



*Texte original**

La maladie au travail : un risque de désinsertion professionnelle ?

Dominique BARADAT et Célia QUERIAUD

Aract Aquitaine 202, rue d'Ornano - 33000 Bordeaux, France

Département d'ergonomie, ENSC, IPB Université de Bordeaux, CÉE – CREAPT, ARERAM I.D. Ergonomie
5, Place du Colonel Fabien 75010 Paris, France
d.baradat@aract.fr ; c.queriaud-ide@orange.fr

Résumé. Grâce aux progrès scientifiques et médicaux, la survie des personnes atteintes de pathologie chronique évolutive (PCE) s'est améliorée. Elles représentent 7 à 10 % de la population active. A la différence des maladies professionnelles, les PCE ont un caractère extraprofessionnel, chronique, épisodique voire invisible aux yeux de l'entourage professionnel, avec une variabilité de la capacité opérative.

Les PCE peuvent amener à une exclusion du monde professionnel, notamment avec l'« inaptitude » des organisations du travail à accepter ces variabilités et la difficulté à gérer les arrêts de travail. Aujourd'hui, face à ces « organisations discriminantes », les salariés atteints de ces maladies mettent en place des stratégies et des régulations très souvent à l'encontre de leur propre santé. Malgré une volonté forte d'un nombre important de professionnels médicaux, sociaux, de l'entreprise et familiaux, mais peu coordonnée, la réinsertion et le maintien nécessitent un travail sur la conduite de projet autour de la personne concernée, acteur de son maintien.

Mots-clés : Aptitude, absentéisme, qualité de la vie au travail, processus comportementaux et sociaux.

The disease at work: a risk of desintegration into the job market?

Abstract. Thanks to scientific progresses and medical, the survival of the people being suffering from chronic and evolutionary diseases (PCE) improved. They account for 7 to 10% of the working population. Unlike the occupational diseases, the PCE have a character extraprofessional, chronic, occasional even invisible with the eyes of the occupational entourage, with a variability of the operative capability.

The PCE can lead to an exclusion of the occupational world, in particular with the “inaptitude” of the organizations of work to accept these variabilities and the difficulty of managing the sick leave. Today, to face up to these “discriminating organizations”, the employees being suffering from these diseases develop strategies and regulations very often against their own health. In spite of a strong will of a significant number of medical, social, company and family professionals, but little coordinated, the back to work and the maintenance on job require a project control around the person concerned, actor of his maintenance.

Key words: Aptitude, Absenteeism, quality of working life, Behavioural and social processes.

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Paris du 14 au 16 septembre 2011. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante : Baradat, D., & Quériaud, C. (2011). La maladie au travail : un risque de désinsertion professionnelle ? In A. Garrigou & F. Jeffroy (Eds.), *L'ergonomie à la croisée des risques, Actes du 46^{ème} Congrès de la SELF* (pp. 29-34). Paris : SELF. Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord de la SELF.

INTRODUCTION : EMERGENCE D'UNE NOUVELLE PROBLEMATIQUE

Grâce aux progrès scientifiques et médicaux, aux avancées thérapeutiques, la survie pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique évolutive s'est améliorée ; ces maladies autrefois mortelles ont acquis un caractère chronique. En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques. Parmi celles-ci, 7,5 millions de personnes sont prises en charge en affection de longue durée (ALD). Ce qui représente une part non négligeable de la population active, environ 7 à 10%.

Avec l'allongement de la durée de vie, du temps de travail et du vieillissement de la population salariée, la proportion des salariés atteints de PCE est en augmentation constante.

Depuis 2007, grâce au Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, l'Organisation Mondiale de la Santé fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité

Ces Maladies dites « extra-professionnelles » sont peu identifiées, notamment dans le contexte professionnel. Cependant leurs impacts sur l'activité professionnelle sont importants et en particulier pour les femmes (Baradat, 2010).

