docteur W (médecin de l'assurance d'indemnités journalières) justement, comme il a dit qu'à 100%, je ne peux plus travailler avec mes mains. C'est- Je crois que je suis la seule qui a ce rapport. Alors, c'est ce que les médecins me disent. J'ai fait une application à l'AI pour avoir une rente. L'AI a voulu mes dossiers, ils ont voulu même les orthèses, la facture des orthèses, les docteurs l'ordonnance qu'ils m'ont donnée. Je leur ai envoyé, ils m'ont plus répondu. Seulement que je leur ai demandé que je ne- Ce n'est pas que je ne veux plus travailler. Je leur ai dit que j'aurais bien voulu avoir une rente, s'ils peuvent me faire une formation.

Barbara s'appuie sur les appréciations des médecins pour justifier du bien-fondé de sa demande à l'AI. Les voix d'autrui sont ainsi un argument prouvant qu'elle ne demande pas des prestations de manière indue, dans un contexte où de telles demandes sont stigmatisées (Ferreira, 2007, 2009; Ferreira & Frauenfelder, 2007). Mais on pourrait aussi le considérer comme un moyen tourné vers soi, visant à évaluer ses chances et se rassurer dans une situation d'incertitude. Par ailleurs, cet extrait dénote un manque de maîtrise des catégories administratives de l'AI. En effet, Barbara dit avoir demandé une rente pour avoir une formation. Or, ce sont deux prestations distinctes et la rente n'est

octroyée que si la reconversion n'est pas possible. On peut se demander si ce type de discours ne risque pas dans d'autres contextes, par exemple lors d'interactions avec des experts de l'AI, de produire un effet inverse à celui escompté en la faisant passer pour quelqu'un qui cherche à obtenir une rente à tout prix.

10.3 Discussion

Je commencerai par traiter deux points qui sous une apparence méthodologique, recèlent des problèmes théoriques, puis je soulignerai deux apports de l'étude de cas, concernant d'une part la conceptualisation des rapports entre discours sociaux et personnels, d'autre part, la dynamique de la reconnaissance.

10.3.1 L'analyse du dialogisme montré : questions méthodologiques et théoriques

L'analyse du dialogisme montré m'a confrontée à deux problèmes : la pertinence des critères retenus pour le repérage des voix et la différenciation entre actions et discours.

Comment repérer les voix ?

Les analyses montrent qu'il y a un continuum entre des discours sur la maladie qui sont montrés comme venant d'autrui (ou comme répondant à un discours d'autrui) et des explications qui sont assumées par la personne en son nom propre, voire même explicitement présentées comme découlant d'une expérience ou réflexion personnelles. Les critères retenus (discours rapportés, lieux communs, oppositions et contrastes) ne permettent toutefois d'identifier qu'une partie des voix autres qui se laissent entendre ou qui se dessinent en creux dans les entretiens. Je relèverai deux cas de figure qui montrent le caractère problématique des critères adoptés.

Tout d'abord, il est parfois difficile de déterminer si un énoncé appartient ou non au discours rapporté et d'identifier les voix qui s'y font entendre. Ainsi, lorsque Barbara dit : « On m'a fait aussi des radios. Ils ont vu effectivement le mal que j'avais aux mains », son deuxième énoncé adopte le point de vue des médecins qui ont fait les radios puisqu'ils sont les seuls à savoir ce qu'ils ont vu. Nous comprenons de manière implicite que Barbara peut adopter ce point de vue parce que les médecins lui ont fait part, au travers de discours ou peut-être aussi de gestes, de ce qu'ils voyaient. C'est pourquoi, malgré l'absence de marques, nous pouvons considérer cet énoncé comme un cas de discours

indirect libre, qui laisse entendre la voix des médecins. En même temps, nous y entendons aussi la voix de Barbara, non seulement parce qu'elle produit l'énoncé en tant que locutrice et que la syntaxe la désigne comme énonciatrice (« le mal que j'avais »), mais aussi parce que le lexique utilisé ne correspond pas à celui attendu dans la bouche d'un médecin.

Autre cas de figure, il arrive que les mêmes définitions, explications ou catégorisations soient portées par différentes voix, par exemple ici par Barbara et par sa rhumatologue :

Extrait 101

617 B je me tiens comme ça, vous voyez et j'ai le muscle droit atrophié (montre le bras). Le muscle droit, c'est pas le même muscle que j'ai à gauche. Vous voyez là. Là c'est plat et l'autre il est- Et je me tiens comme ça. C'est les cervicales et c'est la calcification que j'ai. Le muscle droit il est vraiment atrophié, comme elle m'a dit la rhumatologue. Oui.

618 IP ça vient de-

619 B ça vient des mouvements répétitifs que j'ai faits. [...] Elle a son rapport. D'ailleurs, elle l'a donné même à l'Al et tout. Ce muscle n'arrive pas à travailler comme celui-là. Mais seulement que d'ici là, moi j'ai forcé trop. Alors j'ai atrophié le gauche jusque-là.

Barbara commence par présenter l'atrophie du muscle comme un fait, sans marque de prise en charge énonciative (« j'ai le muscle droit atrophié »). Elle désigne ensuite l'origine étrangère de cette description, en l'attribuant à sa rhumatologue (« le muscle droit il est vraiment atrophié, comme elle m'a dit la rhumatologue »), puis revient à une présentation sans marque de prise en charge énonciative (« j'ai atrophié le gauche »). L'appropriation du discours d'autrui semble ainsi faire disparaître les traces de son origine étrangère.

Ces constats signalent que le moyen choisi pour repérer l'usage de discours sociaux, soit la présence de voix autres dans le discours des interviewées, présente des limites. Certes, les ouvrières s'approprient des discours circulant dans la sphère sociale pour comprendre leur maladie et appréhender ses conséquences, certes leur propre discours se situe en dialogue avec d'autres discours possibles, mais elles ne le montrent pas toujours explicitement. Pour comprendre ce problème, il faut revenir au rapport entre le dialogisme montré et le dialogisme constitutif du discours. Selon Bakhtine (1984), nous parlons toujours avec les mots (les explications, les catégorisations, etc.) d'autrui. Le problème ne serait donc pas tant de comprendre si des énoncés nous viennent d'autrui,

mais pourquoi certains énoncés dévoilent plus que d'autres leur caractère dialogique. J'esquisserai trois pistes de réponse. La première est que la mise en scène de différentes voix est intimement liée au contexte dialogal, c'est-à-dire à l'interaction en présence entre interviewée et intervieweuse. Une analyse qui tiendrait compte de manière systématique du lien entre dialogues à distance et dialogues en présence (Marková, et al., 2007, p. 28; Salazar Orvig, 2005) permettrait probablement de comprendre en partie pourquoi certaines explications sont désignées comme étant d'origine étrangère alors que d'autres sont présentées comme relevant d'un discours strictement personnel (voir par exemple Grossen & Salazar Orvig, 2011). Certains chercheurs adoptant une approche narrative de la maladie notent d'ailleurs que les discours rapportés remplissent certaines fonctions comme de dramatiser le récit, d'affirmer la légitimité d'un énoncé, de garder la face en introduisant une distance par rapport à des énoncés contestables, etc. (Bülow, 2008; Hyden, 1997). Une deuxième piste est que la perception du caractère controversé des TMS et des enjeux de ces controverses favoriseraient la mise en scène de dialogues. Cette piste est d'ailleurs complémentaire de la première. En effet, la mise en scène de voix autres serait favorisée par la nécessité de convaincre l'interlocutrice de ses explications face à d'autres discours possibles, d'acquérir une identité positive dans l'entretien alors qu'elle est menacée par les doutes entourant la maladie, de démontrer la nécessité de transformer le travail alors que d'autres refusent de le faire, etc. Enfin, une troisième piste est que le repérage des voix est particulièrement pertinent pour saisir le moment d'appropriation des discours sociaux, celui où la personne les convoque comme ressources externes pour faire face à un problème relativement nouveau. Sans remettre en question fondamentalement les apports des analyses effectuées, le constat des difficultés à saisir les voix ouvre donc de nouvelles pistes de recherche.

Discours ou actions ?

Pour donner sens à leur maladie, les personnes n'utilisent pas seulement des discours sociaux, mais s'orientent en fonction des actions pratiques d'autrui. Dans les récits, ces deux dimensions sont d'ailleurs souvent difficiles à démêler. C'est parfois l'attitude d'autrui plutôt que le contenu de ses paroles qui produit une certaine définition ou explication de la maladie. Par exemple, lorsque Barbara raconte : « elle [la cheffe du personnel] m'a traitée comme si c'était un coup monté qu'on avait fait », l'important n'est pas

le contenu des paroles de la cheffe du personnel, mais une attitude que Barbara interprète comme une accusation d'avoir fait un « coup monté ». D'autres exemples montrent que les personnes infèrent le sens que les autres donnent à leur maladie en fonction de leurs actions. Par exemple, lorsque Barbara explique : « mais je n'ai pas accepté, Isabelle, les antidépresseurs, parce que ce n'est pas dans la tête », elle interprète une action de son médecin, la prescription d'antidépresseurs, comme une manière d'expliquer ses troubles par une origine psychologique et de nier la réalité de la douleur.

Ces constats, qui interrogent les critères retenus pour identifier le dialogisme montré, permettent de soulever une question théorique. En effet, ils montrent la pertinence de replacer le dialogisme des énoncés dans le cadre de dispositions plus fondamentales sur lesquelles il repose. Marková (2007, p. 131) définit ainsi la dialogicité comme « la capacité fondamentale de l'esprit humain de concevoir, créer et communiquer au sujet des réalités sociales en termes de l'Alter », c'est-à-dire en prenant la perspective de l'autre – un processus dont Mead a notamment montré le rôle fondamental pour le développement du soi (2006, p. 171). Cette auteure relève que la dialogicité inclut toutefois tout autant la capacité à se distinguer de l'autre pour créer quelque chose de nouveau – une créativité individuelle dont Bakhtine (1978) soulignait le rôle fondamental (Marková, 2007, pp. 152-155). La dialogicité ainsi conçue ne se limite donc pas au plan verbal, mais concerne de manière plus fondamentale le rapport entre soi et l'autre. Si l'on considère le dialogisme des énoncés comme l'une des manifestations de la dialogicité, la question qui se pose alors est celle de la spécificité du langage verbal. L'une des pistes de réponse est de trouver les moyens de penser la double nature du langage, qui n'est pas seulement un moyen de communication, de relation à l'autre, mais aussi un instrument psychologique permettant la pensée (voir par exemple Vygotski, 1987; Wertsch, 1998).

10.3.2 Dialogues et sens personnel

Comment l'attribution de causes à la maladie s'appuie-t-elle sur des discours sociaux ? Les analyses montrent que la présence des voix dans les entretiens doit être abordée sous différents angles parce que les discours sociaux remplissent différentes fonctions, en tant qu'outils de compréhension, mais aussi en tant qu'actions qui imposent certaines contraintes et en tant que manifestations de relations sociales.

Les discours sociaux proposent des explications des troubles (ainsi que des explications connexes sur la prise en charge par les assurances sociales, sur les traitements appropriés, etc.) que les personnes malades peuvent utiliser pour comprendre ce qui leur arrive. Pour cela, les personnes concernées doivent, selon les termes de Wertsch (1998, p. 46), apprendre à « maîtriser » ces outils, c'est-à-dire développer la compétence de les utiliser efficacement. Les discours d'autrui permettent alors d'avoir accès à de nouvelles connaissances, de raffiner des explications existantes ou de développer de nouveaux points de vue sur une situation. Par exemple, les discours de la rhumatologue et du médecin expert de l'assurance d'indemnités journalières permettent à Barbara de comprendre de quoi elle souffre (une atrophie du muscle du bras, de l'arthrose aux mains) et de faire le lien avec des expositions professionnelles comme les mouvements répétitifs et la position penchée (voir Extrait 84, p. 337, Extrait 85, p. 337). Utiliser un discours social ne signifie pas pour autant adhérer aux explications qu'il propose. Par exemple, lorsque Barbara fait référence à un discours de sens commun selon lequel tout le monde aurait des rhumatismes, elle ne l'utilise pas pour expliquer sa propre situation, mais au contraire, pour souligner la spécificité de son propre cas (Extrait 86, p. 338). Par ailleurs, l'entretien avec Barbara montre la difficulté qu'il peut y avoir à maîtriser un discours venu d'autrui et ainsi pouvoir l'utiliser efficacement. Par exemple, les explications de Barbara sur les liens entre l'atrophie du muscle et les calcifications aux vertèbres cervicales sont très confuses et difficilement compréhensibles pour l'interlocutrice (Extrait 85, p. 337). Autre exemple, elle semble peiner à maîtriser des catégories de prestations de l'AI comme les notions de rente et de reconversion (Extrait 100, p. 346). Plus largement, le récit de Barbara indique un manque de maîtrise du système d'assurances sociales (d'ailleurs fort compréhensible car ce dernier est particulièrement complexe en Suisse). En effet, elle avance des arguments sur la gravité des troubles lorsqu'elle discute de la reconnaissance comme maladie professionnelle par l'assurance-accidents et des arguments sur les causes professionnelles lorsqu'elle discute de la reconnaissance des handicaps par l'AI. Dans les deux cas, ces arguments peuvent paraître non pertinents et produire ainsi des effets inverses à ceux escomptés puisqu'ils tendent à miner la crédibilité du récit de Barbara.

Les discours sociaux ne mettent pas seulement à disposition des explications sur la maladie, mais sont aussi des actions (Austin, 1970) qui affectent la situation des

personnes malades. C'est ici que la métaphore de l'outil sémiotique et le modèle que j'ai formulé à partir de la lecture de Wertsch me semblent marquer leurs limites par rapport à l'objectif de comprendre les conséquences des explications sociales de la maladie pour les personnes atteintes¹⁶⁵. Avant d'essayer de préciser ces limites, je reviendrai toutefois sur des cas concrets où les discours d'autrui ne me semblent pas fonctionner d'abord comme des outils. Par exemple, lorsque le médecin expert de l'assurance d'indemnité estime que Barbara est apte à reprendre le travail, il ne fournit pas seulement une certaine explication de la maladie, mais il oblige Barbara à reprendre le travail sous peine qu'elle se voie couper les vivres. De même, lorsque les médecins traitants estiment que Barbara ne peut plus travailler, ils utilisent le pouvoir qui leur est conféré de prescrire un arrêt de travail. Ou lorsque l'assurance-accidents refuse la prise en charge, il ne s'agit pas d'une simple définition de la maladie, mais d'une décision qui a des conséquences matérielles. Du point de vue des personnes atteintes, les discours d'autrui ne sont donc pas uniquement des interprétations possibles de leur maladie, mais établissent un contexte contraignant. Or, il me semble que si Wertsch (1998, p. 40) aborde le thème des contraintes, c'est sous l'angle étroit de celles que l'outil lui-même pose pour l'action et non dans le sens où des discours, notamment ceux des institutions,

¹⁶⁵ Cette métaphore et ce modèle ont évidemment aussi d'autres limites, mais qui concernent moins directement ma problématique de recherche. Ainsi, je mentionnerai que la métaphore de l'outil ou instrument psychologique pour penser la fonction des signes fait l'objet de toute une discussion dans le champ de la psychologie socio-culturelle, notamment sous l'angle de l'interprétation et de la mobilisation des travaux de Vygotski (par exemple Cavaleri Pendino, 2008; Clot, 1999a; Moro & Schneuwly, 1997; Rabardel, 1999). Par ailleurs, le modèle de Wertsch a été critiqué pour son manque de prise en compte des dimensions collectives de l'action (par exemple Engeström, 1999; Saussez, 2008). Il me semble toutefois que ce n'est pas tant l'activité au sens d'une inscription collective des actions qui pose problème dans ce modèle tel que je l'ai compris et mobilisé – il n'est en effet pas très difficile d'y « ajouter » une dimension collective, bien que je ne l'aie moi-même pas fait suffisamment. Ce qui me semble faire problème, c'est plutôt la question du caractère adressé de l'activité au sens où la comprend Clot (1999b, p. 95) à la suite de Bakhtine, c'est-à-dire l'hétérogénéité de l'activité liée au fait qu'elle n'est pas seulement dirigée à la fois vers un objet et vers les préoccupations vitales du sujet, mais qu'elle est aussi réponse à l'activité d'autrui, qu'elle prend en compte l'activité des autres sur l'objet et sur sa propre activité. Cela me semble l'une des raisons pour lesquelles l'activité (dans le vocabulaire de Clot) ou action (dans celui de Wertsch) ne saurait être réduite à la réalisation d'une intention.

sont des actions contraignantes pour la personne, tout en pouvant éventuellement également être utilisés comme outils. Cela signifierait donc que la métaphore de l'outil sémiotique ne permet d'éclairer que partiellement la manière dont des discours personnels se situent par rapport à des discours sociaux et qu'il faudrait mobiliser d'autres cadres, qui restent à trouver, pour aborder précisément la question des contraintes. Là où l'on pourrait en revanche retenir avec profit la métaphore de l'outil, c'est dans la manière dont les personnes se situent par rapport à ces contraintes, en prenant appui sur d'autres discours sociaux, qui les incitent à accepter la situation telle qu'elle est ou leur proposent au contraire des manières alternatives de penser et des arguments pour faire valoir ces dernières. Par exemple, Barbara s'appuie sur les discours de ses médecins traitant et de ses collègues pour réfuter la décision de l'assurance-accidents et revendiquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle (voir Extrait 88, p. 339, Extrait 89, p. 340). La diversité des discours sociaux sur les TMS est donc un élément qui les rend efficaces pour envisager la maladie sous différents angles et élaborer un point de vue personnel, au besoin en contestant les définitions dominantes.

Le modèle inspiré de Wertsch se heurte à une autre limite, qui tient au fait que la présence des voix dans les entretiens est intimement liée à des expériences relationnelles qui affectent les sujets dans leur identité. En effet, lorsque les interviewées racontent la manière dont leurs maladies ont été catégorisées et interprétées par différents acteurs, elles retracent aussi la manière dont elles estiment avoir été perçues par les autres et dont elles intègrent cette expérience dans la définition de leur identité. Par exemple, Barbara perçoit l'accusation de « coup monté » de la part de la cheffe du personnel (voir Extrait 94, p. 343) comme un déni de son investissement pour l'entreprise, et cette expérience la conforte dans une identité de double victime, à la fois de sa propre attitude stoïque face à la pénibilité du travail et de la non-reconnaissance par autrui du sacrifice consenti. Comme je l'ai déjà mentionné plus haut, une piste pour dépasser cette limite dans un futur travail pourrait être de s'appuyer sur la notion de dialogicité proposée par Marková (2007). Mais il me semble aussi nécessaire d'examiner concrètement comme cette dimension relationnelle se joue dans le cas de Barbara, c'est-à-dire d'aborder la question de la reconnaissance.