Or la réinsertion professionnelle suite à une pathologie chronique évolutive (PCE) est complexe et multifactorielle. Elle s'avère pourtant nécessaire car elle permet a priori de limiter les risques d'exclusion sociale et constitue un élément important du niveau de vie et de la qualité de vie pour les malades en âge de travailler (Olier, 2008 ; Célérier, 2007). Ainsi la population ayant des pathologies chroniques ou évolutives fait l'objet d'un intérêt nouveau pour l'ergonomie.

Tout au long de cette communication, nous ferons référence à une étude exploratoire menée en 2008 sur le maintien dans l'emploi des soignantes ayant eu un cancer du sein (Quériaud, 2008), aux résultats du projet MCE mené par Baradat entre 2005 et 2011 avec une démarche d'intervention de type « conduite de projet » et particulièrement à une intervention (menée par Quériaud dans le cadre d'une recherche doctorale : en cours) auprès d'un cadre dans le secteur du vin, Monsieur B. atteint d'une poliomyélite.

LA NOTION DE « PATHOLOGIE CHRONIQUE EVOLUTIVE »

Qu'est ce qu'une maladie chronique évolutive ?

Selon l'OMS, la maladie chronique évolutive se définit, comme « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années ». Ainsi une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la

menace de complications graves. Les maladies chroniques comprennent :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
- des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
- des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ;
- des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...)

L'une des spécificités de ce type de pathologie est la longueur de la prise en charge (sur plusieurs années), avec des traitements médicamenteux plus ou moins lourds. Un des facteurs restrictifs du maintien dans l'emploi provient de l'incertitude et des craintes liées à l'évolution de l'état de santé sur le long terme de l'opérateur atteint : « des maladies chroniques « épisodiques » comme le disent nos amis québécois.

Par ailleurs, la maladie chronique et les traitements liés au protocole de soins peuvent générer des effets secondaires pour la personne de nature :

- Physique : troubles moteurs, diverses difficultés physiques (Baradat & Pionnier, 2008), apparition de fatigue chronique persistante (Jacobson & Stein, 1999), ...
- Psychologique : Dépression (Dwight-Johnson et al., 2005), troubles d'adaptation, sentiment de dévalorisation, état de stress post-traumatique (Dauchy & Rouby, 2007), ...
- Sociale : modification des relations avec la famille, les amis (Gros, 2007), les collègues (Maunsell, Brisson, Dubois, Lauzier & Fraser, 1999),...

Un trait commun à toutes les maladies chroniques évolutives : la variabilité de la capacité opérative

De plus, on constate une variabilité de la capacité opérative liée à l'évolution de la maladie mais aussi à la fatigue chronique. Cette variabilité peut s'exprimer sur plusieurs années mais également au sein d'une journée de travail. L'une des caractéristiques des PCE est le caractère inattendu, plus ou moins prévisible de la variation de l'état de santé du travailleur atteint. Ainsi, la poliomyélite, une maladie stable sur de nombreuses années peut générer une dégradation de l'état de la personne atteinte. Tiffreau (2009) évoque des « complications tardives » d'ordre mécanique, neurologique, cardiorespiratoire mais aussi l'apparition de nouveaux symptômes comme les douleurs, la fatigue et l'aggravation des déficiences musculaires. Ce syndrome post-poliomyélitique (Rapin et al., 2009) s'est exprimé à partir de 50 ans chez Monsieur B. avec une aggravation de son état de santé depuis 3 ans. Ce changement d'état a été le déclencheur de la demande d'intervention ergonomique.

A partir de ce moment, les difficultés de Monsieur B. autrefois invisibles et passées sous silence sont devenues visibles aux yeux des ses collègues et de sa hiérarchie. A la différence des TMS, la PCE est plus fréquemment passée sous silence par la personne atteinte vis à vis de son environnement professionnel (hiérarchie, équipe de travail) (Bothuan, 2000). Les personnes atteintes d'une PCE ne sont pas forcément reconnues travailleurs handicapés car « les personnes malades se définissent rarement comme handicapées ». Une hésitation peut donc s'exprimer pour faire intervenir les acteurs du maintien dans l'emploi (Baradat & Pionnier, 2008). Les répercussions d'une pathologie chronique sur le travail ne sont pas systématiques et divergent suivant les personnes et les types de travail. Cela présage une certaine invisibilité de la maladie dans l'environnement professionnel avec une limitation des possibilités d'aides et de compensation des difficultés.