10.3.3 Controverses sur les TMS et enjeux de reconnaissance

L'une des spécificités du récit de Barbara est la place centrale qu'y tient le thème de la reconnaissance¹⁶⁶ et qui se décline sous plusieurs facettes. Les prestations d'assurance ne sont qu'un aspect de la demande de reconnaissance que Barbara adresse aux assurances sociales. Celle-ci porte aussi une demande d'être reconnue comme quelqu'un de valeur ce qui lui permettrait de restaurer une identité mise à mal par les conséquences de la maladie et diverses expériences de disqualification. En s'inspirant de la théorie de la reconnaissance développée par Honneth (2000) et retravaillée par Renault (2004a), ces deux dimensions – matérielle et identitaire – de l'expérience de l'injustice ne sont d'ailleurs pas à penser comme disjointes. Par ailleurs, les voix d'autrui déroulent plusieurs fils thématiques qui s'entrecroisent : la reconnaissance d'une maladie professionnelle est liée à la reconnaissance de la pénibilité du travail et de l'investissement qu'y démontrait Barbara, mais aussi par ailleurs à la reconnaissance de la gravité de la maladie. Cette dernière est de son côté liée à la reconnaissance de la probité de Barbara (qui ne ment pas, ne simule pas), mais aussi du courage dont elle a fait preuve pour endurer les douleurs au travail et de ses compétences professionnelles. Le récit de Barbara tisse ainsi des liens entre une réalité présente – ses incapacités actuelles, mais aussi la manière dont elle y fait face – et une réalité passée – la pénibilité de son travail, mais aussi son investissement et ses compétences professionnelles, des qualités dont elle ne peut plus aujourd'hui faire les preuves. A travers ces différentes thématiques se dessine une identité blessée et la tentative de reconstruire, au travers

¹⁶⁶ Dans d'autres entretiens, ce thème ne joue pas un pareil rôle organisateur des explications de la maladie. Par exemple, Fabienne met surtout l'accent sur la transformation des conditions de travail, s'appuyant sur les discours d'autrui pour comprendre les processus pathologiques et réfléchir aux possibilités d'intervention sur le travail. Pour Nicolas, le thème principal des explications semble être de dénoncer l'exploitation et le mépris des patrons envers les ouvriers, avec des références le plus souvent polémiques aux discours d'autrui. Il faut également mentionner les cas de Manon, Pierrette et Serge, qui produisent relativement peu d'explications sur les TMS et pour qui les controverses semblent subjectivement peu importantes. Ces quelques éléments montrent que l'analyse mériterait d'être poursuivie par une étude de cas comparée qui permettrait d'élaborer des interprétations plus poussées sur les enjeux subjectifs des maladies controversées et la manière dont des explications personnelles se situent par rapport à des discours sociaux.

du regard d'autrui, un rapport positif à soi-même. On peut s'interroger sur le rôle que joue dans cette dynamique la reconnaissance des institutions (ici, les assurances sociales) et de leurs représentants (par exemple, les experts) par rapport à des formes de reconnaissance interpersonnelle. Ainsi, toutes les voix que convoque Barbara ne semblent pas bénéficier de la même légitimité ni produire les mêmes effets. Celles des spécialistes et des experts des assurances paraissant particulièrement efficaces dans leurs effets de reconnaissance à la fois des incapacités de Barbara, de la pénibilité de son travail et des injustices dont elle est victime. On pourrait ainsi explorer l'hypothèse que les institutions jouent un rôle spécifique dans la reconnaissance et la restauration d'une identité positive, en tant qu'autrui généralisé (pour reprendre les termes de Mead, 2006), tout en soutenant les dynamiques de reconnaissance interpersonnelle.

Les analyses permettent d'ailleurs de réfléchir aux enjeux subjectifs des procédures avec les assurances sociales d'une manière originale. En effet, certains discours sur l'invalidité tendent à considérer les demandes de prestations dans les cas de douleurs chroniques comme la conséquence d'un manque de volonté de surmonter les troubles, de problèmes psychiques ou d'un désir de tirer des bénéfices secondaires du rôle de malade¹⁶⁷. La solution préconisée est alors de refuser les prestations et de remettre les personnes au travail le plus tôt possible. A l'opposé, les discours critiques (par exemple syndicaux) se concentrent souvent sur des revendications matérielles et tendent à ignorer l'importance des processus psychiques dans la situation des personnes souffrant de douleurs chroniques. L'analyse du cas de Barbara permet de défendre un autre point de vue. Elle montre que l'octroi de prestations matérielles n'est pas le seul enjeu d'une prise en charge par les assurances sociales, mais que la reconnaissance institutionnelle (et non seulement interpersonnelle) d'un statut de malade peut être centrale pour des personnes qui se trouvent privées de leurs activités antérieures, notamment du statut conféré par leur activité professionnelle, et ébranlées dans leur estime d'elles-mêmes

¹⁶⁷ Concernant les discours institutionnels, voir par exemple les messages du Conseil fédéral concernant la révision de l'AI (Conseil fédéral, 2005, 2010), concernant les discours scientifiques, voir par exemple la littérature produite sur les RSI en Australie (Cleland, 1986; Ireland, 1986, etc.; Lucire, 2001) qui a été présentée au chapitre 3.

par la maladie et la souffrance psychique¹⁶⁸. Alors que la dramatisation du récit est souvent considérée comme un signe que la personne tente, consciemment ou inconsciemment, d'exagérer la gravité de ses troubles¹⁶⁹, on pourrait au contraire l'interpréter comme une manifestation du désir d'être reconnu par autrui dans sa souffrance. Minant la crédibilité du récit au lieu de l'étayer, la demande de reconnaissance à tout prix a cependant des effets pervers. Mais l'histoire de Barbara signale aussi les limites d'une tentative de reconstruction identitaire passant par la quête d'un statut de malade. En effet, ce positionnement maintient une forme d'impuissance, puisqu'il fait dépendre son estime d'elle-même d'une reconnaissance très incertaine et ne favorise pas l'investissement de nouvelles activités. Mais on peut plus fondamentalement se demander jusqu'à quel point cette reconnaissance permettrait la construction d'un rapport positif à soi, dans la mesure où elle porte non sur des réalisations et compétences (comme la dynamique de la reconnaissance au travail [Davezies, 1993; Dejours, 2000; Molinier, 2006]), mais sur des incapacités et souffrances. La quête de reconnaissance semble d'ailleurs, au moment du premier entretien, conduire Barbara dans une relative impasse. Dès lors, on pourrait s'interroger sur les conditions susceptibles d'entraîner une dynamique de reconnaissance et de favoriser le développement de son pouvoir d'agir. On peut en tout cas soutenir qu'un refus de l'AI risque d'enfoncer Barbara dans une spirale dépressive, plutôt que de favoriser une reprise d'activité professionnelle, but affiché des politiques en matière d'invalidité (Conseil fédéral, 2010, 2011). Au contraire, on pourrait penser la reconnaissance institutionnelle des douleurs et handicaps comme une condition favorable pour pouvoir s'engager dans de nouveaux rôles et activités : c'est d'ailleurs ce qui se produira par la suite pour Barbara, qui verra son invalidité reconnue et à qui l'AI

¹⁶⁸ Une remarque de Danielle signale l'importance de la reconnaissance symbolique, même si elle ne se traduit pas sur le plan matériel : « d'ailleurs par la COTOREP sur France, j'ai été reconnue, comme quoi handicapée. Bon, je touche rien, hein, c'est l'handicapé A, mais enfin donc j'ai été reconnue comme quoi avec un handicap quand même quoi ».

¹⁶⁹ J'ai pu le vérifier en lisant de nombreux rapports médicaux produits dans le cadre de procédures AI et LAA, ceci lors du travail de terrain effectué pour une autre recherche (« Analyse pluridimensionnelle de l'accident de travail », recherche menée sous la direction du Prof. Jean-Pierre Tabin à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale et financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique).

proposera une reconversion débouchant sur un échec matériel, mais peut-être pas subjectif. La piste la plus intéressante me semble toutefois résider dans la mise en place de cadres pour des élaborations collectives. En effet, l'expérience du groupe mis en place par le syndicat au sujet de la reconnaissance des maladies professionnelles suggère que la participation à un tel collectif ne remplit pas qu'une fonction de soutien affectif, mais peut contribuer à transformer le sens que chacune attribue à la demande de reconnaissance. En ne revendiquant plus seulement la reconnaissance de leur souffrance personnelle, mais en l'inscrivant dans le cadre d'injustices subies collectivement (injustice des conditions de travail qui provoquent les atteintes à la santé et injustice du déni de cette réalité par les assurances notamment), les participantes lui donnent un sens politique (Renault, 2004a). Elles tentent à partir de là d'agir sur le monde, ce qui contribue aussi à les transformer elles-mêmes. On peut faire l'hypothèse que de telles démarches collectives pourraient aider à sortir de certaines impasses également en matière d'invalidité¹⁷⁰.

¹⁷⁰ A supposer que les syndicats s'engagent dans de telles démarches, cela impliquerait un changement d'orientation par rapport aux pratiques actuelles qui privilégient d'une part, le soutien individuel des membres dans les procédures administratives et judiciaires, d'autre part, la participation aux débats politiques institutionnels (par exemple, référendums, représentation politique).

Conclusion

Je souhaite revenir en conclusion sur les apports de cette recherche en référence aux trois types d'objectifs – empiriques, théoriques et pratiques – formulés en introduction.

Sur le plan empirique, l'objectif était double : comprendre à la fois pourquoi les TMS sont rarement reconnus comme maladies professionnelles en Suisse et quelles sont les conséquences de cette situation pour les personnes concernées. En ce qui concerne le premier volet de la question, c'est avant tout le cadre légal qui rend ardue la reconnaissance au titre de maladies professionnelles d'affections multifactorielles comme les TMS, d'autant plus que les résultats des études scientifiques divergent sur la contribution respective des facteurs professionnels et non professionnels. En effet, la loi exige de rendre vraisemblable au cas par cas que les causes professionnelles sont prépondérantes (et même nettement prépondérantes pour les maladies hors liste) en tenant compte à la fois des connaissances scientifiques sur la maladie et des facteurs intervenant dans le cas particulier. Cela signifie que si les controverses scientifiques jouent un rôle, la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles est en premier lieu une question politique. Les critères légaux peuvent ainsi être lus comme un compromis, entre les intérêts partiellement contradictoires des employeurs et des salariés, sur les conditions auxquelles une partie des atteintes à la santé sont considérées socialement comme conséquences des activités productives (Tabin, Probst, & Waardenburg, 2008). Le caractère restrictif des critères actuels est plutôt favorable aux intérêts des entreprises, qui évitent ainsi de payer un prix trop élevé pour des atteintes partiellement causées par les conditions de travail. En effet, au vu de la fréquence de ces troubles potentiellement invalidants, une prise en charge des TMS par les assurances-accidents entraînerait une hausse non négligeable des primes (dues par les employeurs) de l'assurance contre les accidents professionnels. Sans postuler aucune stratégie intentionnelle, on peut aussi tenter l'hypothèse que la faible reconnaissance des TMS contribue à éviter la mise en discussion des conséquences de certains modes de gestion et d'organisation du travail. Par contraste aux pathologies causées par un agent précis, par exemple une substance chimique, les causes professionnelles des TMS apparaissent comme intimement liées à des choix organisationnels visant la productivité (par

exemple, cadences, morcellement des tâches, exigences de qualité, etc.) et le maintien des rapports hiérarchiques dans l'emploi (par exemple, faible autonomie décisionnelle des exécutants, impossibilité de négocier les objectifs, etc.). De ce fait, et aussi parce que les TMS sont de manière évidente liés à l'activité même de la personne dans son travail, prévenir réellement ces troubles exige une réflexion et une disposition au changement qui dépassent, par exemple, la substitution d'un produit toxique, la mise à disposition d'équipements de protection individuels ou l'intervention sur la conception des équipements¹⁷¹.

Les analyses montrent toutefois que les pratiques de reconnaissance des TMS ne dépendent pas du seul cadre légal. Pour comprendre les statistiques des maladies professionnelles, il faut tenir compte de l'interprétation que les assurances-accidents font des critères légaux et de la littérature scientifique, de la jurisprudence du Tribunal fédéral qui sanctionne et oriente ces interprétations, ainsi que des pratiques de déclarations. C'est ainsi la mise en pratique du cadre légal par différents acteurs qui permet de comprendre pourquoi les TMS affectant les travailleuses sont encore moins reconnus que ceux des travailleurs – différence qui est loin de pouvoir s'expliquer par la fréquence ou la causalité de ces troubles chez l'un et l'autre sexe – ou encore pourquoi le nombre de cas reconnus diminue pendant une période (années 2000) où les TMS émergent peu à peu dans l'espace public comme problèmes de santé au travail. En ce qui concerne précisément les déclarations, l'enquête de terrain fournit des indications sur quelques conditions qui entravent ces démarches. Parmi elles, je soulignerai

¹⁷¹ Ce commentaire ne signifie pas que la question des causes organisationnelles et des mesures de prévention se pose de manière fondamentalement différente pour d'autres types de risques professionnels, mais qu'elle apparaît de manière moins immédiate. Par exemple, les recherches concernant les accidents du travail mettent en évidence le rôle déterminant de l'organisation du travail au sens large (sous-traitance, intérim, contraintes temporelles, travail posté et de nuit, etc.) mais ce rôle est masqué par des représentations des accidents qui en font des risques propres à certains métiers (Daubas-Letourneux, Tabin, Probst, & Waardenburg, 2012; Jounin, 2006; Tabin, et al., 2008, 2010). Par ailleurs, cette situation explique peut-être la popularité de mesures qui promettent de réduire les conséquences défavorables des TMS pour les entreprises (coûts liés aux absences, perte de savoir-faire, baisse de productivité, etc.), sans transformer l'organisation du travail : par exemple, encouragement de la reprise précoce pour les salariés malades, formations gestes et postures, aménagements ergonomiques limités, gestion du stress, etc.

l'appréciation que les médecins traitants portent tant sur la causalité des troubles que sur les bénéfices et les chances de succès d'une procédure, la méconnaissance par les ouvrières des droits, procédures et prestations concernant les maladies professionnelles, ainsi que la crainte d'entrer en conflit avec l'employeur, en particulier dans un contexte de précarité de l'emploi. Etant donné la fréquence des TMS et l'intérêt que représenterait, pour de nombreux salariés, une reconnaissance accrue de ces affections, les pratiques de déclaration mériteraient une recherche à part entière, ceci pour comprendre comment elles se déclinent dans plusieurs secteurs et pour divers types de maladies. Parmi les pistes, il serait intéressant de savoir si certaines entreprises (on pourrait par exemple penser aux hôpitaux ou aux entreprises pharmaceutiques et chimiques) connaissent des procédures relativement routinisées de déclarations et, le cas échéant, quelles en sont les conséquences sur le nombre de déclarations, mais aussi sur les manières d'aborder les pathologies concernées dans l'entreprise. On pourrait poursuivre dans la ligne d'une étude menée par l'Institut universitaire romand de Santé au Travail (Chiarini & Chouanière, 2010) afin de mieux comprendre les connaissances, perceptions et attentes des médecins traitants appartenant à différentes spécialités quant à la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles. Enfin, un thème crucial est celui des inégalités sociales et de genre dans les pratiques de déclaration et de reconnaissance, qui gagent à être abordées sous l'angle des effets produits par diverses formes d'emploi, comme le temps partiel, l'intérim, la sous-traitance ou le travail à domicile, mais aussi en tenant compte des effets d'invisibilité produits par les formes de travail exclues de l'assurance comme le travail indépendant ou le travail domestique (Daubas-Letourneux, Hamon-Cholet, Lorient, & Thébaud-Mony, 2004; Lippel, 2004; Lippel & Cox, 2012; Tabin, et al., 2008, 2010).

Si l'on passe au deuxième volet de l'objectif empirique, les conséquences de la faible reconnaissance se déclinent sous plusieurs angles. La reconnaissance par l'assurance-accidents a des conséquences matérielles immédiates pour les salariés concernés étant donné l'octroi de prestations plus favorables qu'en cas de maladie ordinaire (frais de traitement, compensation de la perte de gain, invalidité). Mais c'est aussi en tant que groupe social que les salariés pourraient avoir intérêt à une reconnaissance accrue, car cela entraînerait la prise en charge par les assurances-accidents d'une partie des coûts

actuellement assumés, entre autres, par les assurances-maladies et l'AI¹⁷². L'originalité de mon travail est toutefois de montrer que la (non-)reconnaissance au titre de maladies professionnelles a encore d'autres conséquences : sur la manière dont les TMS sont considérés en entreprise, ce qui influence les capacités des personnes concernées à agir sur leurs conditions de travail, ainsi que sur la manière dont celles-ci peuvent donner sens à la maladie. Je développerai ces deux points tour à tour.

Les entretiens conduits dans le cadre de l'enquête de terrain suggèrent que la faible reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles contribue à entraver l'identification et la prévention de leurs causes professionnelles. L'analyse des trajectoires montre en effet que les TMS des personnes interviewées tendent à être traités comme des problèmes de santé personnels plutôt que professionnels. En particulier, la prise en charge des maladies est orientée vers la remise en fonction des corps plus que vers l'adaptation du travail aux besoins des personnes qui l'effectuent. On peut supposer que la faible reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles favorise ce type de prise en charge « personnalisante », qui en retour tend à construire les TMS comme étant des problèmes attribuables avant tout à des caractéristiques personnelles. La thématique publique des TMS comme « maladies associées au travail » (certes plus développée aujourd'hui qu'au moment des entretiens, qui ont eu lieu entre 2004 et 2007) ne semble en revanche pas se traduire dans des faits concrets. Mais la prise en charge et la manière de considérer les troubles sont aussi le fruit d'un travail de trajectoire effectué par différents acteurs, y compris les personnes atteintes. Certaines des ouvrières interrogées n'osent ainsi pas parler des maladies dont elles souffrent à leur hiérarchie, voire à leurs collègues, hésitent à consulter un médecin et accepter un arrêt de travail – ce qui les conduit à retarder des traitements – et encore

¹⁷² Les représentants politiques et syndicaux des salariés ne manifestent pourtant que peu d'initiative dans ce domaine, pour des raisons qui mériteraient d'être investiguées. On peut suggérer deux pistes : le « réalisme » face à une situation qui semble difficile à modifier étant donné les rapports de force politiques, mais aussi le manque d'intérêt des syndicats pour le thème de la santé au travail, délicat à traiter et qui risquerait d'empiéter sur le pré-carré des employeurs en mettant en cause des aspects de l'organisation du travail. C'est en ce sens que Linhart (1998) interprète certaines politiques syndicales en France.

plus à demander des aménagements du travail ou changements de poste. Les analyses font ressortir quatre facteurs qui contribuent à expliquer pourquoi les ouvrières peinent à imposer une définition et une prise en charge tenant compte des facteurs professionnels, même lorsqu'elles sont convaincues de l'importance de ces derniers.

Tout d'abord, les personnes interrogées valorisent souvent une attitude stoïque face à la pénibilité du travail et se montrent fatalistes quant à la survenue de douleurs et lésions dues au travail. Cette attitude relève d'ailleurs bien moins de traits de personnalité que de normes et valeurs partagées par un groupe social. Mais ces normes et valeurs ne sont pas arbitraires, elles sont aussi un moyen de supporter des conditions auxquelles les ouvrières peuvent difficilement échapper du fait de leur position sociale. On peut aussi se demander dans quelle mesure cette valorisation du stoïcisme n'est pas renforcée par la prégnance des discours politiques et médiatiques, largement repris dans le sens commun, stigmatisant les abus de bénéficiaires de l'AI qui prétendent simuler des symptômes pour éviter de travailler. Un autre facteur réside dans la précarité de la relation salariale qui conduit, par exemple, des ouvrières à passer sous silence leurs troubles par peur d'être considérées comme des employées présentant trop de risque d'absence (et donc menacées de licenciement, particulièrement en cas de difficultés économiques ou restructurations de l'entreprise). A noter que la précarité vécue ne découle pas nécessairement d'un statut d'emploi particulièrement précaire (contrat à durée déterminée, intérim, etc.), mais surtout de la quasi-absence de protection contre les licenciements dans le droit du travail suisse, d'autant plus vivement ressentie dans un contexte économique qui offre peu de possibilités d'emplois acceptables (du point de vue de la santé et de la dignité), voire d'emplois tout court, aux personnes que j'ai interrogées (non qualifiées, souvent avec une scolarité courte ou des études non reconnues en Suisse, atteignant un certain âge, etc.). Dans le même sens, les rapports de pouvoir prévalant dans l'entreprise ainsi que le souhait d'éviter les conflits avec la hiérarchie (par crainte de leurs conséquences sur l'emploi, mais aussi par souci de préserver la qualité des relations) empêchent certaines ouvrières de demander, revendiquer ou négocier des changements dont elles estiment pourtant qu'ils pourraient être favorables à leur santé. Par ailleurs, un constat flagrant est que les personnes interrogées ne mentionnent presque jamais d'instances qui pourraient les aider à faire face aux conséquences des TMS ou à les prévenir, que ces instances soient internes à

l'entreprise (par exemple, médecin du travail, chargé de sécurité, commission du personnel, service des ressources humaines) ou externes (par exemple, inspection du travail, spécialistes intervenant dans le cadre de la directive MSST). De ce fait, les médecins traitants sont souvent les interlocuteurs privilégiés des ouvrières sur la question des TMS, mais même lorsqu'ils s'intéressent aux facteurs professionnels, ils n'offrent pas de moyens concrets d'action. Lorsqu'il s'agit de transformer quelque chose au niveau de leur travail, les personnes se retrouvent donc seules à négocier avec leur hiérarchie. En particulier, il me semble significatif de relever que les dispositifs de protection de la santé mis en place par la Loi sur le travail et la directive MSST ne constituent pas, subjectivement, des ressources pour les ouvrières interrogées. Cette question mériterait une étude fouillée selon plusieurs axes de questionnement : quelles sont les pratiques réelles de protection de la santé, dans différents secteurs et types d'entreprises (petites, moyennes, grandes) ? Quelles interventions sont éventuellement passées sous silence dans les entretiens (et pourquoi) ? Comment les pratiques sont-elles explicables par l'architecture des dispositifs de protection, les normes légales, les moyens à disposition des inspections cantonales du travail ou encore les priorités et modes d'intervention de ces dernières ? Par ailleurs, alors que la consultation et la participation sont des obligations légales, quelles sont les pratiques réelles en la matière ? Enfin, que se passe-t-il dans les cas où les dispositifs sont efficaces, non seulement au niveau des effets sur les conditions matérielles, mais aussi des possibilités d'action des travailleurs concernés ? Comme dernier obstacle à une prise en compte des facteurs professionnels, je mentionnerai la rareté des lieux de discussion et d'action collectives sur les conditions de travail et la santé. Or, la participation à des collectifs formels (par exemple, syndicat, commission d'entreprise) ou informels (par exemple, entre collègues d'un atelier) favorise la mise en discussion des conditions de travail, la prise de distance par rapport aux interprétations habituelles d'une situation (par exemple, dans le cas de Fabienne, l'idée qu'il est impossible de faire des sacs plus petits) et les possibilités d'action. Là encore, ce sont des pistes de recherche qui s'ouvrent, car si le rôle des collectifs de travail fait l'objet d'une attention toute particulière dans une certaine tradition de la psychologie du travail et de l'ergonomie (Caroly & Weill-Fassina, 2004; Clot, 1999, 2008; Cru, 1987; Dejours, 2000), les

pratiques des groupes plus formels (syndicats, commissions d'entreprise) sont plus rarement examinées.

La faible reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles affecte également la manière dont les personnes concernées expliquent leur maladie. Or, les interprétations sur les causes de la maladie peuvent être mobilisées pour faire face aux bouleversements biographiques qu'elle provoque, que ce soit pour comprendre les processus pathologiques, et donc réduire l'incertitude de la situation, développer des actions pratiques (traitements médicaux, adaptation des modes de travail, recherche d'un nouvel emploi, etc.), rétablir une identité menacée par les conséquences de la maladie (douleurs, incapacités, atteintes aux rôles professionnels et familiaux, etc.) ou encore inscrire avec une certaine cohérence cet événement dans une histoire de vie. Les discours en circulation dans l'espace social, qu'ils soient institutionnels ou informels, peuvent être vus comme des outils pour élaborer ces explications personnelles de la maladie¹⁷³. De ce point de vue, une catégorie comme celle de « maladie professionnelle » – à laquelle certaines interviewées font référence bien que leurs propres troubles ne soient pas reconnus comme tels – a une efficacité parce qu'elle résume l'origine clairement professionnelle de la maladie sous une étiquette légitime, ce que ne permet pas la catégorie plus floue de « maladie associée au travail ». Les discours sur les TMS ne sont toutefois pas que des outils pour penser la maladie, mais ils s'inscrivent dans des relations sociales. Les explications d'autrui sur les causes de la maladie sont aussi interprétées par la personne concernée comme un regard, voire un jugement, que l'autre porte sur elle, sur ses actions passées et présentes. Par exemple, la minimisation des causes professionnelles peut être comprise comme une négation de la pénibilité du travail et des efforts consentis pour accomplir ses tâches, alors que le recours à des explications psychologiques peut être vu comme une accusation de simulation, une absence de prise en compte des douleurs endurées, etc. La manière dont une personne comprend que d'autres interprètent sa maladie a ainsi des effets sur son identité. La reconnaissance (ou non) d'une maladie professionnelle peut aussi être

¹⁷³ La diversité des perspectives sur les TMS semble d'ailleurs favoriser les possibilités de contester des définitions et explications institutionnelles et d'élaborer des explications personnelles qui peuvent s'en écarter.

comprise comme la reconnaissance de la valeur d'une personne (de ses accomplissements passés et présents, de son sens moral, etc.). D'ailleurs, tout autant que la revendication de prestations matérielles, l'expérience d'une disqualification et la quête d'une reconnaissance jouent un rôle dans les procédures auprès des assurances sociales et dans la tournure conflictuelle qu'elles prennent parfois.

L'objectif théorique formulé en introduction était plus limité : mettre à l'épreuve une conceptualisation du rapport entre discours personnels et discours sociaux en termes d'usage d'outils culturels. Je soulignerai que la métaphore de l'outil aide à comprendre sur quels éléments les personnes atteintes de TMS s'appuient pour interpréter leur maladie, la catégoriser et faire face à ses conséquences, ou encore quels moyens elles déploient pour argumenter en faveur d'une interprétation particulière de leurs troubles. En particulier, les discours d'autrui peuvent aider les ouvrières à faire des liens entre des conditions de travail et des atteintes à la santé, mais aussi à considérer que les expositions (postures, cadences, répétitivité, etc.) auxquelles elles sont soumises découlent de choix organisationnels discutables, et non de risques du métier, d'une fatalité liée à la condition ouvrière ou de lois économiques intangibles. Sans reprendre ici la discussion menée au chapitre 10, je soulignerai toutefois que la métaphore de l'outil rencontre des limites lorsqu'il s'agit de prendre en compte les contraintes imposées par certains discours (par exemple, ceux des assurances-accidents ou de l'AI) ainsi que les dimensions relationnelles des discours, avec leurs implications en termes de reconnaissance sociale et d'identité. Deux pistes me semblent intéressantes pour dépasser le stade du simple constat. Tout d'abord, il pourrait s'agir d'inscrire le dialogisme des énoncés (des discours) dans la dialogicité au sens où l'entend Marková (2007), c'est-à-dire une capacité fondamentale à prendre la perspective de l'autre, qui ne se réduit pas à une dimension instrumentale, mais touche aussi à la manière dont l'autre nous considère, c'est-à-dire à la définition d'une identité. Plus concrètement peut-être, il pourrait s'agir d'intégrer les apports d'auteurs développant une théorie de la reconnaissance (Fraser, 2001; Honneth, 2000; Renault, 2004a) pour penser la situation des ouvrières souffrant de TMS, leur rapport à autrui, les injustices dont elles se disent victimes, mais aussi les possibles transformations de cette situation.

Je reviendrai en dernier lieu sur les objectifs pratiques de ce travail qui étaient d'esquisser quelques propositions de changement ou d'intervention après avoir identifié

les difficultés que la situation actuelle pose aux personnes souffrant de TMS. Je commencerai par deux points concernant le dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles. Premièrement, si l'histoire de l'assurance-accidents explique les liens entre assurance, connaissance et prévention, ceux-ci produisent des effets pervers pour la protection de la santé, notamment parce que la logique de l'assurance repose sur des considérations économiques qui incitent à limiter le nombre de cas reconnus. Or, les statistiques des assurances-accidents constituent encore aujourd'hui l'une des principales source d'information sur les problèmes de santé au travail, sur la base de laquelle s'établissent des représentations sociales des risques et se définissent des priorités pour la prévention. C'est aussi par référence aux risques couverts par l'assurance-accidents que l'on peut expliquer les moyens importants dégagés pour la surveillance et la promotion de la sécurité au travail (accidents et maladies professionnelles) par contraste avec les montants plus faibles dévolus à la protection de la santé. Il faut en outre souligner que l'inscription du système actuel de santé au travail dans une logique d'assurance renforce les inégalités sociales et de genre en ce qui concerne la prise en compte des effets du travail sur la santé. C'est pourquoi, il serait souhaitable de dissocier la production de connaissances sur la santé au travail, de même que la prévention des risques professionnels, de la logique d'assurance dans laquelle elles sont actuellement intriquées. Deuxièmement, si la question de la reconnaissance des maladies professionnelles pose la question de la prise en charge des coûts des atteintes provoquées par le travail (Conne-Perréard, et al., 2001)¹⁷⁴, cette perspective apparaît comme trop restreinte. Le fait qu'une instance (dans le système actuel, l'assurance-accidents) sanctionne le rôle des conditions de travail dans le développement d'une maladie apparaît comme une fonction importante de la catégorie maladie professionnelle, en contribuant notamment à légitimer les revendications des travailleurs concernant leurs conditions de travail et à élargir ainsi leurs possibilités

¹⁷⁴ Certains acteurs proposent d'ailleurs de résoudre les controverses sur la reconnaissance des maladies multifactorielles en faisant participer l'assurance-accidents et donc les entreprises, dans une certaine proportion, à la prise en charge des coûts généraux de la santé.

d'action. Ce constat plaide en faveur d'un élargissement de la reconnaissance des maladies professionnelles¹⁷⁵.

A partir de l'enquête de terrain, un autre terrain de réflexion se dessine au sujet des conditions qui permettraient aux personnes souffrant de TMS tant de développer leur pouvoir d'agir que d'éviter les souffrances et blessures identitaires dues à la non-reconnaissance de leur maladie. Les analyses ont mis en évidence différentes facettes de ces deux questions. Ainsi, les cas de Fabienne et d'Hélène ont montré que le développement du pouvoir d'agir dans le cadre professionnel concerne la possibilité de participer à une transformation de ses conditions de travail, mais aussi à travers ce processus, de devenir un sujet actif plutôt qu'une personne qui subit des conditions imposées par d'autres. Il s'agit aussi d'une dynamique, certes limitée, de subversion des rapports de pouvoir qui prévalent dans l'entreprise. Des processus similaires peuvent être repérés lors de la mise en place par le syndicat d'une démarche collective visant la reconnaissance du syndrome du canal carpien comme maladie professionnelle. La participation au groupe décale le sens que les ouvrières attribuent à la procédure auprès de l'assurance : une demande de reconnaissance portant sur les incapacités individuelles fait place à une démarche politique de dénonciation d'une injustice subie collectivement, avec pour but de faire reconnaître les atteintes à la santé dues au travail et de transformer les conditions de travail – non pas pour soi, mais pour d'autres. En même temps, cette revendication ne reste pas abstraite, mais le groupe offre la possibilité de s'engager concrètement dans de nouveaux champs (animer un cours syndical, raconter son histoire dans le journal du syndicat, prendre des informations auprès des assurances, etc.), ce qui aide à renouer, au moins de manière embryonnaire, avec un développement des activités qui était entamé par les conséquences de la maladie. L'apport du groupe est donc loin de se limiter au soutien affectif et à la reconnaissance accordée par des pairs, mais réside peut-être surtout dans l'élaboration des enjeux subjectifs attachés à la maladie et la remise en route du développement de l'activité du point de vue de ses buts et moyens. A contrario, l'analyse du premier

¹⁷⁵ Mais laisse toutefois ouverte la question du seuil à partir duquel des atteintes doivent être considérées socialement comme des conséquences de l'activité de travail et des critères pour considérer qu'un risque est inacceptable.

entretien avec Barbara souligne le risque qu'une quête individuelle de reconnaissance n'engendre des effets pervers, enfermant la personne dans un rôle passif et plaintif qui limite ses possibilités, sans lui permettre d'approcher le but visé, c'est-à-dire le rétablissement d'un rapport positif à soi à travers le regard de l'autre.

Comment favoriser des processus que l'on pourrait qualifier d'émancipateurs ? Deux pistes distinctes me semblent mériter attention. La première porte sur les dispositifs institutionnels de prise en charge par les assurances sociales et de protection de la santé au travail, qui devraient être repensés pour soutenir le développement de l'activité des personnes¹⁷⁶. Par exemple, comment les dispositifs de protection de la santé pourraient-ils constituer de réelles ressources, dont les ouvrières souffrant de TMS puissent se saisir pour négocier des changements de poste ou des adaptations de leur travail ? Comment rendre effectif, dans le domaine de la santé au travail, le principe de participation inscrit dans la loi ? Par ailleurs, quels dispositifs de reconversion seraient imaginables pour des travailleuses non qualifiées qui ne peuvent plus exercer leur activité professionnelle à cause des TMS ? En particulier, comment concevoir une reconversion qui ne soit pas vécue comme une relocalisation forcée dans une autre activité ni valorisante ni qualifiante, mais comme la possibilité de développer de nouvelles compétences ? Enfin, ne devrait-on pas concevoir la reconnaissance par les institutions (AI et assurance-accidents) de la réalité des douleurs et des causes professionnelles de la maladie comme un élément positif pour la personne – c'est-à-dire qui, en contribuant à sa reconnaissance sociale, peut aussi favoriser son investissement de nouvelles activités ? La deuxième piste concerne le rôle fondamental de l'activité collective pour la mise en question des perceptions courantes de la réalité et la transformation des conditions matérielles (conditions de travail, reconnaissance des maladies professionnelles, par exemple), mais aussi la transformation du sens que les personnes concernées donnent à leur situation et plus largement leur développement en tant que sujets. Alors que les recherches en sociologie du travail mettent en évidence

¹⁷⁶ Ce qui n'a rien à voir avec leur mise en activité forcée au service de buts définis par d'autres, repérable dans certaines interventions actuelles de l'AI, mais aussi dans des interventions en entreprise qui visent, par exemple, l'adaptation de l'individu à des conditions contraignantes pour lui permettre de rester productif malgré tout.

différents facteurs qui fragilisent les collectifs de travail, par exemple, la sous-traitance et l'intérim, la mise en concurrence des collègues ou équipes par le biais des primes, etc., il semble plus délicat de saisir les conditions qui permettent le fonctionnement des collectifs ainsi que les processus par lesquels ceux-ci soutiennent le développement de l'activité des sujets. Les travaux qui s'inscrivent dans le courant de la clinique de l'activité représentent à ce titre un apport déterminant, mais laissent aussi passablement de questions ouvertes. Par exemple, comment faut-il envisager les rapports entre les transformations de l'activité et la mise en question des appréhensions convenues de la réalité, processus qu'on peut désigner, à la suite de Paolo Freire, comme une problématisation, c'est-à-dire « a process through which the taken-for-granted social order is questioned and disrupted » (Cornish, 2006, p. 463) ? Quelles peuvent être les contributions spécifiques de groupes formels comme les syndicats pour la construction de conditions favorables à la santé, par comparaison avec celles des collectifs de travail informels ? Enfin, comment envisager plus précisément les rapports entre la transformation de l'environnement et la transformation du sujet au travers de sa propre activité ? Autrement dit, on pourrait chercher, en s'inscrivant dans la continuité des courants cités, à affiner les moyens théoriques et empiriques permettant de comprendre comment l'inscription collective de l'activité peut contribuer à un changement social qui soit aussi un développement des sujets.