LE RISQUE DE RETRAIT DU MARCHÉ DU TRAVAIL ET LE RISQUE D'INAPTITUDE

La capacité de travail d'une personne est affectée dès le début de la maladie, ce qui peut amener à l'exclusion (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail, 2004). L'entrée en PCE est l'une des quatre situations susceptibles de « faire peser un risque sur l'emploi » (Clainchard, 2005). Saliba, Paraponaris & Ventelou (2007) montrent dans quelle mesure et dans quelles conditions les personnes atteintes d'une maladie longue ont tendance à se retirer du marché du travail, de façon partielle ou totale. Il faut noter une nuance entre le retrait choisi et le retrait subi du monde du travail. En effet, d'après Langlois (2003), plus de la moitié (51,3%) des salariés interrogés indiquent qu'« avoir une maladie grave évolutive comme le cancer ou la sclérose en plaque » ne leur permettrait pas de faire le travail exercé au moment du questionnement. Avec les notions d'invalidité, d'incapacité, d'arrêt maladie, le retrait subi peut être mis en lien avec le traitement juridique de la maladie au travail qui organise la suspension plus ou moins durable du lien au travail (Célérier, 2008).

La PCE est un tournant particulier dans la vie personnelle et professionnelle d'une personne, influençant largement sa qualité de vie. La reprise du travail semble être un élément prépondérant de la réinsertion dans la vie sociale de façon plus générale. En 2001, la Commission Européenne a identifié dix facteurs de risques d'exclusion sociale. On peut citer l'absence de travail, la difficulté d'atteindre les résultats, le rejet du collectif de travail et la dégradation de la santé par exemple. Dès que les indicateurs de standards de vie sont modifiés, comme l'accès à l'emploi et la pratique d'une profession, cela peut créer une exclusion sociale (Grammenos, 2003). Saliba et al. (2007) caractérisent la maladie chronique

comme « un véritable amplificateur des inégalités liées à l'emploi ».

Les arrêts de travail liés à la pathologie peuvent constituer des interruptions d'activités marquantes dans tout parcours professionnel. Dans le cas des soignantes atteintes de cancer du sein interrogées, l'arrêt de travail peut varier de 2 mois à 3 ans. Les difficultés ressenties par ces salariées ne sont pas issues seulement des troubles directs de la pathologie mais peuvent provenir de l'arrêt prolongé, d'une interruption de l'activité pendant plusieurs mois mais aussi d'une perte du rythme de travail. En effet, pendant l'arrêt, le service de soins continus de « vivre », évolue aussi bien dans son organisation qu'au niveau des traitements médicamenteux par exemple. Les premiers jours après son retour, la soignante peut éprouver une perte de repères nécessitant alors un apprentissage ou un réapprentissage des tâches à effectuer. Or cette acquisition ne peut se faire sans le collectif de travail. Ce qui indique la nécessité d'un temps d'ajustement, évoqué par Ronzy, (2006), tant pour le collectif de travail que pour la personne en elle-même. Ce temps, cet ajustement ne doit pas concerner seulement les capacités ou incapacités de la personne mais surtout une représentation commune de la situation de travail, comme dans le cas des relèvees de postes (Grusenmeyer, 1996). Cela permettra d'éviter l'exclusion sociale et de limiter l'exclusion fonctionnelle, évoquée par Spérandio (1999).

De son côté, l'entreprise doit gérer cet absentéisme et répartir le travail sur le collectif (Baradat & Pionnier, 2008). Or cette gestion est rarement anticipée, la plupart du temps la répartition n'est pas décidée, ni construite à partir d'une réflexion organisationnelle. Très vite, si la situation perdure, les difficultés apparaîtront tant au niveau des résultats qualitatifs que de la santé du collectif sans oublier un risque fort de rejet de la personne. En effet, dans les équipes soignantes par exemple, l'absentéisme est fatiguant et éprouvant pour les personnes qui restent, avec le risque de se retrouver en effectif moindre pour les restants. Un autre soignant interviewé énonce un terme très fort pour signifier ceci : « l'arrêt, ça entame l'équipe ». Les cadres évoquent largement les difficultés liées à l'absentéisme, surtout quand celui est redondant ou permanent et qu'il n'y a pas de remplaçants pour compenser. Les allers-retours entre les périodes de maladie et de travail sont particulièrement difficiles pour l'encadrement et l'équipe de travail. Ceci induit un risque de disparition des stratégies collectives de compensation (Quériaud, 2008).