Annexes

Annexe 1 : Liste des maladies professionnelles (annexe 1 OLAA)

Liste des substances nocives et des affections dues à certains travaux selon l'art. 14 de l'ordonnance

1. Sont réputées substances nocives au sens de l'art. 9, al. 1, de la loi, les substances suivantes :

Acétates, seulement acétate de méthyle, d'éthyle, de butyle, d'amyle, de vinyle	Brai de goudron
Acétone	Brome
Acétylène	Cadmium et ses composés
Acide acétique	Carbamate et ses composés
Acide azothydrique, ses sels (azotures)	Carbure de calcium
Acide chlorhydrique	Cétène
Acide chlorosulfonique	Chlorate de potassium
Acide formique	Chlorate de sodium
Acide nitreux, ses sels (nitrites) et esters	Chlore
Acide nitrique (acide azotique)	Chlorure d'aluminium
Acide sulfureux et ses sels (sulfites)	Chlorure de chaux
Acide sulfurique, ses sels (sulfates) et esters	Chlorure de soufre
Acridine	Chlorure de sulfuryle
Acroléine	Chlorure de thionyle
Acrylamide	Chrome, composés du
Additifs pour caoutchouc	Ciment
Additifs pour huiles minérales	Cobalt et ses composés
Alcaloïdes	Colophane
Alcoylamines	Composés halogénés organiques
Aldéhyde acétique	Composés nitreux organiques
Amiante, poussières	Cyanogène et ses composés
Ammoniaque	Diméthylformamide
Anhydride acétique	Dinitrate d'éthylène glycol
Anhydride maléique	Dioxane
Anhydride phtalique	Diazométhane
Anhydride sulfureux (bioxyde de soufre)	Essence de térébenthine
Anhydride sulfurique (trioxyde de soufre)	Etain, composés de l'
Anhydride trimellitique	Ethylène-imine
Anthracène	Fluor et ses composés
Antimoine et ses composés	Formaldéhyde
Arsenic et ses composés	Formamide
Arylamines	Gaz nitreux
Barium et ses composés solubles dans les acides dilués	Glycols, leurs éthers et esters
Benzène	Goudron
Benzines	n-Hexane
Béryllium (glucinium), ses composés et alliages	Huiles minérales
Bitumes	Hydrate de calcium (chaux éteinte)
Bois, poussières	Hydrate de potassium
	Hydrate de sodium
	Hydrazine et ses dérivés

Hydrogène sulfuré	Phénol et ses homologues
Hydroxylamine	Phénylhydroxylamine
Iode	Phosgène
Isocyanates	Phosphore et ses composés
Latex	Platine, sels complexes du
Manganèse et ses composés	Plomb, ses composés et alliages
Mercure, ses composés et amalgames	Pyridine et ses homologues
Méthanol	Résines époxy
Méthyléthylcétone	Sélénium et ses composés
Naphtalène et ses composés	Styrène
Nickel	Sulfures d'alcoyles chlorés
Nickel carbonyle	Sulfure de carbone
Nitroglycérine	Sulfure de sodium
Oxyde de calcium (chaux vive)	Thallium, composés du
Oxyde de carbone (monoxyde)	Thiocyanates (sulfocyanures)
Oxyde d'éthylène	Toluène
Ozone	2,4,6-trichloro-1,3,5-triazine (chlorure d'acide cyanurique)
Paraffine	Vanadium et ses composés
Peroxydes	Xylènes
Persulfates	Zinc et ses composés
Pétrole	

2. Sont réputées affections dues à certains travaux au sens de l'art. 9, al. 1, de la loi, les affections suivantes :

Affections	Travaux
<i>a. Affections dues à des agents physiques</i>	
Ampoules et cassins, crevasses, excoriations, éraflures, durillons	tous travaux
Bursites chroniques par pression constante	tous travaux
Paralysies nerveuses périphériques par pression	tous travaux
« Tendovaginites » (<i>Peritendinitis crepitans</i>)	tous travaux
Lésions importantes de l'ouïe	travaux exposant au bruit
Maladies dues au travail dans l'air comprimé	tous travaux
Gelures, à l'exception des engelures	tous travaux
Coup de soleil, insolation, coup de chaleur	tous travaux
Maladies dues aux ultra- et infrasons	tous travaux
Maladies dues aux vibrations (seulement les actions démontrables au point de vue radiologique sur les os et les articulations, actions sur la circulation périphérique)	tous travaux
Maladies dues aux radiations ionisantes	tous travaux
Maladies dues à des radiations non ionisantes (laser, ondes micro, rayons ultra-violet, rayons infrarouges, etc.)	tous travaux

<i>b. Autres affections :</i>	
Pneumoconioses	travaux dans les poussières d'aluminium, de silicates, de graphite, de silice (quartz), de métaux durs
Affections de l'appareil respiratoire	travaux dans les poussières de coton, de chanvre, de lin, de céréales, de farine de froment et de seigle, d'enzymes, de moisissures
Epithéliomas de la peau et précancéroses	tous travaux avec des composés, produits et résidus de goudron, brai, bitume, huiles minérales, paraffine
Maladies infectieuses	travaux dans des hôpitaux, des laboratoires, des instituts de recherches et établissements analogues
Maladies causées par contact avec les animaux	garde et soin des animaux; activités exposant au risque de maladie par contact avec des animaux, des parties et des déchets d'animaux et des produits d'origine animale; chargement, déchargement ou transport de marchandises
Amibiase, fièvre jaune, hépatite A, hépatite E, malaria	contractées pendant un séjour professionnel hors de l'Europe
Anguillulose, ankylostomiase, bilharziose, choléra, clonorchiose, fièvre hémorragique, filariose, leishmaniose, lèpre, onchocercose, salmonellose, shigellose, trachome, trypanosomiase	contractées pendant un séjour professionnel dans des régions tropicales et subtropicales

Etat le 1^{er} janvier 2008

Annexe 2 : Statistiques des assurances-accidents : aspects de méthode

Les données disponibles

Les données proviennent des statistiques publiées par le Service de centralisation des statistiques de l'assurance accidents (géré par la Suva) dans ses rapports quinquennaux, ainsi que de certains chiffres ad hoc fournis par ce même service. Ces statistiques répondent à l'obligation légale de produire des données utilisables « en particulier pour l'établissement de bases actuarielles, pour le calcul des primes et pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles » (art. 79 al. 1 LAA). Elles ont pour but le fonctionnement de l'assurance et des dispositifs de prévention des risques professionnels. N'étant pas élaborées à des fins de recherche scientifique, elles présentent plusieurs limites qui restreignent les possibilités d'exploitation.

Une première limite est que ces statistiques ne donnent des informations que sur les cas déclarés ou reconnus par les assurances accidents, mais aucunement sur l'ampleur réelle des TMS dans la population générale, ni dans la population couverte par l'assurance accidents obligatoire. Or, afin d'estimer les taux de déclaration et de reconnaissance, il est nécessaire de connaître la fréquence des troubles dans la population. Pour cela, il faut passer par les données d'études épidémiologiques, essentiellement des études d'autres pays car elles sont extrêmement rares en Suisse¹⁷⁷. En outre, l'estimation de ces taux pose le problème de la concordance des critères diagnostics entre les études scientifiques et les cas déclarés à l'assurance.

Une deuxième limite des statistiques officielles est que l'estimation de l'effectif assuré se fait par le biais des masses salariales déclarées par les entreprises. Pour cela, « le nombre des équivalents plein temps assurés est estimé en divisant la somme des salaires soumis aux primes par le salaire annuel moyen des victimes d'accident travaillant à plein temps du collectif correspondant » (Suva, 2004, p. 20). Cette méthode de calcul induit plusieurs biais, notamment l'absence d'informations sur la part non déclarée des

¹⁷⁷ Par exemple, je n'ai trouvé pour l'heure qu'une seule étude qui a estimé la fréquence du syndrome du canal carpien en Suisse, étude basée sur un réseau de surveillance épidémiologique par des médecins généralistes (Delgrosso & Boillat, 1991; Sentinella, 1991).

salaires ainsi que des discordances entre le salaire moyen des victimes d'accidents et celui des personnes assurées. En outre, elle ne permet pas de rendre compte du nombre de personnes travaillant à temps partiel, mais seulement de calculer des « équivalents plein-temps ». Or, on peut légitimement se demander si du point de vue du risque de maladies professionnelles, deux travailleuses à mi-temps sont réellement l'équivalent d'une travailleuse à plein-temps.

Une troisième limite est que depuis 1993, la Suva ne demande plus aux entreprises de déclarer les masses salariales séparément en fonction du sexe (Suva, 2004, p. 21). Il n'y a donc pas d'indication directe sur le nombre de femmes et d'hommes assurés, ni du point de vue des effectifs réels, ni du point de vue des équivalents plein-temps. Il faut recourir, pour une estimation, aux enquêtes de l'Office fédéral de la statistique.

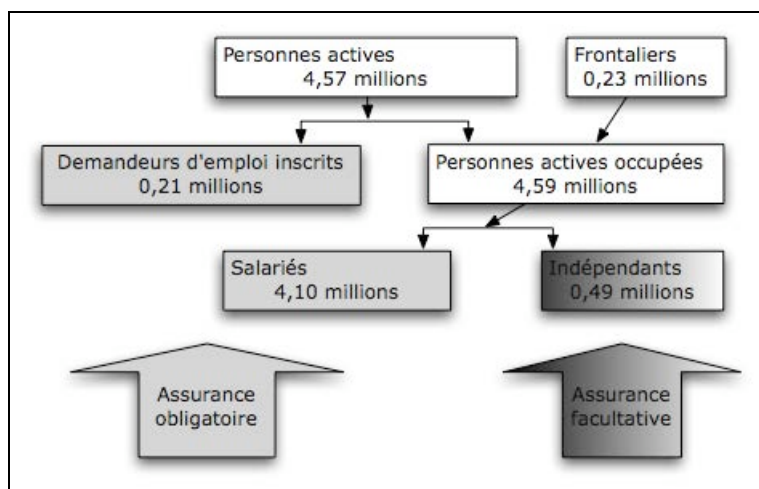
Estimation de la population couverte par l'assurance-accidents obligatoire

Par conséquent, il est délicat d'estimer l'effectif des personnes assurées et de connaître la répartition de cet effectif par sexe. J'en ferai la démonstration ici avec les données de 2010.

En 2010, 4,10 millions de salariés occupés et 0,21 million de demandeurs d'emploi inscrits¹⁷⁸ sont soumis à l'assurance-accidents obligatoire (Suva, 2011c). L'estimation (voir Figure 10) se base sur le recensement de la population active résidant en Suisse, auquel sont ajoutés les travailleurs frontaliers et dont sont déduits les indépendants (qui peuvent s'assurer à titre facultatif, mais ne sont pas intégrés dans les statistiques des maladies professionnelles).

¹⁷⁸ Les demandeurs d'emploi sont obligatoirement assurés auprès de la Suva depuis le 1^{er} janvier 1996. Les demandeurs d'emploi qui subissent une maladie professionnelle dans le cadre d'un programme d'occupation, stage professionnel ou mesure de formation sont comptabilisés dans la statistique des maladies professionnelles (Suva, 2011c, p. 48). Le nombre de personnes concernées par ce dernier cas de figure étant faible par rapport au nombre total de personnes couvertes par l'assurance accidents, je me contenterai ci-dessous de l'estimation du nombre de salariés.

Figure 10 : Personnes assurées contre les accidents et maladies professionnels en Suisse, chiffres milieu 2010 (adapté de Suva, 2011c, p. 13)



Le nombre d'hommes et de femmes n'est pas donné dans les publications de la Suva. Il peut être estimé par le biais de la Statistique de la population active occupée (SPA0)¹⁷⁹. Selon la SPA0, le nombre de femmes salariées occupées au deuxième trimestre 2009 est de 1,86 million et le nombre d'hommes salariés occupés de 2,23 millions (Office fédéral de la statistique, 2011a). Les femmes représenteraient donc 45% de la population couverte par l'assurance-accidents obligatoire.

Le plus souvent, les statistiques des assurances ne se basent pas sur les effectifs réels, mais sur les équivalents plein-temps. Ceux-ci sont estimés en passant par les masses salariales déclarées par les entreprises et le salaire des personnes accidentées. Pour 2009, la Suva (2011c) estime à 3,87 millions les travailleurs en équivalents plein-temps. Ce nombre est toutefois clairement surestimé, ce qui est dû au fait que « le salaire moyen des accidentés (en principe plus jeunes) est inférieur à celui des assurés » (p. 4). Les statistiques officielles ne donnent pas d'estimation selon le sexe. La Statistique du

¹⁷⁹ La Statistique de la population active occupée (SPA0) prend en compte toutes les personnes qui travaillent en Suisse. Basée sur l'Enquête suisse sur la population active (ESPA), elle inclut en plus les personnes qui travaillent en Suisse, de manière temporaire ou permanente, sans y résider : personnes de nationalité étrangère détentrices d'un permis de courte durée, personnes relevant de l'asile et frontaliers (Office fédéral de la statistique, 2004, p. 49). C'est pourquoi, la SPA0 donne une meilleure approximation de la population couverte par l'assurance accidents que l'ESPA.

volume du travail (SVOLTA)¹⁸⁰ indiquant que les femmes ont accompli en 2008 et 2010 (chiffres pour 2009 non disponibles) 38% des heures de travail salarié effectuées en Suisse (Office fédéral de la statistique, 2011b), on peut estimer qu'elles représentent 38% des travailleurs à plein-temps. En rapportant ce taux au nombre total d'équivalents plein-temps, on arrive à une estimation de 2,40 millions pour les hommes et 1,47 million pour les femmes. Ces estimations sont à considérer avec beaucoup de prudence car elles reposent sur une série d'approximations et incluent des biais systématiques (par exemple, surestimation du nombre d'équivalents plein-temps), mais elles sont utiles pour interpréter les nombres de TMS déclarés et reconnus.

¹⁸⁰ La Statistique du volume du travail (SVOLTA) est basée sur les données de l'ESPA. Elle comprend l'ensemble des heures de travail effectuées en Suisse, heures supplémentaires comprises et absences déduites (Office fédéral de la statistique, 2004, p. 50). Elle permet ainsi d'avoir une approximation du volume du travail salarié effectué par les femmes et les hommes.

Annexe 3 : Evolution des cas reconnus comme maladies professionnelles en France

Il est extrêmement délicat de procéder à des comparaisons des statistiques de maladies professionnelles entre pays parce que les cas recensés sont différents (différences dans la définition légale des maladies professionnelles, le type de cas décomptés, par exemple seulement les cas avec arrêt de travail ou tous les cas, la population assurée, etc.¹⁸¹). La comparaison se justifie toutefois si elle porte sur l'évolution du nombre de cas et non sur les chiffres absolus. La courbe de la Figure 11 ci-dessous montre ainsi la forte croissance du nombre de cas de TMS reconnus comme maladies professionnelles en France entre 1992 et 2009 (de 2602 cas reconnus en 1992 à 37 728 en 2009, soit une multiplication par quatorze). Comme le montre la Figure 12, pendant la même période, le nombre de cas reconnus en Suisse a chuté (de 2129 cas reconnus en 1992 à 429 en 2009, soit une division par cinq). Une telle divergence ne semble pouvoir s'expliquer ni par l'évolution des conditions de travail dans chaque pays, ni uniquement par l'évolution différente des critères de reconnaissance. Pour la comprendre, il faut prendre en compte l'évolution divergente des pratiques de déclaration dans chaque pays, qui découle de la mobilisation de divers acteurs autour de la question des TMS et de leur reconnaissance comme maladies professionnelles.

¹⁸¹ Les prestations en cas de reconnaissance aussi diffèrent selon les pays. L'indemnisation des séquelles permanentes des maladies professionnelles est globalement moins favorable en France qu'en Suisse (Eurogip, 2010). En France, l'indemnisation en maladie ordinaire est ainsi dans certains cas plus favorable aux salariés qu'une reconnaissance comme maladie professionnelle (Roquelaure, Vénien, et al., 2005).

Figure 11 : Evolution des cas de TMS reconnus en France selon le tableau 57, « affections périarticulaires »¹⁸²

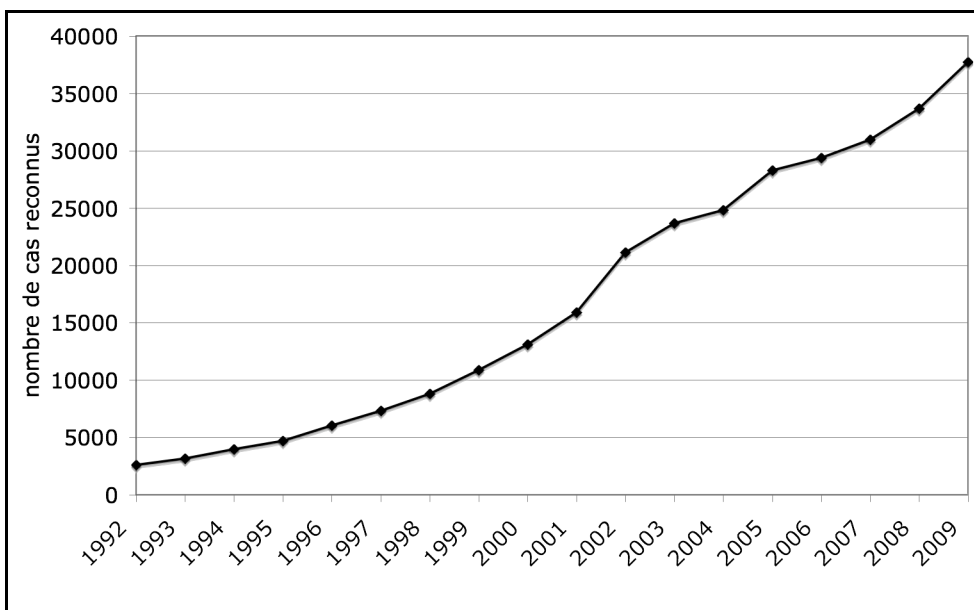
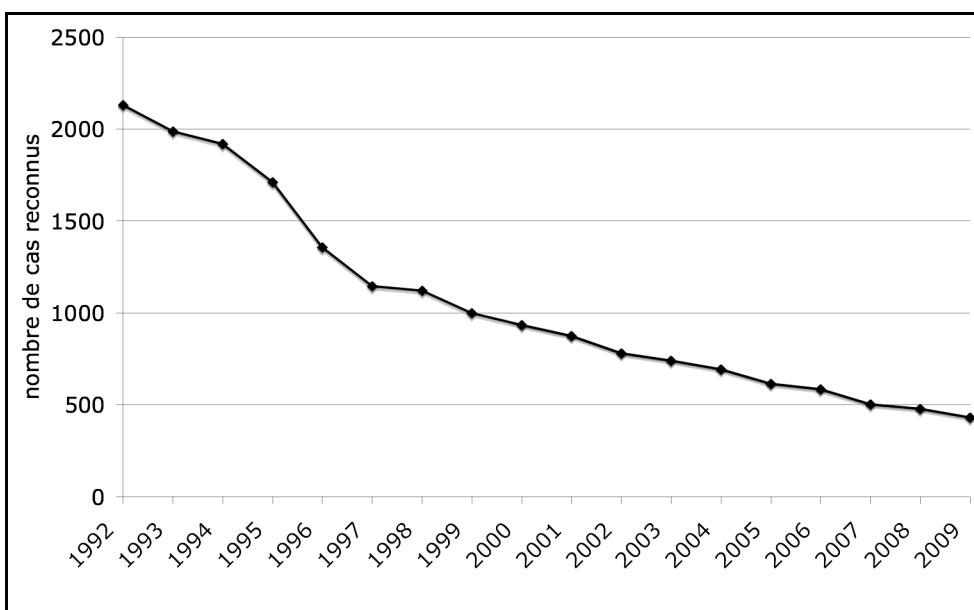


Figure 12 : Evolution des cas de TMS reconnus en Suisse¹⁸³



¹⁸² Régime général de la sécurité sociale, seulement les cas avec arrêt. Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

¹⁸³ Tous assureurs, tous les cas reconnus. Source : Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents.

Annexe 4 : Evolution de l'incidence par catégorie

Figure 13 : Incidence des cas déclarés pour 100 000 EPT, par catégorie de TMS

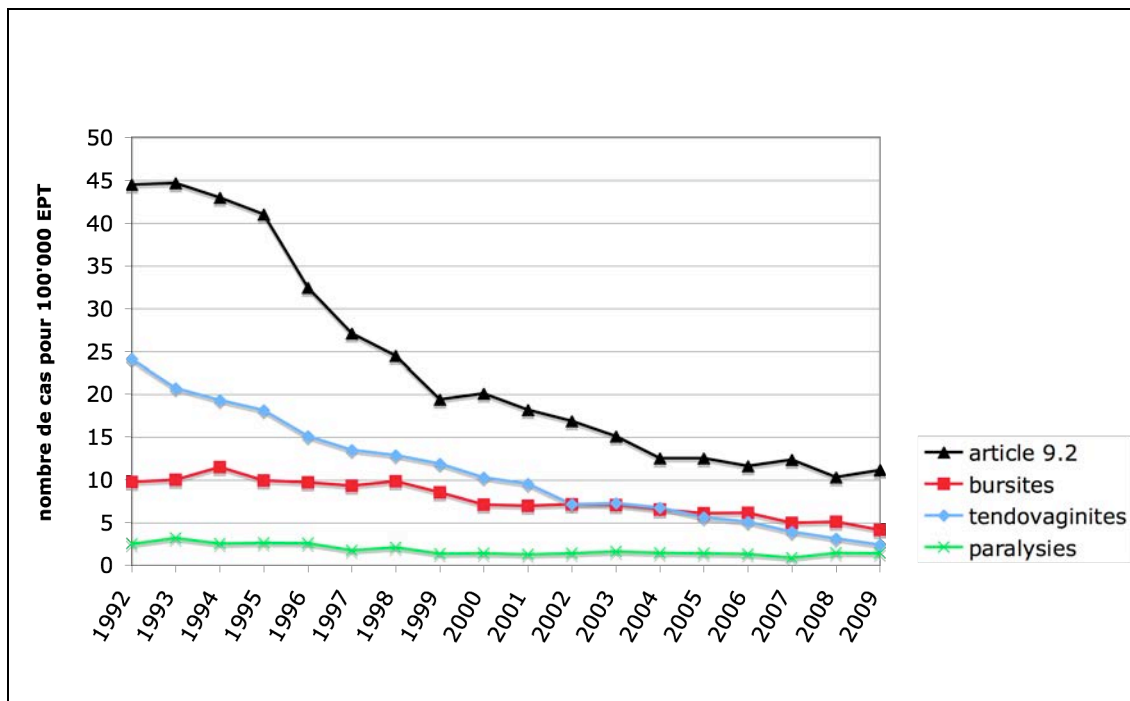
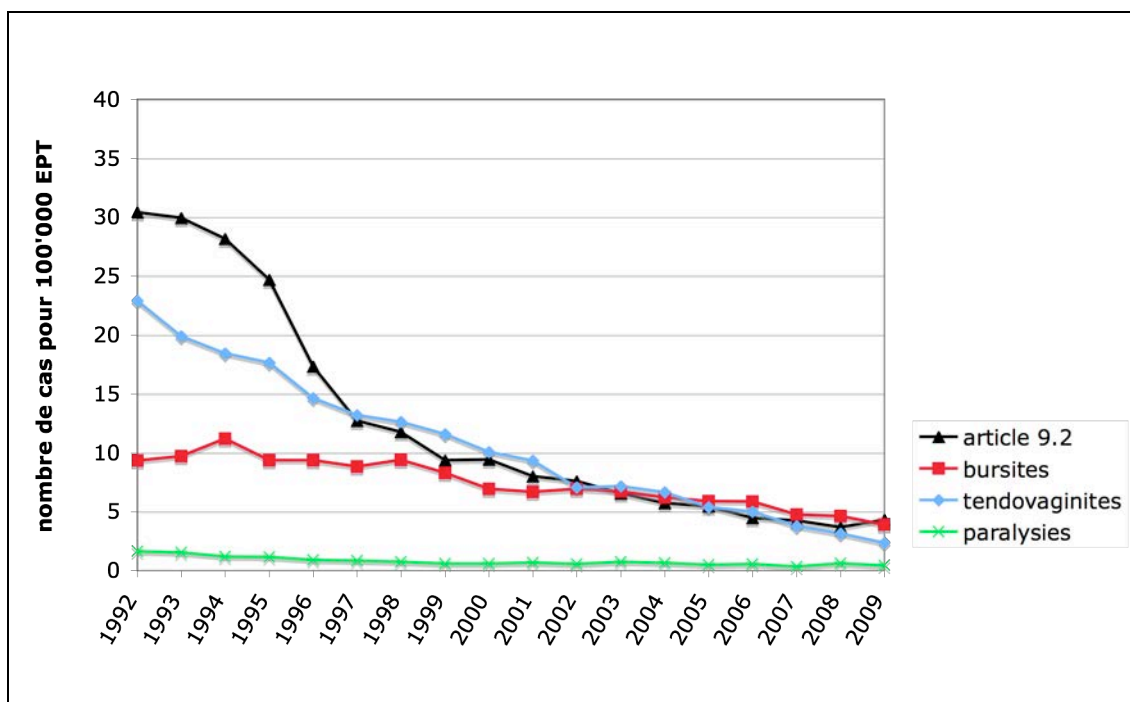


Figure 14 : Incidence des cas reconnus pour 100 000 EPT, par catégorie de TMS



Annexe 5 : Données statistiques

Tableau 8 : chiffres bruts 2005 à 2009

			2005	2006	2007	2008	2009	total 2005 à 2009
Bursites chroniques	déclaré	Hommes	211	223	187	199	155	975
		Femmes	7	3	4	3	7	24
		Total	218	226	191	202	162	999
	accepté	Hommes	204	213	178	181	146	922
		Femmes	5	2	4	2	6	19
		Total	209	215	182	183	152	941
Paralysies nerveuses périphériques	déclaré	Hommes	35	34	25	42	36	172
		Femmes	16	16	9	16	19	76
		Total	51	50	34	58	55	248
	accepté	Hommes	14	17	10	18	14	73
		Femmes	4	4	3	7	3	21
		Total	18	21	13	25	17	94
Tendovaginites (Peritendinitis crepitans)	déclaré	Hommes	159	142	115	98	80	594
		Femmes	41	45	35	27	15	163
		Total	200	187	150	125	95	757
	accepté	Hommes	157	140	111	98	78	584
		Femmes	35	44	33	26	14	152
		Total	192	184	144	124	92	736
Maladies de l'appareil locomoteur hors liste (art. 9.2 LAA)	déclaré	Hommes	313	281	320	270	275	1459
		Femmes	132	145	152	137	158	724
		Total	445	426	472	407	433	2183
	accepté	Hommes	144	113	124	99	119	599
		Femmes	50	51	38	46	49	234
		Total	194	164	162	145	168	833
Tous TMS	déclaré	Hommes	718	680	647	609	546	3200
		Femmes	196	209	200	183	199	987
		Total	914	889	847	792	745	4187
	accepté	Hommes	519	483	423	396	357	2178
		Femmes	94	101	78	81	72	426
		Total	613	584	501	477	429	2604
Toutes maladies professionnelles	déclaré	Hommes	3141	3340	3166	3277	3185	16109
		Femmes	1163	1203	1181	1010	1258	5815
		Total	4304	4543	4347	4287	4443	21924
	accepté	Hommes	2544	2715	2518	2622	2575	12974
		Femmes	950	1013	978	822	1015	4778
		Total	3494	3728	3496	3444	3590	17752

Tableau 9 : Incidence 2005-2009 par sexe

			2005	2006	2007	2008	2009	2005 à 2009
Equivalents plein-temps (en milliers)	Total (Stat Suva)		3543	3652	3802	3935	3867	18799
	Proportion d'heures femmes		37.18%	37.09%	37.33%	37.60%	37.75% ¹⁸⁴	37.39%
	Hommes		2225.56	2297.36	2382.74	2455.39	2407.21	11769.75
	Femmes		1317.44	1354.64	1419.26	1479.61	1459.79	7029.25
Incidence pour 100 000 EPT/an								
Bursites chroniques	déclaré	H	9.48	9.71	7.85	8.10	6.44	8.28
		F	0.53	0.22	0.28	0.20	0.48	0.34
		Total	6.15	6.19	5.02	5.13	4.19	5.31
	accepté	H	9.17	9.27	7.47	7.37	6.07	7.83
		F	0.38	0.15	0.28	0.14	0.41	0.27
		Total	5.90	5.89	4.79	4.65	3.93	5.01
Paralysies nerveuses périphériques	déclaré	H	1.57	1.48	1.05	1.71	1.50	1.46
		F	1.21	1.18	0.63	1.08	1.30	1.08
		Total	1.44	1.37	0.89	1.47	1.42	1.32
	accepté	H	0.63	0.74	0.42	0.73	0.58	0.62
		F	0.30	0.30	0.21	0.47	0.21	0.30
		Total	0.51	0.58	0.34	0.64	0.44	0.50
Tendovaginites (Peritendinitis crepitans)	déclaré	H	7.14	6.18	4.83	3.99	3.32	5.05
		F	3.11	3.32	2.47	1.82	1.03	2.32
		Total	5.64	5.12	3.95	3.18	2.46	4.03
	accepté	H	7.05	6.09	4.66	3.99	3.24	4.96
		F	2.66	3.25	2.33	1.76	0.96	2.16
		Total	5.42	5.04	3.79	3.15	2.38	3.92
Maladies de l'appareil locomoteur hors liste (art. 9.2 LAA)	déclaré	H	14.06	12.23	13.43	11.00	11.42	12.40
		F	10.02	10.70	10.71	9.26	10.82	10.30
		Total	12.56	11.66	12.41	10.34	11.20	11.61
	accepté	H	6.47	4.92	5.20	4.03	4.94	5.09
		F	3.80	3.76	2.68	3.11	3.36	3.33
		Total	5.48	4.49	4.26	3.68	4.34	4.43
Tous TMS	déclaré	H	32.26	29.60	27.15	24.80	22.68	27.19
		F	14.88	15.43	14.09	12.37	13.63	14.04
		Total	25.80	24.34	22.28	20.13	19.27	22.27
	accepté	H	23.32	21.02	17.75	16.13	14.83	18.51
		F	7.14	7.46	5.50	5.47	4.93	6.06
		Total	17.30	15.99	13.18	12.12	11.09	13.85
Toutes maladies professionnelles	déclaré	H	141.13	145.38	132.87	133.46	132.31	136.87
		F	88.28	88.81	83.21	68.26	86.18	82.73
		Total	121.48	124.40	114.33	108.95	114.90	116.62
	accepté	H	114.31	118.18	105.68	106.79	106.97	110.23
		F	72.11	74.78	68.91	55.56	69.53	67.97
		Total	98.62	102.08	91.95	87.52	92.84	94.43

¹⁸⁴ Interpolation entre les valeurs de 2008 et 2010. Les chiffres pour 2009 ne sont pas disponibles pour des raisons liées à la méthode de l'Enquête suisse sur la population active.

Tableau 10 : Nombre de cas déclarés et reconnus 1992-2009

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TMS cas déclarés	2678	2556	2483	2318	1920	1660	1599	1379	1343	1272	1147	1086	979	914	889	847	792	745
TMS cas acceptés	2129	1986	1919	1710	1355	1144	1120	997	933	874	779	739	691	613	584	501	477	429
Bursites chroniques : cas déclarés	324	327	375	321	312	300	320	286	246	247	252	247	234	218	226	191	202	162
Bursites chroniques : cas acceptés	310	316	364	303	301	284	305	277	239	236	244	234	223	209	215	182	183	152
Paralysies nerveuses : cas déclarés	84	104	83	85	84	57	69	46	49	46	50	58	53	51	50	34	58	55
Paralysies nerveuses : cas acceptés	54	50	39	38	29	27	25	20	21	25	20	26	24	18	21	13	25	17
Tendovaginites : cas déclarés	797	674	629	587	485	434	418	398	355	337	252	254	243	200	187	150	125	95
Tendovaginites : cas acceptés	758	647	600	571	469	424	409	387	347	330	248	250	238	192	184	144	124	92
TMS hors liste : cas déclarés	1473	1451	1396	1325	1039	869	792	649	693	642	593	527	449	445	426	472	407	433
TMS hors liste : cas acceptés	1007	973	916	798	556	409	381	313	326	283	267	229	206	194	164	162	145	168

Tableau 11 : Incidence des cas déclarés et reconnus (nombre de cas pour 100 000 EPT par an), de 1992 à 2009

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Equivalents plein-temps (en milliers)	3308	3246	3247	3228	3200	3206	3233	3337	3443	3524	3500	3476	3571	3543	3652	3802	3935	3867
Nombre de cas pour 100000 EPT par an																		
TMS cas déclarés	81.0	78.7	76.5	71.8	60.0	51.8	49.5	41.3	39.0	36.1	32.8	31.2	27.4	25.8	24.3	22.3	20.1	19.3
TMS cas acceptés	64.4	61.2	59.1	53.0	42.3	35.7	34.6	29.9	27.1	24.8	22.3	21.3	19.4	17.3	16.0	13.2	12.1	11.1
Bursites chroniques : cas déclarés	9.8	10.1	11.5	9.9	9.8	9.4	9.9	8.6	7.1	7.0	7.2	7.1	6.6	6.2	6.2	5.0	5.1	4.2
Bursites chroniques : cas acceptés	9.4	9.7	11.2	9.4	9.4	8.9	9.4	8.3	6.9	6.7	7.0	6.7	6.2	5.9	5.9	4.8	4.7	3.9
Paralysies nerveuses : cas déclarés	2.5	3.2	2.6	2.6	2.6	1.8	2.1	1.4	1.4	1.3	1.4	1.7	1.5	1.4	1.4	0.9	1.5	1.4
Paralysies nerveuses : cas acceptés	1.6	1.5	1.2	1.2	0.9	0.8	0.8	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.7	0.5	0.6	0.3	0.6	0.4
Tendovaginites : cas déclarés	24.1	20.8	19.4	18.2	15.2	13.5	12.9	11.9	10.3	9.6	7.2	7.3	6.8	5.6	5.1	3.9	3.2	2.5
Tendovaginites : cas acceptés	22.9	19.9	18.5	17.7	14.7	13.2	12.7	11.6	10.1	9.4	7.1	7.2	6.7	5.4	5.0	3.8	3.2	2.4
TMS hors liste : cas déclarés	44.5	44.7	43.0	41.0	32.5	27.1	24.5	19.4	20.1	18.2	16.9	15.2	12.6	12.6	11.7	12.4	10.3	11.2
TMS hors liste : cas acceptés	30.4	30.0	28.2	24.7	17.4	12.8	11.8	9.4	9.5	8.0	7.6	6.6	5.8	5.5	4.5	4.3	3.7	4.3

Tableau 12 : nombre cas acceptés ou non acceptés selon le sexe (2005-2009), tests statistiques

	Acceptés femmes	Acceptés hommes	Non acceptés femmes	Non acceptés hommes	test exact de Fisher bilatéral	test du Chi2
Tous types de TMS confondus	426	2178	561	1022	p<0.0001	Chi2 = 197.87 ; p<0.0001
Bursites chroniques	19	922	5	53	p = 0.01	test non valide (1)
Paralysies nerveuses périphériques	21	73	55	99	p = 0.03	Chi2 = 4.30 ; p = 0.04
Tendovaginites (Peritendinitis crepitans)	152	584	11	10	p = 0.002	test non valide (1)
TMS hors liste	234	599	490	860	p = 0.0001	Chi2 = 15.28 ; p = 0.0001

Annexe 6 : Trame d'entretien

Je fais une recherche pour une thèse sur le syndrome du canal carpien à l'Université de Lausanne et je collabore avec Sonia du syndicat Comedia. Le but de la recherche est de mieux comprendre comment arrive ce genre de maladie, quelles sont ses conséquences et comment les gens la vivent. Ce qui m'intéresse c'est votre expérience et votre avis. J'aimerais si possible enregistrer l'entretien parce que c'est trop difficile de tout noter au fur et à mesure. Tout est strictement anonyme. Je remplacerai votre nom ainsi que le nom de l'entreprise et toutes les autres caractéristiques qui permettraient de vous reconnaître. J'utiliserai l'enregistrement seulement pour moi et, si vous êtes d'accord, pour une étudiante qui travaille avec moi.