METHODOLOGIE : UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE VIA LA CONDUITE DE PROJET

Le projet MCE fait apparaître la nécessité absolue de travailler en pluridisciplinarité pour une approche durable et globale. Elle associe à la fois l'employeur,

le salarié et le médecin du travail, et selon les cas, les représentants du personnel, le CHSCT, les assistantes sociales CRAM et MSA, les organismes spécialisés dans le handicap, les associations (Baradat & Pionnier, 2008).

L'approche pluridisciplinaire a notamment pour objectif de mieux appréhender la situation globale de la personne et de construire collectivement des solutions. Elle permet d'élargir le champ de réflexion et d'harmoniser les interventions des différents acteurs, favorisant ainsi un référentiel commun autour à la foi des représentations des impacts dans le travail des pathologies et de la démarche conduite de projet.

En effet, parmi les interventions réalisées, on dénombre environ une vingtaine de professionnels médicaux, sociaux, entreprises et familiaux à avoir une action déterminante dans le parcours du salarié vers son maintien dans l'emploi. Bien souvent, ces actions sont menées sans coordination induisant parfois des incohérences. Par exemple, ces difficultés peuvent avoir lieu dans le secteur médical entre les différents types de médecins : travail, conseil, généraliste et hospitalier. Les circuits d'informations restent compliqués, interdits (Baradat & Martin, 2010). Nous restons convaincues que la prise en charge globale d'une personne atteinte d'une de ces pathologies nécessite la coordination de différents acteurs médicaux : des traitements jusqu'au retour au travail (Manaouil, Gignon, Decourcelle, Gallou & Jardé, 2007). Des interactions entre 3 protagonistes médicaux (médecin conseil, médecin traitant et médecin du travail) sont nécessaires aussi bien pour la prise en charge médicale que pour la prise en charge de l'arrêt de travail mais aussi pour les définitions d'aptitude lors de la reprise de travail. Célérier (2008) cite Bourgeot et Blatman (2005) pour qualifier la prise en charge médicale, ou l'expertise médicale suite au retrait du travail d'une personne, de « ronde des médecins ».

Ainsi l'intervention de maintien passe par une approche globale, à partir des situations de travail, et non sur le poste physique de travail. L'intervention doit prendre en compte les effets invisibles de la maladie tels que la fatigue, les troubles digestifs...

La concrétisation de cette pluridisciplinarité demande une organisation menée par un « chef d'orchestre » : le chef de projet (Baradat & Pionnier, 2008).

Avec une approche globale et une construction sociale de l'intervention ergonomique, il s'agit de donc de mettre en lumière les impacts de la maladie sur le travail avec toutes les précautions possibles tout en rendant le salarié atteint, acteur de son maintien dans l'emploi.

Selon Legrand et Loste (2007), les personnes ayant une PCE restent encore trop souvent en marge de toute activité professionnelle par leur méconnaissance des structures d'insertion et des dispositifs de maintien dans l'emploi, par un déficit d'outils à disposition pour les chargés d'insertion et les

employeurs, et enfin par les discriminations subies sur le lieu de travail qui compromettent leur maintien dans l'emploi.

Plus spécifiquement, les solutions choisies doivent être évolutives et modulables, fondées selon les connaissances actuelles des conséquences des pathologies au travail. Il est primordial d'instaurer un suivi qui permettra d'ajuster, en permanence, les aménagements effectués.