La maladie, son début et son déroulement

Est-ce que vous pouvez me raconter ce que vous avez eu comme problème ? Comment ça a commencé ? Qu'est-ce qui s'est passé ensuite ? Quelles démarches est-ce que vous avez entreprises ? Quelles ont été les conséquences de la maladie par rapport à votre travail ? (arrêts, reprise, changements ?)

Les causes de la maladie

Pourquoi, d'après vous, avez-vous souffert de cette maladie ?

Le cas échéant, qu'est-ce qui dans le travail a posé problème ? Pouvez-vous me le décrire précisément ? Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres raisons, hors du travail ? Est-ce que vous avez une idée pourquoi c'est arrivé à ce moment-là ?

D'après vous, est-il possible d'éviter ce genre de maladie ? Quels conseils est-ce que vous donneriez à des collègues pour qu'elles ne souffrent pas de la même chose ?

Les conséquences de la maladie pour le travail

Quelles ont été les conséquences pour votre travail ?

Pouvez-vous me décrire votre travail ? Est-ce que vous avez pu vous arranger pour adapter votre travail en fonction de votre maladie ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ? Comment avez-vous vécu cette situation ?

Comment ont réagi vos chefs par rapport à vos problèmes de santé ? Est-ce que vous vous êtes sentie soutenue ?

Quelle a été la réaction de vos collègues par rapport à vos problèmes de santé ? Est-ce que vous vous êtes sentie soutenue ? Est-ce que c'est un problème rencontré par d'autres personnes ? Si oui, comment est-ce que vous en parlez entre collègues ?

Les conséquences de la maladie pour la vie quotidienne

Quelles ont été les conséquences de votre maladie pour votre vie quotidienne ? Quelles ont été les réactions de vos proches ? Quelles sont les conséquences actuelles ? Comment vous voyez l'avenir ? (en général, par rapport à la vie quotidienne, au travail, etc.)

L'emploi et les problèmes avec les assurances sociales

Quelle est votre situation actuelle par rapport au travail ? Depuis quand est-ce que vous avez arrêté de travailler ? Pourquoi ? Comment s'est passé le licenciement ?

Quelle est votre situation actuelle par rapport aux assurances sociales ? (chômage, assurance invalidité, aide sociale, etc.)

Avez-vous fait une demande de reconnaissance comme maladie professionnelle ? Est-ce que la question s'est posée de reconnaître comme maladie professionnelle ? Comment ça s'est passé ? Est-ce que vous avez fait opposition à une décision de la Suva ? Selon vous est-ce qu'il faudrait reconnaître comme maladie professionnelle ? Est-ce que des personnes vous ont aidée pour les démarches ?

Données personnelles

Age ; situation familiale ; nationalité et origine ; formation de base ; expériences professionnelles antérieures. Combien de temps avez-vous travaillé dans l'entreprise X ? Avec quel type d'horaires ? Quel type de contrat ? Avez-vous fait un autre travail à côté ?

Annexe 7 : Conventions de transcription

La transcription s'effectue mot à mot.¹⁸⁵

Chevauchements

[[]]

[[]]

Arrêt brutal d'un mot ou d'un énoncé

-

Inaudible

X pour une syllabe ; XX pour deux syllabes ; etc.

Mot ou énoncé incertains

<demain>

<demain> <devant> indique une alternative

Énoncés dits en riant ou doucement, etc.

(*en riant*), (*doucement*)

Pause, rires, sonnerie du téléphone, etc.

(pause), (rire), (sonnerie), etc.

Ponctuation

Utilisation de points, de virgules et de points d'interrogation, selon ce qui s'entend à l'oreille (voix qui descend ou qui monte).

Discours rapporté direct

Utilisation de guillemets pour les passages de discours rapporté direct

Passages supprimés

[...]

¹⁸⁵ Afin de faciliter la lecture des extraits présentés dans le texte, les transcriptions originales ont été retravaillées.

Annexe 8 : Exemple de tableau de trajectoire

repères temps	cours des événements	acteurs	travail de trajectoire	définition problème
	travail chez Arti-Luxe			
1997	fourmillements et lancées main droite	Josiane	attend	
		collègues	pensent que ça peut être le SCC et conseillent de faire contrôle chez médecin	peut-être SCC
		Josiane	attend car ne veut pas manquer le travail	
		collègue	donne nom d'un chirurgien de la main	
vers 1999		chirurgien 1	fait examens lui-même, prescrit physio	SCC droite
		physio	traitement	
		chirurgien 1	physiothérapie inefficace, opération nécessaire	
		chirurgien 1, hôpital	opération SCC droite + raccourcissement tendon pouce, arrêt travail	
	arrêt travail			
		physio	rééducation	
3 semaines après l'opération	reprise travail 50%			
		chef	poste plus léger quelques temps à cause des bandages	
2 semaines plus tard	reprise travail 100%			
5 semaines plus tard	retour poste antérieur			
	changement poste, travail moins pénible			
		collègue	dit que ça devrait être reconnu comme maladie prof. et qu'il faudrait prévenir	maladie prof.
fin 2004	douleurs coude droit			
		généraliste	conseille de changer de travail, envoie chez chirurgien	épicondylite droite
		chirurgien 2	examen clinique, infiltration de cortisone	épicondylite droite
1 mois plus tard	douleurs reviennent			
		chirurgien 2	infiltration de cortisone, physiothérapie. Conseille opération, mais Josiane remet à plus tard	
		physio	traitement	

	douleurs coude	Josiane	anti-douleurs	
mai 05		chercheuse	1 ^{er} entretien de recherche	
été 05		chirurgien 2	3 ^e infiltration cortisone, pas possible continuer infiltrations, opération nécessaire	
octobre 05		chirurgien 2, hôpital	opération coude droit, plâtre, arrêt travail	
	arrêt travail			
		chirurgien 2, hôpital	enlève le plâtre, prescrit physiothérapie	
		physiothérape ute	traitement	
2 mois après l'opération	reprise travail			
automne 06	douleurs coude gauche			
		Josiane	attend avant de consulter médecin, prend analgésiques tous les jours	
février 07		chercheuse	2 ^e entretien de recherche	

Bibliographie

- Abric, J.-C. (Ed.). (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Alamgir, H., Koehoorn, M., Ostry, A., Tompa, E., & Demers, P. A. (2006). How many work-related injuries requiring hospitalization in British Columbia are claimed for workers' compensation? *American Journal of Industrial Medicine*, 49(6), 443-451.
- Allaz, A.-F. (2003). *Le messenger boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques*. Genève: Médecine et Hygiène.
- Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science and Medicine*, 41(3), 303-315.
- Andersen, B. L., & Cacioppo, J. T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology*, 34, 33-52.
- Aptel, M. (2002). Troubles musculo-squelettiques et travail. In P. Catilina & M.-C. Roure-Mariotti (Eds.), *Médecine et risque au travail. Guide du Médecin en milieu de travail* (pp. 344-357). Paris: Masson.
- Aptel, M., Cail, F., & Aublet-Cuvelier, A. (2005). *Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur. Guide pour les préventeurs*. Paris: Institut National de Recherche et de Sécurité.
- Arksey, H. (1998). *RSI and the experts: The construction of medical knowledge*. London: UCL Press.
- Arnaud, S., Viau, A., Ferrer, S., Iarmarcovai, G., Saliba, M.-L., Souville, M., et al. (2008). Quels freins à la déclaration d'une lombosciatique en maladie professionnelle pour les médecins généralistes et les rhumatologues ? *Santé Publique*(20), 39-48.
- Aroori, S., & Spence, R. A. J. (2008). Carpal tunnel syndrome. *Ulster Medical Journal*, 77(1), 6-17.
- Aubert, G., Aubry Girardin, F., Auf der Maur, A., & Scheidegger, H.-U. (Eds.). (1995). *Inspection du travail: quel avenir? Arbeitsinspektion wohin?* Zürich: Schulthess.
- Austin, J. L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris: Seuil.
- Authier-Revuz, J. (1984). Hétérogénéité(s) énonciative(s). *Langages*(73), 98-111.
- Awerbuch, M. (1985). RSI, or "Kangaroo Paw". *Medical Journal of Australia*, 142, 237-238.
- Azaroff, L. S., Levenstein, C., & Wegman, D. H. (2002). Occupational injury and illness surveillance: Conceptual filters explain underreporting. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1421-1429.
- Bakhtine, M. (1978). *Esthétique et théorie du roman*. Paris: Gallimard.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris: Gallimard.
- Bammer, G., & Martin, B. (1992). Repetition strain injury in Australia: Medical knowledge, social-movement, and de-facto partisanship. *Social Problems*, 39(3), 219-237.
- Banks, J., & Prior, L. (2001). Doing things with illness: The micro politics of the CFS clinic. *Social Science and Medicine*, 52(1), 11-23.
- Bär, E., Heinz, C., & Ramseier, E. W. (1987). *Epikondylitis. Versicherungsmedizinische Aspekte*. Luzern: Suva.

- Bär, E., & Kiener, B. (2000). L'épicondylite n'est pas une maladie professionnelle. Un changement de paradigme sur le plan médical. *Informations médicales de la Suva*, 72, 70-83.
- Barker, K. (2002). Self-help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia syndrome (FMS). *Social Problems*, 49(3), 279-300.
- Barrett, R. (1998). *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson: Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (1999). Towards a paradigm for research on social representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29(2), 163-186.
- Beardwood, B. A., Kirsh, B., & Clark, N. J. (2005). Victims twice over: Perceptions and experiences of injured workers. *Qualitative Health Research*, 15(1), 30-48.
- Becker, H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris: A.-M. Métailié.
- Beretta, G. (1989). Le malattie professionali nel diritto svizzero. *Rivista di diritto amministrativo ticinese*, 263-272.
- Bernard, B. P., Putz-Anderson, V., Burt, S. E., Cole, L. L., Fairfield-Estill, C., Fine, L. J., et al. (1997). *Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back*. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health.
- Billig, M. (1991). *Ideologies and opinions*. London: Sage.
- Billig, M. (1996). *Arguing and thinking* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bland, J. D. P., & Rudolfer, S. M. (2003). Clinical surveillance of carpal tunnel syndrome in two areas of the United Kingdom, 1991-2001. *Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 74(12), 1674-1679.
- Bongers, F. J. M., Schellevis, F. G., van den Bosch, W. J. H. M., & van der Zee, J. (2007). Carpal tunnel syndrome in general practice (1987 and 2001): incidence and the role of occupational and non-occupational factors. *British Journal of General Practice*, 57(534), 36-39.
- Bourgeois, F., & Hubault, F. (2005). Prévenir les TMS. De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions. *@ctivités*, 2(1), 20-36. Retrieved from www.activites.org
- Bourgeois, F., Lemarchand, C., Hubault, F., Brun, C., Polin, A., Fauchoux, J.-M., et al. (Eds.). (2007). *Troubles musculo-squelettiques et travail : quand la santé interroge l'organisation* (2e ed.). Lyon: Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT).
- Bousquet, A., & Rey, P. (1993). Risques professionnels : Etude par échantillonnage en Suisse romande. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38(2), 133-134.
- Bres, J. (1999). Vous les entendez ? Analyse du discours et dialogisme. *Modèles linguistiques*, 20(2), 71-86.
- Bres, J., & Nowakowska, A. (2006). Dialogisme : du principe à la matérialité discursive. In L. Perrin (Ed.), *Le sens et ses voix* (pp. 21-48). Metz: Université de Metz.
- Bres, J., & Verine, B. (2002). Le bruissement des voix dans le discours : dialogisme et discours rapporté. *Faits de langue*, 19, 159-169.
- Breslin, F. C., Polzer, J., MacEachen, E., Morrongiello, B., & Shannon, H. (2007). Workplace injury or "part of the job"? Towards a gendered understanding of injuries and complaints among young workers. *Social Science and Medicine*, 64(4), 782-793.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.

- Bruner, J. (1991). ...*Car la culture donne forme à l'esprit*. Paris: Eshel.
- Bruner, J. (1996). *L'éducation, entrée dans la culture. Le problème de l'école à la lumière de la psychologie culturelle*. Paris: Retz.
- Bruner, J. (2002). *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ?* Paris: Retz.
- Buckle, P., & Devereux, J. (1999). *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- Bülow, P. H. (2008). Tracing contours of contestation in narratives about chronic fatigue syndrome. In P. Moss & K. Teghtsoonian (Eds.), *Contesting illness: processes and practices* (pp. 123-141). Toronto: University of Toronto Press.
- Bundesamt für Gesundheit (2006). *Bericht der Expertenkommission UVG-Revision*. Berne: Bundesamt für Gesundheit.
- Burchell, B., Fagan, C., O'Brien, C., & Smith, M. (2007). *Working conditions in the European Union: the gender perspective*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, 23(3), 263-285.
- Buzzi, S., Devinck, J.-C., & Rosental, P.-A. (2006). *La santé au travail 1880-2006*. Paris: La Découverte.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (2006). *Statistiques technologiques des maladies professionnelles. Année 2006. Résultats ventilés par tableau*. Paris: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Direction des risques professionnels.
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (1968). *Résultats de la statistique des accidents de la dixième période quinquennale 1963-1967 et regard rétrospectif sur 50 années d'activité, dès 1918*. Lucerne: CNA.
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (1991). *Statistique des accidents de la CNA 1983-1987. Résultats de la quatorzième période quinquennale d'observation*. Lucerne: CNA.
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (1994). *Statistique des accidents des travailleurs en Suisse 1988-1992. Résultats de la quinzième période quinquennale d'observation de la CNA et de la première période quinquennale d'observation de tous les assureurs LAA*. Lucerne: CNA.
- Calnan, M., Wainwright, D., O'Neil, C., Winterbottom, A., & Watkins, C. (2006). Making sense of aches and pains. *Family Practice*, 23(1), 91-105.
- Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2004). Développement des compétences professionnelles et collectif de travail aux guichets de la Poste. *Bulletin de Psychologie*, 57(1), 49-53.
- Cavaleri Pendino, A. (2008). *Se raconter pour sortir de l'impasse des troubles alimentaires. Approche historico-culturelle d'une genèse de l'auto-contrôle de la prise alimentaire*. Bern: Peter Lang.
- Cedraschi, C., Allaz, A.-F., & Piguët, V. (1998). Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur et Analgésie*, 2, 91-95.
- Célis-Gennart, M., & Vannotti, M. (1999). Le trouble somatoforme douloureux : une catégorie à réviser ? In D. Roger (Ed.), *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise* (pp. 55-64). Genève: Médecine et Hygiène.

- Chatigny, C., Seifert, A. M., & Messing, K. (1995). Repetitive movements in a non-repetitive task: A case study. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1(1), 42-51.
- Chiarini, B., & Chouanière, D. (2010). Etude préliminaire sur les perceptions et pratiques en matière de santé au travail des médecins romands et leurs attentes vis-à-vis des services IST. Lausanne: Institut universitaire romand de Santé au Travail.
- Chiarini, B., Chouanière, D., Praz-Christinaz, S.-M., & Danuser, B. (2009). Mieux connaître la médecine du travail. *Revue médicale suisse*, 196, 694-695.
- Cleland, L. G. (1986). RSI: A model of social iatrogenesis. *Medical Journal of Australia*, 147(5), 236-239.
- Clot, Y. (1997). Le problème des catachrèses en psychologie du travail : un cadre d'analyse. *Le Travail Humain*, 60(2), 113-129.
- Clot, Y. (1999a). De Vygotski à Léontiev via Bakhtine. In Y. Clot (Ed.), *Avec Vygotski* (pp. 165-185). Paris: La Dispute.
- Clot, Y. (1999b). *La fonction psychologique du travail*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Clot, Y., Scheller, L., & Fernandez, G. (2003). *Un collectif pour la santé. La prévention des risques des TMS chez Schneider Electric (AFI-Moirans)*. Paris: Conservatoire National des Arts et Métiers, Laboratoire de psychologie du travail et de l'action.
- Cole, M. (1996). *Cultural psychology. A once and future discipline*. Cambridge: The Belknap Press.
- Commission européenne (2003). Recommandation de la Commission du 19 septembre 2003 concernant la liste européenne des maladies professionnelles. *Journal officiel de l'Union européenne*, 238, 28-33.
- Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (2006). Autoportrait de la CFST Retrieved 5 janvier 2012, from www.cfst.ch
- Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (2011). *Rapport annuel 2010*. Lucerne: Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail.
- Conne-Perréard, E., Glardon, M.-J., Parrat, J., & Usel, M. (2001). *Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*. Genève: Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs.
- Conrad, P., & Stults, C. (2008). Contestation and medicalization. In P. Moss & K. Teghtsoonian (Eds.), *Contesting illness: processes and practices* (pp. 323-335). Toronto: University of Toronto Press.
- Conseil fédéral (1887). Arrêté du Conseil fédéral concernant l'exécution de l'article 5, lettre d, de la Loi fédérale sur le travail dans les fabriques. *Feuille fédérale*, 4(55), 754-755.
- Conseil fédéral (1890). Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant la compétence législative à accorder à la Confédération en matière d'assurance contre les accidents et les maladies du 28 novembre 1889. *Feuille fédérale*, 1(6), 309-543.
- Conseil fédéral (1906). Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant les assurances contre les maladies et les accidents (du 10 décembre 1906). *Feuille fédérale*, 6(51), 213-401.
- Conseil fédéral (1916). Ordonnance I sur l'assurance-accidents. *Recueil officiel des lois et ordonnances de la Confédération suisse*, 32, 121-134.
- Conseil fédéral (1920). Ordonnance Ibis sur l'assurance-accidents. *Recueil officiel des lois et ordonnances de la Confédération suisse*, 36, 497-500.

- Conseil fédéral (1956). Ordonnance relative aux maladies professionnelles. *Recueil officiel des lois et ordonnances de la Confédération suisse*, 72, 670-674.
- Conseil fédéral (1963). Ordonnance relative aux maladies professionnelles. *Recueil officiel des lois et ordonnances de la Confédération suisse*, 79, 753-758.
- Conseil fédéral (1976a). Message à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents. *Feuille fédérale*, 3(37), 143-302.
- Conseil fédéral (1976b). Message à l'assemblée fédérale à l'appui d'un projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents. *Feuille fédérale*, 3(37), 143-302.
- Conseil fédéral (2005). *Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5e révision de l'AI)*. Retrieved 28.11.07.
- Conseil fédéral (2010). Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6e révision, premier volet). *Feuille fédérale*, 1647-1763.
- Conseil fédéral (2011). Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6e révision, deuxième volet) du 11 mai 2011. *Feuille fédérale*, 5301-5435.
- Cornish, F. (2006). Challenging the stigma of sex work in India: Material context and symbolic change. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(6), 462-471.
- Cour des comptes (2002). *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*. Paris: Direction des journaux officiels.
- Coutarel, F., Daniellou, F., & Dugué, B. (2005). La prévention des troubles musculo-squelettiques : quelques enjeux épistémologiques. *@ctivités*, 2(1), 3-19. Retrieved from www.activites.org
- Cru, D. (1987). Les règles du métier. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail* (pp. 29-51). Orsay: AOCIP.
- Cru, D. (1993). « Aucun risque ! » Travail, représentation du risque et prévention. *Education Permanente*, 117, 75-83.
- Cru, D. (1996). Valoriser les savoirs collectifs. *Page deux*, 7, 34-41.
- Da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American Journal of Industrial Medicine*, 53, 285-323.
- Daniellou, F. (2005). The French-speaking ergonomists' approach to work activity: cross-influences of field intervention and conceptual models. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 6(5), 409-427.
- Daniellou, F. (Ed.). (1996). *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques*. Toulouse: Octarès.
- Daniellou, F., Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., & Schweitzer, J.-M. (2008). *La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'action ? Recherche-action 2004-2007*. Lyon: ANACT.
- Daniellou, F., Laville, A., & Teiger, C. (1983). Fiction et réalité du travail ouvrier. *Les Cahiers Français*, 209, 39-45.
- Daubas-Letourneux, V. (2005). *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés : Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique*. Université de Nantes, Nantes.
- Daubas-Letourneux, V., Hamon-Cholet, S., Lorient, D., & Thébaud-Mony, A. (2004). La difficile (re)connaissance des accidents du travail. In J. Bué, T. Coutrot & I. Puech (Eds.), *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes* (pp. 101-117). Toulouse: Octarès.
- Daubas-Letourneux, V., Tabin, J.-P., Probst, I., & Waardenburg, G. (2012). Les accidents du travail, une catégorie limpide? Une comparaison franco-suisse. In A. Thébaud-Mony,

- V. Daubas-Letourneux, N. Frigul & P. Jobin (Eds.), *Santé au travail. Approches critiques* (pp. 125-138). Paris: La Découverte.
- Daubas-Letourneux, V., & Thébaud-Mony, A. (2003). Organisation du travail et santé dans l'Union européenne. *Travail et Emploi*, 96.
- Davezies, P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail. *Education Permanente*, 116, 33-46.
- De Bruqcq, D. (2001). Une vaste enquête : « Les maladies professionnelles en Europe ». « Déclaration, reconnaissance et indemnisation ». *Revue belge de Sécurité sociale*, 2, 367-385.
- de Zwart, B. C. H., Frings-Dresen, M. H. W., & Kilbom, A. (2001). Gender differences in upper extremity musculoskeletal complaints in the working population *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74(1), 21-30.
- Dedessus-Le-Moustier, N., & Douguet, F. (Eds.). (2010). *La santé au travail à l'épreuve des nouveaux risques*. Paris: Lavoisier.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Delgrosso, I., & Boillat, M.-A. (1991). Carpal tunnel syndrome: role of occupation. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 63(4), 267-270.
- Delphy, C. (1998). *L'Ennemi principal I, Économie politique du patriarcat*. Paris: Syllepse.
- Dembe, A. E. (1996). *Occupation and disease: How social factors affect the conception of work-related disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Dembe, A. E. (2001). The social consequences of occupational injuries and illnesses. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 403-417.
- den Held, M., & Cockburn, W. (2000). *Repetitive strain injuries in the member states of the European Union: The results of an information request*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- Déplaupe, M.-O. (2003). Codifier les maladies professionnelles : Les usages conflictuels de l'expertise médicale. *Revue française de science politique*, 53(5), 707-735.
- Dériot, G. (2008). *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009*.
- Diricq, N. (2005). *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*. Paris: Cour des comptes.
- Diricq, N. (2008). *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale*. Paris: Cour des comptes.
- Dodier, N. (1987). La construction sociale des souffrances du corps dans les activités quotidiennes de travail. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail* (pp. 95-103). Orsay: AOCIP.
- Dominicé Dao, M. (2004). Quelques réflexions issues des sciences sociales sur la douleur chronique et sa médicalisation. *Médecine et hygiène*(2488), 1366-1371.
- Dozolme, E. (1994). Analyse gestuelle et posturale. Charge de travail des caissières dans un hypermarché. *Cahiers de médecine interprofessionnelle*, 3, 287-301.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Dwyer, T. (1991). *Life and death at work. Industrial accidents as a case of socially produced error*. New York: Plenum Press.
- Eakin, J. M. (1998). Health and the social relations at work: A study of the health-related experiences of employees in small workplaces. *Sociology of Health and Illness*, 20(6), 896-914.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engeström, Y. (1999). Activity theory and individual and social transformation. In Y. Engeström, R. Miettinen & R.-L. Punamaki (Eds.), *Perspectives on activity theory* (pp. 19-38). Cambridge: Cambridge University Press.
- Engeström, Y. (2005). *Developmental work research: Expanding activity theory in practice*. Berlin: Lehmanns.
- Engeström, Y., Miettinen, R., & Punamaki, R.-L. (Eds.). (1999). *Perspectives on activity theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eurogip (2006). *Les troubles musculo-squelettiques en Europe. Définitions et données statistiques*. Paris: Eurogip.
- Eurogip (2009). *Les maladies professionnelles en Europe : Statistiques 1990-2006 et actualité juridique*. Paris: Eurogip.
- Eurogip (2010). *Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en Europe* Paris: Eurogip.
- Euzenat, D. (2010). *L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007*. Paris: Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.
- Ewald, F. (1986). *L'Etat providence*. Paris: Grasset.
- Ewan, C., Lowy, E., & Reid, J. (1991). "Falling out of culture": The effects of repetition strain injury on sufferers' roles and identity. *Sociology of Health and Illness*, 13(2), 168-192.
- Ferreira, C. (2007). Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication. *Carnets de Bord*, 13, 78-87.
- Ferreira, C. (2009). Travailleurs immigrés et invalidité : une condition (toujours) problématique en Suisse. *Les Mondes du Travail*(7), 53-62.
- Ferreira, C., & Frauenfelder, A. (2007). Y'en a qui abusent... ». Identifier, gérer et expertiser des ayant-droit de la politique sociale. *Carnets de Bord*(13), 3-6.
- Ferreira, C., Lanza, D., Despland, B., & Frauenfelder, A. (2010). *Conditions médico-légales et obstacles à la reconnaissance des maladies professionnelles : Le cas des troubles musculo-squelettiques (TMS)*. Genève: Haute école de santé.
- Feuerstein, M., Burrell, L. M., Miller, V. I., Lincoln, A., Huang, G. D., & Berger, R. (1999). Clinical management of carpal tunnel syndrome: A 12-year review of outcomes. *American Journal of Industrial Medicine*, 35(3), 232-245.
- Flick, U. (2003). *An introduction to qualitative research* (2nd ed.). London: Sage.
- Flyvbjerg, B. (2011). Case study. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 301-316). Thousand Oaks: Sage.
- Fouquet, B. (2011). *Comprendre et prévenir les TMS: le modèle bio-psycho-social*. Paper presented at the Prévention des TMS. Quelles ressources aujourd'hui ?, Tours.
- Fouquet, B., & Fouquereau, E. (2005). Satisfaction à la vie professionnelle et au travail: liens avec la santé mentale. In B. Fouquet, G. Lasfargues, Y. Roquelaure & C. Hérisson (Eds.), *Santé mentale, appareil locomoteur et pathologies professionnelles* (pp. 16-21). Paris: Masson.
- Franchi, P. (Ed.). (1997). *Agir sur les maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculo-squelettiques (TMS)*. Lyon: Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Frésard, J.-M., & Moser-Szeless, M. (2007). L'assurance-accidents obligatoire. In U. Meyer (Ed.), *Soziale Sicherheit* (pp. 827-?). Basel: Helbing & Lichtenhahn.
- Garrigou, A., Peeters, S., Jackson, M., Sagory, P., & Carballeda, G. (2004). Apports de l'ergonomie à la prévention des risques professionnels. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 497-514). Paris: Presses Universitaires de France.
- Ghélew, A., Ramelet, O., & Ritter, J.-B. (1992). *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*. Lausanne: Réalités sociales.
- Giles, D. C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. Hove: Routledge.
- Gisquet, E., Chamming's, S., Pairon, J.-C., Gilg Soit Ilg, A., Imbernon, E., & Goldberg, M. (2011). Les déterminants de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le cas du mésothéliome. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(6), 393-400.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. New York de Gruyter.
- Glenton, C. (2003). Chronic back pain sufferers: Striving for the sick role. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2243-2252.
- Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris: Minuit.
- Goldberg, M. (1998). *L'épidémiologie sans peine*. Paris: Frison-Roche.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius. L'intensification du travail. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 114, 54-67.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte.
- Graf, M., Pekruhl, U., Korn, K., Krieger, R., Mücke, A., & Zölch, M. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse*. Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.
- Gravel, S. (2006). *Analyse du parcours d'indemnisation de travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles*. Université de Montréal, Montréal.
- Gravel, S., Brodeur, J.-M., Champagne, F., Lippel, K., Patry, L., Boucheron, L., et al. (2006). Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles. *PISTES (Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé)*, 8(2). Retrieved from www.pistes.uqam.ca
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Grossen, M. (2001). La notion de contexte : quelle définition pour quelle psychologie ? Un essai de mise au point. In J.-P. Bernié (Ed.), *Apprentissage, développements et significations* (pp. 59-76). Bordeaux: Presses Universitaires de Bordeaux.
- Grossen, M. (2010). Interaction analysis and psychology: A dialogical perspective. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 44(1), 1-22.
- Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2006, 1-3 Juin 2006). *The speaker's positioning: a manifestation of the dialogicality of the self*. Paper presented at the Fourth International Conference on the Dialogical Self, Braga.
- Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2011). Third parties' voices in a therapeutic interview. *Text & Talk*, 31(1), 53-76.
- Guberman, N., & Côté, D. (2005). Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles. *PISTES (Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé)*, 7(2). Retrieved from www.pistes.uqam.ca
- Guthrie, R., & Jansz, J. (2006). Women's experience in the workers' compensation system. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(3), 474-488.

- Ha, C., Fouquet, N., Roquelaure, Y., Raimbeau, G., Leclerc, A., Goldberg, M., et al. (2010). Syndrome du canal carpien : estimations de l'incidence, de la prévalence et du poids de l'activité professionnelle dans sa survenue dans les Pays de la Loire, France, 2002-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(5-6), 37-40.
- Ha, C., & Roquelaure, Y. (2010). Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui ? *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(5-6), 35-37.
- Ha, C., Roquelaure, Y., Leclerc, A., Touranchet, A., Goldberg, M., & Imbernon, E. (2009). The French musculoskeletal disorders surveillance program: Pays de la Loire network. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(7), 471-479.
- Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?* Paris: La Découverte.
- Hadler, N. M. (1990). Cumulative trauma disorders: An iatrogenic concept. *Journal of Occupational Medicine*, 32(1), 38-41.
- Hartmann, R., Borel, A., Gähler, R., Stegmann, M.-A., & Wechsler, J. (1993). *75 ans de la CNA*. Lucerne: Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.
- Hatzfeld, N. (2006). L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996). *Histoire et mesure*, 21(1), 111-140.
- Hatzfeld, N. (2009a). Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56(1), 177-196.
- Hatzfeld, N. (2009b). Maladies professionnelles : la reconnaissance des troubles musculo-squelettiques. *Corps*(6), 47-52.
- Henry, E. (2003). Intéresser les tribunaux à sa cause. Contournement de la difficile judiciarisation du problème de l'amiante. *Sociétés contemporaines*(52), 39-59.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Cerf.
- Hopkins, A. (1989). The social construction of repetition strain injury. *Journal of Sociology*, 25(2), 239-259.
- Hopkins, A. (1990). The social recognition of repetition strain injuries: an Australian/American comparison. *Social Science and Medicine*, 30(3), 365-372.
- Hyden, L.-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*, 19(1), 48-69.
- Ireland, D. C. R. (1986). Repetitive strain injury. *Australian Family Physician*, 15(4), 415-418.
- Ireland, D. C. R. (1998). Australian repetition strain injury phenomenon. *Clinical Orthopaedics and Related Research*(351), 63-73.
- Jaeger, F. (2004). *Kosten-Nutzen-Analyse zur obligatorischen Unfallversicherung. Schlussbericht*. St. Gallen: Forschungsinstitut für Empirische Ökonomie und Wirtschaftspolitik.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Johansson, J. A. (1994). *Psychosocial factors at work and their relation to musculoskeletal symptoms*. Göteborg Universitet, Göteborg.
- Jost, M., & Ruppen, L. (1992). *Statistique des maladies professionnelles de la CNA : Situation actuelle et tendances*. Lucerne: Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.
- Jounin, N. (2006). La sécurité au travail accaparée par les directions. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 165, 73-91.
- Kao, S. Y. (2003). Carpal tunnel syndrome as an occupational disease. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(6), 533-542.

- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de genre. In H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré & D. Senotier (Eds.), *Dictionnaire critique du féminisme*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kirkevold, M. (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability and Rehabilitation*, 24(17), 887-898.
- Kome, P. (1998). *Wounded workers: The politics of musculoskeletal injuries*. Toronto: University of Toronto Press.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage.
- Lasfargues, G., Roquelaure, Y., Fouquet, B., & Leclerc, A. (2003). *Pathologie d'hypersollicitation périarticulaire des membres supérieurs*. Paris: Masson.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2), 195-219.
- Läubli, T., & Müller, C. (2009). *Conditions de travail et maladies de l'appareil locomoteur. Estimation du nombre de cas et des coûts macroéconomiques pour la Suisse*. Zurich: Secrétariat d'Etat à l'économie SECO.
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Guillant, L. (1963/2006). Incidences psychopathologiques de la condition de «bonne à tout faire». In L. Le Guillant (Ed.), *Le drame humain du travail* (pp. 37-90). Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Leclerc, A., Ha, C., Roquelaure, Y., & Goldberg, M. (2005). La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques : des définitions et des méthodes différentes, mais un même constat. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(44-45), 218-219.
- Leclerc, A., Touranchet, A., Rondeau du Noyer, C., Gournay, M., Vallayer, C., Maillard, M. C., et al. (1998). Le rôle des facteurs hormonaux dans le syndrome du canal carpien chez la femme. *Archives des Maladies Professionnelles*, 59(1), 30-31.
- Lenoir, R. (1980). La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 32/33, 77-88.
- Leont'ev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou: Editions du Progrès.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind and world dialogically: interactional and contextual theories of human sense-making*. Charlotte, NC: Information Age.
- Linhart, D., Linhart, R., & Malan, A. (1998). Syndicats et organisation du travail : un rendez-vous manqué. *Sociologie et Sociétés*, 30(2), 175-188.
- Lippel, K. (2003). Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: Systemic discrimination against women workers? *International Journal of Health Services*, 33(2), 253-281.
- Lippel, K. (2004). La protection défaillante de la santé des travailleurs autonomes et des sous-traitants en droit québécois de la santé au travail. *Santé, société et solidarité*, 2, 101-110.
- Lippel, K. (2007). Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: A Québec study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 427-443.

- Lippel, K. (2008). Workers' compensation and controversial illnesses. In P. Moss & K. Teegtsoonian (Eds.), *Contesting illness. Processes and practices* (pp. 47-68). Toronto: University of Toronto Press.
- Lippel, K., & Cox, R. (2012). Invisibilité des lésions professionnelles et inégalités de genre: le rôle des règles et pratiques juridiques. In A. Thébaud-Mony, V. Daubas-Letourneux, N. Frigul & P. Jobin (Eds.), *Santé au travail. Approches critiques* (pp. 153-179). Paris: La Découverte.
- Lippel, K., Lefebvre, M.-C., Schmidt, C., & Caron, J. (2005). *Traiter la réclamation ou traiter la personne : les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*. Montréal: Université du Québec.
- Lippel, K., Messing, K., Stock, S., & Vézina, N. (1999). La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : rencontre des sciences de la santé et du droit. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 17, 35-85.
- Loriol, M. (2004). Réflexions sur la notion de « construction sociale » Retrieved 1.10.2008, from www.rtf6.org/IMG/doc/LORIOL.doc
- Loriol, M. (2006). Autonomie, reconnaissance et stress. *Projet*(291), 79-84.
- Lucire, Y. (2001). *Constructing RSI: Belief and desire*. Sydney: University of New South Wales Press.
- Ludwig, C. A. (2005). Troubles du dos et assurances sociales. *Informations médicales de la Suva*(76), 71-79.
- Lupton, D. (2000). The social construction of medicine and the body. In G. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health and medicine* (pp. 50-63). London: Sage.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology. A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malchaire, J., Cock, N., & Vergracht, S. (2001). Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74(2), 79-90.
- Maraschin, J. (2009). Des ombres au tableau « TMS ». *Santé et Travail*, 65, 18-19.
- Marková, I. (2007). *Dialogicité et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2007). *Dialogue in focus groups*. London: Equinox.
- Maruani, M. (2003). *Travail et emploi des femmes*. Paris: La Découverte.
- Maurer, A. (1985). *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*. Berne: Stämpfli.
- Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 266-269). London: Sage.
- Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Meekosha, H., & Jakubowicz, A. (1991). Repetition strain injury: The rise and fall of an "Australian" disease. *Critical Social Policy*, 11(1), 18-37.
- Mehan, H., Hertweck, A., & Meihls, J. L. (1986). *Handicapping the handicapped. Decision making in student's educational careers*. Stanford: Stanford University Press.
- Meine, J. (1994). Contribution à l'appréciation de la causalité des tendinoses d'insertion du coude en médecine des assurances. *Zeitschrift für Unfallchirurgie und Versicherungsmedizin*, 87(3), 169-177.
- Messing, K. (1996). Le genre des « opérateurs » : un paramètre pertinent pour l'analyse ergonomique ? *Cahiers du Mage*, 4, 45-60.