RESULTATS

L'organisation du travail discriminante

La mise en œuvre de stratégies de régulations

Comme l'indiquent Baradat & Pionnier (2008) suivant le schéma de Terssac, « les objectifs de production sont souvent atteints grâce à un compromis du mode opératoire ». Les personnes atteintes de PCE mettent en œuvre des stratégies de régulations pouvant « affecter leur santé ». Ainsi, on constate dans le secteur hospitalier que les soignantes atteintes d'un cancer du sein facilitent leur réintégration par différentes stratégies et attitudes (Quériaud, 2008). On perçoit ainsi une attitude à adopter ou à privilégier pour se réintégrer, qui se caractérise par : la capacité à se dépasser (en faisant plus de tâches que prévu), la possibilité de faire les tâches dans leur totalité, une attitude « de battante » exprimant de la volonté, de la motivation, le fait de ne pas s'étendre sur la maladie tout en collaborant avec le maximum de personnes avec des facilités de communication et la liberté d'expression.

Ceci rejoint la notion de volonté pour la reprise comme une ressource primordiale pour l'intégration, évoquée par Ronzy (2006), et à contrario, le faible engagement de la part de l'opérateur comme frein (Ayel, Guilloux & Martin Blondet, 2004).

Les exigences du travail en termes de cadence et la gestion de la fatigue

La fatigue reste un élément commun des pathologies chroniques évolutives et la gestion de celle-ci avec le rythme de travail et/ou la cadence de travail est complexe.

Comme pour le cancer du sein, cette dernière peut devenir chronique persistante (Jacobson & Stein, 1999). Rosman (2004) a mis en valeur différentes perceptions de la fatigue : la fatigue « positivée » lorsqu'elle est associée à l'espoir de guérison. La fatigue « normalisée » lorsqu'elle est interprétée comme une conséquence inévitable des traitements, La fatigue vécue comme une « immersion » lorsque toute la souffrance autour de la maladie est exprimée à travers la fatigue.

Dans le cas de la poliomyélite pour Monsieur B., la fatigue est mal vécue et mal comprise. Il évoque des « journées d'extrême fatigue », le sentiment d'« être lessivé » et se questionne sur comment gérer cette fatigue. De plus, son spécialiste lui fournit un courrier où il évoque une « désadaptation au travail en période

de forte activité ». L'avis médical fait prendre conscience des ses difficultés au salarié mais le choque et lui renvoie un état sans solution possible. Malgré le contexte favorable pour Monsieur B., i.e. la reconnaissance de son travail par son entreprise et la mise à disposition d'outils de travail adaptés, la sortie du travail est envisagée par ce dernier s'il ne trouve pas de solutions pour gérer sa fatigue, fatigue ayant des conséquences sur sa vie personnelle. Il est en contact avec l'assistante sociale de la CPAM par rapport à ses droits à la retraite, même s'il souhaite poursuivre son activité pendant environ 5 ans. Son activité de travail devient alors discriminante.

Ainsi quel est l'espace d'intégration professionnelle (Langlois, 2003) disponible pour un salarié touché par un problème de santé (à la fois malade et travailleur) ? Ceci rejoint le concept « d'environnement capacitant » auquel se réfère Falzon (2005) : l'environnement professionnel est-il susceptible d'accorder, suivant sa nature propre, suffisamment d'atouts et d'opportunités pour que les personnes atteintes d'une PCE puissent retrouver leur autonomie et leurs possibilités d'actions pour réaliser leur travail (de façon pérenne) ? L'insertion dans le collectif de travail est un des éléments de l'espace d'intégration professionnelle.

Dans le cas de Monsieur B., il arrive à un stade de sa carrière où son expertise est reconnue et sollicitée (ce qui n'a pas toujours été le cas). Les sollicitations sont journalières, « au jour le jour » et impliquent des déplacements nationaux et internationaux pour le salarié. Il se trouve confronté à un dilemme : l'intérêt pour son travail et la fatigue engendrée par ces sollicitations.

Les conditions de travail ainsi que l'organisation de ce dernier peuvent être source de désinsertion professionnelle. En effet, l'impossibilité pour les opérateurs en reprise de réaliser certaines tâches au fil du temps, au risque d'éprouver certaines douleurs, avec une aide dégressive du collectif de travail par rapport aux premiers temps de la reprise, induit fréquemment des allers-retours vers l'arrêt de travail (Quériaud, 2008).

La prise en compte de la vie hors travail

Or la maladie peut avoir modifié les priorités de vie de la personne atteinte. Il convient de prendre en compte la vie hors travail, son influence sur l'univers professionnel de l'individu malade. Selon le modèle du système des activités de Curie et col., (1990), les différents milieux et temps de socialisation des individus forment trois sous-systèmes (professionnel ; familial ; personnel et social) qui sont à la fois autonomes et interdépendants. Une modification de l'un (comme l'apparition d'une maladie) peut entraîner « une perturbation des échanges entre sous-systèmes et la mobilisation de processus de régulation du système global d'activité », notamment le système d'activité lié au travail (Curie et Hajjar, 1987, p.52).

Ainsi une personne atteinte de PCE doit solliciter son entourage pour pouvoir exercer une activité

professionnelle. Nous pouvons citer l'exemple d'une enseignante atteinte de sclérose en plaques qui pour se rendre sur son lieu de travail ou de formation ou pour préparer ses supports pédagogiques est aidé par son mari. Or si l'on ne pense pas à questionner cet aspect dans l'intervention ergonomique, on peut passer à côté d'un élément essentiel permettant le maintien de l'activité professionnelle. Aujourd'hui, ce monsieur est auxiliaire de vie professionnel.

CONCLUSION

Cette communication permet de démontrer la nécessité d'une « prise en charge » globale des personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives, tout en rendant le salarié concerné, acteur de son maintien en emploi. En effet, plusieurs éléments sont à prendre en compte pour réussir le maintien à l'emploi d'une personne en difficulté : la globalité du contexte dans lequel se trouve la personne avec les conditions familiales, le soutien social et sa mobilisation psychique nécessaire pour sa réinsertion professionnelle (Daniellou, 2003).

En tant qu'ergonomes, ne devons-nous pas modifier nos standards d'intervention en incluant notamment le volet « hors travail » et en guidant davantage les entreprises sur le volet « organisation du travail » pour contribuer au maintien dans l'emploi de personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives ?

BIBLIOGRAPHIE

- Ayel, A., Guilloux, V. & Martin Blondet, N. (2004). *Embauche et maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés : Guide méthodologique. Performances*, 17, 21 – 24.
- Baradat, D. & Pionnier, M. (2008). *Guide : Maladies Chroniques Evolutives. Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi en Aquitaine*. Projet Equal.
- Baradat, D. & Martin, C. (2010). *Maintien en emploi des personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives*. Communication présentée au *Colloque Comète France*. Strasbourg, France, Juin.
- Baradat, D. (2010). *Chronic progressive pathologies : How to maintain people at work: From the disease of work to the disease at work*. Communication presented at *Women at Work Seminar*. Brussels, Belgium, Dec.
- Bothuan, T. (2000) *Le maintien dans l'emploi en questions : Santé – Travail – Inaptitudes*. Synthèse des rencontres du groupe de réflexion sur le maintien à l'emploi suite au Colloque HANDITEC de 1996. Rennes : Editions ENSP.
- Célérier, S. (2007), *Cancer et activités professionnelles des malades : les enseignements de 30 ans de littérature internationale sur le thème*. Communication présentée au *Colloque « Politiques publiques et pratiques professionnelles face aux inégalités sociales de santé »*, Lille.
- Célérier, S. (2008). *Santé précaire au travail : quelques perspectives sociologiques. Connaissance de l'emploi – Les 4 pages du CÉE*, 56.
- Clainchard, E. (2005). *Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi*. Rapport pour