- Messing, K. (2000). *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Montréal: Remue-Ménage.
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail*. Paris: Payot.
- Mondelli, M., Giannini, F., & Giacchi, M. (2002). Carpal tunnel syndrome incidence in a general population. *Neurology*, 58(2), 289-294.
- Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In G.-N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 463-489). Paris: Dunod.
- Moro, C., & Schneuwly, B. (1997). L’outil et le signe dans l’approche du fonctionnement psychologique. In C. Moro, B. Schneuwly & M. Brossard (Eds.), *Outils et signes. Perspectives actuelles de la théorie de Vygotski* (pp. 1-17). Berne: Peter Lang.
- Morse, T., Dillon, C., Kenta-Bibi, E., Weber, J., Diva, U., Warren, N., et al. (2005). Trends in work-related musculoskeletal disorder reports by year, type, and industrial sector: A capture-recapture analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 48(1), 40-49.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). Introduction. Le domaine de la psychologie sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale* (pp. 5-22). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moussadek, M. (2007, Vendredi 16 mars 2007). Les troubles musculosquelettiques, une maladie professionnelle peu reconnue. *Le Temps*. from <http://www.letemps.ch>.
- Myers, G. (1999). Functions of reported speech in group discussions. *Applied Linguistics*, 20(3), 376-401.
- Nacu, A., & Benamouzig, D. (2010). La fibromyalgie : du problème public à l’expérience des patients. *Santé Publique*, 22(5), 551-562.
- Nathan, P. A., Keniston, R. C., Lockwoods, R. S., & Meadows, K. D. (1996). Tobacco, caffeine, alcohol, and carpal tunnel syndrome in american industry. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(3), 290-298.
- Nettleton, S. (2006). “I just want permission to be ill”: Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1167-1178.
- Nordstrom, D. L., DeStefano, F., Vierkant, R. A., & Layde, P. M. (1998). Incidence of diagnosed carpal tunnel syndrome in a general population. *Epidemiology*, 9(3), 342-345.
- Office fédéral de la santé publique (2011). Liste des assureurs-accidents selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l’assurance-accidents (LAA).
- Office fédéral de la statistique (2004). L’enquête suisse sur la population active (ESPA). Concepts - bases méthodologiques - considérations pratiques. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique (2009). Statistique de la population active occupée (SPA0). Personnes actives occupées selon le secteur économique, l’âge, le taux d’occupation, le statut d’activité, le sexe et la nationalité, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/01.html>
- Office fédéral de la statistique (2011a). Statistique de la population active occupée (SPA0). Personnes actives occupées selon le secteur économique, l’âge, le taux d’occupation, le statut d’activité, le sexe et la nationalité, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/01.html>
- Office fédéral de la statistique (2011b). Statistique du volume du travail (SVOLTA). Volume annuel effectif du travail selon le sexe, la nationalité, le taux d’occupation, les sections économiques, les secteurs économiques, le statut d’activité et les grandes régions, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/06.html>

- Office fédéral des assurances sociales (2009). *Statistique de l'AI décembre 2009*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Convention internationale no 18 concernant la réparation des maladies professionnelles (1925).
- Recommandation no 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (1964).
- Recommandation no 194 sur la liste des maladies professionnelles (2002).
- Liste des maladies professionnelles de l'OIT (révisée en 2010) (2010).
- Palmer, K. T., Harris, E. C., & Coggon, D. (2007). Carpal tunnel syndrome and its relation to occupation: a systematic literature review. *Occupational Medicine (Oxford)*, 57(1), 57-66.
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., & Vermeulen, G. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Pearce, N., Boffetta, P., & Kogevinas, M. (2000). Le cancer. Introduction. In J. M. Stellman & C. Dufresne (Eds.), *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (3rd ed., Vol. 1, pp. 2.2-2.4). Genève: Bureau International du Travail.
- Pezé, M. (2002). *Le deuxième corps*. Paris: La Dispute.
- Pfefferkorn, R. (2007). *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*. Paris: La Dispute.
- Pierret, J. (2003). The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Sociology of Health and Illness*, 25(3), 4-22.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology*. London: Sage.
- Probst, I., & Groupe de travail santé (2002). *La santé au travail - une affaire syndicale. Exemple d'intervention dans les entreprises de l'industrie graphique*. Bern: Comedia.
- Punnett, L., Gold, J., Katz, J. N., Gore, R., & Wegman, D. H. (2004). Ergonomic stressors and upper extremity musculoskeletal disorders in automobile manufacturing: a one year follow up study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(8), 668-674.
- Punnett, L., & Herbert, R. (2000). Work-related musculoskeletal disorders: Is there a gender differential, and if so, what does it mean? In M. B. Goldman & M. C. Hatch (Eds.), *Women and health* (pp. 474-492). New York: Academic Press.
- Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14, 13-23.
- Quadrello, T., Bevan, S., & McGee, R. (2009). *Fit for work? Les troubles musculo-squelettiques et le marché suisse du travail*. London: The Work Foundation.
- Rabardel, P. (1997). Activités avec instruments et dynamique cognitive du sujet. In C. Moro, B. Schneuwly & M. Brossard (Eds.), *Outils et signes. Perspectives actuelles de la théorie de Vygoski* (pp. 35-49). Bern: Lang.
- Rabardel, P. (1999). Le langage comme instrument ? Éléments pour une théorie instrumentale élargie. In Y. Clot (Ed.), *Avec Vygoski* (pp. 241-265). Paris: La Dispute.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. London: Sage.
- Radley, A., & Billig, M. (1996). Accounts of health and illness: dilemmas and representations. *Sociology of Health and Illness*, 18(2), 220-240.
- Raisons d'agir sur le lieu de travail (1999). *Directive fédérale MSST (Médecins et autres Spécialistes de la Sécurité au Travail)*. Lausanne.

- Reid, J., Ewan, C., & Lowy, E. (1991). Pilgrimage of pain: the illness experiences of women with repetition strain injury and the search for credibility. *Social Science and Medicine*, 32(5), 601-612.
- Reid, J., & Reynolds, L. (1990). Requiem for RSI: The explanation and control of an occupational epidemic. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(2), 162-190.
- Renault, E. (2004a). *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*. Paris: La Découverte.
- Renault, E. (2004b). *Mépris social. Ethique et politique de la reconnaissance*. Paris: Editions du Passant.
- Richardson, J. C. (2005). Establishing the (extra)ordinary in chronic widespread pain. *Health*, 9(1), 31-48.
- Roberts-Yates, C. (2003). The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation: the need for new operational frameworks. *Disability and Rehabilitation*, 25(16), 898-907.
- Rochex, J.-Y. (1998). *Le sens de l'expérience scolaire*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Sauteron, M., Melchior, M., et al. (2006). Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthritis & Rheumatism*, 55(5), 765-778.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Nicolas, G., Pélier-Cady, M.-C., Mariot, C., Descatha, A., et al. (2008). Attributable risk of carpal tunnel syndrome according to industry and occupation in a general population *Arthritis & Rheumatism*, 59(9), 1341-1348.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Pelier-Cady, M.-C., Nicolas, G., Descatha, A., Leclerc, A., et al. (2008). Work increases the incidence of carpal tunnel syndrome in the general population. *Muscle and Nerve*, 37(4), 477-482.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Pélier-Cady, M.-C., Nicolas, G., Klein, J., Lonchamp, P., et al. (2005). Surveillance en population générale du syndrome du canal carpien dans le Maine-et-Loire en 2002 et 2003. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*(44-45), 221-223.
- Roquelaure, Y., Vénien, K., Moisan, S., Penneau-Fontbonne, D., Lasfargues, G., & Fouquet, B. (2005). Déclarer une lombosciatique en maladie professionnelle : est-ce l'avantage bien compris du patient ? *Revue du Rhumatisme*, 72, 531-533.
- Rosenbaum, R. B., & Ochoa, J. L. (2002). *Carpal tunnel syndrome and other disorders of the median nerve*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Rosende, B. (2004, 12 février 2004). Le syndrome du canal carpien : une maladie professionnelle que la Suva ne veut pas reconnaître. *m-magazine*.
- Rosenman, K. D., Gardiner, J. C., Wang, J., Biddle, J., Hogan, A., Reilly, M. J., et al. (2000). Why most workers with occupational repetitive trauma do not file for workers compensation. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42(1), 25-34.
- Rosier, L. (2008). *Le discours rapporté en français*. Paris: Ophrys.
- Rumo-Jungo, A. (2003). *Bundesgesetz über die Unfallversicherung*. Zürich: Schulthess.
- Salazar Orvig, A. (2005). Les facettes du dialogisme dans une discussion ordinaire. In P. P. Haillet & G. Karmaoui (Eds.), *Regards sur l'héritage de Mikhaïl Bakhtine* (pp. 35-68). Cergy Pontoise: CRTH Université de Cergy-Pontoise.
- Salazar Orvig, A., & Grossen, M. (2004). Représentations sociales et analyse de discours produit dans des focus groups : un point de vue dialogique. *Bulletin de Psychologie*, 57(3), 263-272.
- Saussez, F. (2008). Le langage comme instrument d'une réflexion sur l'expérience : un schéma d'intelligibilité. In P. Perrenoud, M. Altet, C. Lessard & L. Paquay (Eds.), *Conflits de*

- savoirs en formation des enseignants : Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience* (pp. 59-74). Bruxelles: De Boeck.
- Scartazzini, G. (1991). *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale : avec un aperçu des différentes théories de la causalité*. Bâle: Helbing & Lichtenhahn.
- Scheidegger, H.-U., & Pitteloud, C. (2005). Art. 6. In T. Geiser, A. von Kaenel & R. Wyler (Eds.), *Loi sur le travail* (pp. 111-130). Berne: Staempfli.
- Schneider, E., & Irastorza, X. (2010). *OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU. Facts and figures*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- Scott, R. A. (1969). *The making of blind men. A study of adult socialization*. New York: Russell Sage.
- Secrétariat d'Etat à l'économie (2010a). *Commentaire des ordonnances 3 et 4 relatives à la loi sur le travail*. Berne: SECO.
- Secrétariat d'Etat à l'économie (2010b). *Mise en œuvre des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes, 1er janvier – 31 décembre 2009* Berne: Secrétariat d'Etat à l'économie.
- Secrétariat d'Etat à l'économie (2011). *Rapport sur l'inspection du travail en 2010*. Berne: SECO.
- Sentinella (1991). *Sentinella 1989-90: das Sentinella-Meldesystem in der Schweiz: Ergebnisse des Erhebungsjahres Juni 1989 bis Mai 1990*. Liebefeld: Bundesamt für Gesundheitswesen.
- Shannon, H. S., & Lowe, G. S. (2002). How many injured workers do not file claims for workers' compensation benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, 42(6), 467-473.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Silverstein, M. A., Silverstein, B. A., & Franklin, G. M. (1996). Evidence for work-related musculoskeletal disorders: a scientific counterargument. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(5), 477-484.
- Smith, J. A., Harré, R., & Van Langenhove, L. (1995a). Idiography and the case-study. In J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology* (pp. 59-69). London: Sage.
- Smith, J. A., Harré, R., & Van Langenhove, L. (1995b). Introduction. In J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology* (pp. 1-9). London: Sage.
- Smith, M. J., & Carayon, P. (1996). Work organization, stress and cumulative disorders. In S. Moon & S. Sauter (Eds.), *Beyond biomechanics. Psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work* (pp. 23-42). New York: Taylor and Francis.
- Sommer, J. H. (1978). *Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz*. Hochschule St. Gallen für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, St. Gallen.
- Straub, R. O. (2007). *Health psychology. A biopsychosocial approach* (2nd ed.). New York: Worth.
- Strauss, A. (1992a). *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A. (1992b). Maladie et trajectoires *La trame de la négociation* (pp. 143-189). Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A. (1992c). *Miroirs et masques*. Paris: A.-M. Métailié.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.

- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1997). *Social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Suva (1996). *Epicondylite et maladie professionnelle*. Unpublished manuscript, Lucerne.
- Suva (1999). *Rapport quinquennal LAA 1993-1997. Résultats de la seizième période quinquennale d'observation de la Suva et de la deuxième période quinquennale d'observation de tous les assureurs LAA en Suisse*. Lucerne: Suva.
- Suva (2004). *Statistique des accidents LAA 1998-2002. Dix-septième période quinquennale d'observation de la Suva et troisième période quinquennale d'observation de tous les assureurs LAA*. Lucerne: Suva.
- Suva (2007a). *Guide Suva de l'assurance contre les accidents*. Lucerne: Suva.
- Suva (2007b). *Système de bonus-malus SBM 03*. Lucerne: Suva.
- Suva (2009). *Statistique des accidents LAA 2003-2007*. Lucerne: Suva.
- Suva (2011a). *Maladies professionnelles causées par l'amiante*. Lucerne: Suva.
- Suva (2011b). *Statistique des accidents LAA 2008-2012. Données annuelles 2011*. Lucerne: Suva.
- Suva (2011c). *Statistique des accidents LAA 2011*. Lucerne: Suva.
- Szabo, R. M. (1998). Carpal tunnel syndrome as a repetitive motion disorder. *Clinical Orthopaedics and related research*(351), 78-89.
- Sznelwar, L., & Massetti, M. (2002). Atteinte corporelle et/ou souffrance psychique ? Une étude clinique à partir du vécu des travailleurs souffrant de TMS. *Travailler*, 8, 177-198.
- Tabin, J.-P., Probst, I., & Waardenburg, G. (2008). Accidents du travail : la régularité de l'improbable *Interrogations*, 6, 131-149. Retrieved from www.revue-interrogations.org
- Tabin, J.-P., Probst, I., & Waardenburg, G. (2010). Penser l'accident du travail. In T. David, V. Groebner, J. M. Schaufelbuehl & B. Studer (Eds.), *Die Produktion von Ungleichheiten / La production des inégalités* (pp. 121-130). Zurich: Chronos.
- Thébaud-Mony, A. (1991). *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*. Paris: La Documentation française.
- Thébaud-Mony, A. (1997). Le rapport santé-travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale. In B. Appay & A. Thébaud-Mony (Eds.), *Précarisation sociale, travail et santé* (pp. 555-575). Paris: IRESCO.
- Thébaud-Mony, A. (2007). *Travailler peut nuire gravement à votre santé*. Paris: La Découverte.
- Thomas, V. (2012). L'échec d'une politique publique de santé au travail. Conflits d'interprétation autour de la question des troubles musculo-squelettiques aux Etats-Unis. In A. Thébaud-Mony, V. Daubas-Letourneux, N. Frigul & P. Jobin (Eds.), *Santé au travail. Approches critiques* (pp. 261-280). Paris: La Découverte.
- Treaster, D. E., & Burr, D. (2004). Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders. *Ergonomics*, 47(5), 495-526.
- Unia (2007). *No stress ! Hygiène/sécurité au travail dans la construction : la parole aux ouvriers du bâtiment !*. Berne: Unia.
- van Rijn, R. M., Huisstede, B. M. A., Koes, B. W., & Burdorf, A. (2010). Associations between work-related factors and specific disorders of the shoulder – a systematic review of the literature literature *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(3), 189-201.
- Vannotti, M., & Célis-Gennart, M. (2000). Modèle bio-psycho-social et maladie chronique. La dimension communautaire de la médecine entre individu, famille et société. *Médecine et Hygiène*(2320), 2142-2151.

- Vender, M., Kasdan, M., & Truppa, K. (1995). Upper extremity disorders: A literature review to determine work-relatedness. *Journal of Hand Surgery*, 20(4), 534-541.
- Viikari-Juntura, E., & Silverstein, B. (1999). Role of physical load factors in carpal tunnel syndrome. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(3), 163-185.
- Vion, R. (2001). Modalités, modalisations et activités langagières. *Marges linguistiques*(2), 209-231.
- Vogel, L. (1997). Droit du travail et précarisation des droits dans les Etats de l'Union Européenne. In B. Appay & A. Thébaud-Mony (Eds.), *Précarisation sociale, travail et santé* (pp. 111-141). Paris: IRESCO.
- Vogel, L. (1999). Santé au travail et division sexuelle du travail. In K. Messing (Ed.), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*. Bruxelles: Bureau technique syndical, Confédération européenne des syndicats.
- Vogel, L. (Ed.). (2003). *La santé des femmes au travail en Europe. Des inégalités non reconnues*. Bruxelles: Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité.
- Vogt, W. (1998). *Syndrome du canal carpien. Pathogenèse, diagnostic et causes. Aspect de médecine des assurances*. Lucerne: Suva.
- Vogt, W. (2005). Armschmerzen am Arbeitsplatz: Berufskrankheit? *Primary Care*, 5(42), 871-872.
- Volkoff, S. (Ed.). (2005). *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*. Toulouse: Octarès.
- Vygotski, L. S. (1987). *Pensée et langage*. Paris: Editions sociales.
- Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science and Medicine*, 57(8), 1409-1419.
- Werner, R. A., Franzblau, A., Albers, J. W., & Armstrong, T. J. (1998). Median neuropathy among active workers: Are there differences between symptomatic and asymptomatic workers? *American Journal of Industrial Medicine*, 33(4), 374-378.
- Werner, R. A., Franzblau, A., Gell, N., Hartigan, A. G., Ebersole, M., & Armstrong, T. J. (2005). Incidence of carpal tunnel syndrome among automobile assembly workers and assessment of risk factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(10), 1044-1050.
- Wertsch, J. V. (1991). *Voices of the mind: A socio-cultural approach to mediated action*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Wertsch, J. V. (1998). *Mind as action*. New York: Oxford University Press.
- Wertsch, J. V. (2002). *Voices of collective remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Whitehead, L. C. (2006). Toward a trajectory of identity reconstruction in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: A longitudinal qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(8), 1023-1031.
- Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: Narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness*, 6(2), 175-200.
- Zittoun, T. (2005). *Donner la vie, choisir un nom. Engendrement symboliques*. Paris: L'Harmattan.
- Zittoun, T. (2006). *Transitions. Development through symbolic resources*. Greenwich (CT): InfoAge.
- Zittoun, T., Gillespie, A., Cornish, F., & Aveling, E.-L. (2008). Using social knowledge: A case study of a diarist's meaning making during World War II. In T. Sugiman, K. J. Gergen,

W. Wagner & Y. Yamada (Eds.), *Meaning in action: Constructions, narratives and representations* (pp. 163-179). Tokyo: Springer.

Zittoun, T., Muller Mirza, N., & Perret-Clermont, A.-N. (2006). Quand la culture entre dans les recherches en psychologie du développement. *Enfance*, 58(2), 126-134.