- l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés en Ile-de-France.
- Curie, J., & Hajjar, V. (1987). Vie de travail, vie hors travail. La vie en temps partagé. In Cl. Levy-Leboyer & J.C. Spérando, *Traité de psychologie du travail*, Paris, Puf.
- Curie, J., Hajjar, V., Marquié, H. & Roques, M. (1990). Proposition méthodologique pour la description du système des activités. *Le Travail Humain*, 53(2), 103-118.
- Dauchy, S. & Rouby, P. (2007) Cancer du sein: aspects psycho-oncologiques. In F.-F. Morère, F. Penault-Liorca, M.S. Aapro & R. Salmon (Eds.), *Le cancer du sein*. (pp. 291-313). Paris : Springer Collection Oncologie Pratique.
- Daniellou, F. (2003). Synthèse des IV^e Journées : Interpellations au fond entre « l'ergonomie de réinsertion » et l'ergonomie « tout court ». In GEDER (Eds.), *Situation de Handicap : quelles pratiques pour quelles interventions ? IV^e Journées du GEDER* (pp. 151-156). Toulouse: Octarès.
- Dwight-Johnson, M., Ell, K., Lagomasino, I., Lee, P.J., Muderspach, L., Russel, C., Sanchez, K. & Vourlekis, B. (2005), Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer, *Journal of Clinical Oncology*, 23 (13), 3052-3060.
- Falzon, P. (2005). Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments. *HWWE - Humanizing Work and Work Environments*, Guwahati, India, 10-12.
- Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail (2004). Emploi et invalidité – Stratégies de retour à l'emploi.
<http://www.maladie-travail-aqui.org/userfiles/file/emploi-et-invalidite-strategie-de-retour-a-l-emploi.pdf>
- Grammenos, S. (2003) Illness, disability and social inclusion, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Grusenmeyer, C. (1996) Les dialogues coopératifs en phase de relève de poste : Rôle dans la sûreté des systèmes de production. In J.-C. Sperandio, *L'ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain* (pp. 280-285). Toulouse : Octarès.
- Gros, D. (2007) Les bien portants face au cancer du sein. Fuite, indifférence, amour ? *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 83 – 91.
- Jacobson, P. & Stein, K. (1999) Is fatigue a long-term side effect of breast cancer treatment? *Cancer Control*, 6, 256-263.
- Langlois, E. (2003). *Situation de travail. Les salariés face à l'intégration des personnes touchées par des problèmes de santé*. Rapport de synthèse pour le Conseil Economique et Social Régional d'Aquitaine.
- Legrand, A. & Loste, L. (2007) Note de synthèse / projet Equal « Pathologies chroniques évolutives et milieu de travail » - AIDES
- Manaouil, C., Gignon, M., Decourcelle, M., Gallou, J. & Jardé, O. (2007) Arrêts de travail de longue durée : prise en charge et contrôles. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 8, 1, 21-28 □
- Maunsell, E., Brissson, C., Dubois, L., Lauzier, S. & Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: An exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, 8, 467–473.
- Olier, L. (2008) Présentation de l'enquête DREES : Les conséquences du cancer sur la vie sociale : vie professionnelle, discrimination, revenus... - Actes du colloque « La vie deux ans après le diagnostic du cancer » (27 mars 2008) Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades
- Quériaud, C. (2008). *Etude des facteurs influençant le retour au travail du personnel hospitalier féminin atteint d'une maladie chronique évolutive : Exemple du cancer du sein*. Mémoire de recherche, Université de Bordeaux 2.
- Rapin, A., Percebois, L., Supper, C., Leplaideur, S., Coulon, J.-M., Mouret, P. & Boyer, F.-C. (2009). Syndrome post-poliomyélique : actualités thérapeutiques. *La lettre de Médecine Physique et de Réadaptation*, 25, 144-149
- Rosman, S. (2004). L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer, *Santé publique*, 43(3), 509-520.
- Ronzy, M. (2006). Regard sur les pratiques d'intégration en économie sociale et solidaire. *Revue des situations de handicap, de l'éducation et des sociétés RELIANCE : Vie Professionnelle et handicap*, 19, 70 – 77.
- Saliba, B., Paraponaris, A. & Ventelou, B. (2007) Situations à l'égard du travail des personnes atteintes de maladies chroniques. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 55, 4, 253-263 □
- Sperandio, J.-C. (1999). La compréhension des processus d'exclusion et des phénomènes de ruptures. *Performances Humaines & Techniques, Hors série 3èmes journées du Geder*, 5 – 8.
- Tiffreau, V. (2009). Vivre et vieillir avec la poliomyélite. *La lettre de Médecine Physique et de Réadaptation*, 25, 122-126.