

“ PENSÉES VIVES ”

La revue de l'école doctorale LLSHS



ÉCOLE DOCTORALE DES LETTRES, LANGUES,
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
Université Clermont Auvergne



POUR CITER CET ARTICLE :

Méghane Adam et Julia Val Legoll, « Comparer l'incomparable, logiques et vertus appliquées à la sociologie du travail. Le cas de l'effet « Docteur House » ou « Maçons du cœur » », *Pensées vives* [En ligne], 5 | 2026

URL : <http://revues-msh.uca.fr/pensees-vives/index.php?id=455>

DOI : <https://dx.doi.org/10.52497/pensees-vives.455>



La revue *Pensées vives* est mise à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution 4.0 International.

Les articles de la revue sont utilisables sous licences CC BY 4.0. Les autres éléments (illustrations, extraits d'œuvres) sont susceptibles d'être soumis à des autorisations d'usage spécifiques.

L'Université Clermont Auvergne est l'éditeur de la revue en ligne *Pensées vives*.

Comparer l'incomparable, logiques et vertus appliquées à la sociologie du travail. Le cas de l'effet « Docteur House » ou « Maçons du cœur »

Comparing the Incomparable: Logics and Virtues Applied to the Sociology of Work. The Case of the “Dr. House effect” or “Maçons du cœur effect”

Méghane Adam

LESCORES, Université Clermont Auvergne

Julia Val Legoll

LESCORES, Université Clermont Auvergne

Cet article propose une étude comparative entre deux terrains de recherche en sociologie du travail : celui des services de prévention et de santé au travail et celui des associations de lutte contre le mal-logement. Ces contextes, *a priori* éloignés, présentent un mécanisme commun : l'orientation des professionnel·les vers la prise en charge des « cas complexes ». Par cas complexes, nous entendons des situations qui échappent aux routines professionnelles établies, nécessitant la mobilisation de savoirs diversifiés et engageant fortement la responsabilité des acteurs. L'effet « Dr House » illustre la valorisation, en santé au travail, de la résolution de problèmes médicaux difficiles, tandis que l'effet « Maçons du cœur » met en lumière, dans le domaine associatif, la rénovation de logements de ménages très précarisés. Ces références issues de la culture populaire permettent de souligner comment la complexité devient source de sens au travail et un levier de légitimation professionnelle.

Toutefois, si les médecins du travail, constituant une profession établie et protégée, renforcent leur position dominante grâce à cette spécialisation, les associations, positionnées de manière dominée dans leur champ, peinent à stabiliser leur reconnaissance. L'analyse met ainsi en lumière les contrastes entre ces dynamiques professionnelles opposées.

sociologie du travail, cas complexes, groupes professionnels, santé au travail, mal-logement

This article offers a comparative study between two research fields in the sociology of work: occupational health and safety services, and housing renovation associations combating substandard housing. Although these contexts appear distant, they share a common mechanism: professionals' orientation towards the management of “complex cases.” By complex cases, we mean situations that escape established professional routines, require the mobilization of diverse knowledge, and strongly engage professional responsibility. The “Dr. House effect” illustrates how occupational health physicians find meaning and legitimacy in resolving difficult medical problems, while the “Maçons du cœur effect” highlights how associations address housing renovation for highly precarious households. These popular

culture references emphasize how complexity becomes both a source of meaning and a lever for professional legitimization.

However, while occupational physicians, an established and legally protected profession, reinforce their dominant position through this specialization, associations, situated in a subordinate position within their field, struggle to stabilize their recognition. The analysis thus sheds light on the contrasting professional dynamics between established professions and emerging associative actors.

Keywords: sociology of work, complex cases, professional groups, occupational health, housing precarity

Lorsque la sociologie du travail s'est constituée comme spécialité au sein du département de sociologie de l'Université de Chicago, notamment sous l'impulsion d'Everett C. Hughes, les étudiants¹ étaient invités par leurs professeurs à enquêter sur tous les métiers, qu'ils soient considérés comme des « métiers modestes » ou des « professions prétentieuses »². Par « prétentieuse », Hugues cherchait à qualifier une position de profession établie et dominante, qui n'a plus besoin de prouver son expertise, comme celles des médecins ou des avocats qui avaient déjà été étudiées auparavant en sociologie³. Se confrontèrent alors des travaux sur les ferrailleurs, les pompes funèbres, les institutrices ou encore les médecins d'hôpitaux. Cette « grande diversité des étudiants, des métiers et des situations de travail stimula la quête et la découverte de thèmes communs⁴ », comme celui du processus de délégation du « sale boulot », des métiers les plus établis dans la hiérarchie des statuts et du prestige vers les métiers situés au plus bas de la hiérarchie. L'exemple le plus commun en sociologie française est la délégation de tâches les moins prestigieuses des médecins vers les infirmier·es, qui elles-mêmes transfèrent une partie de leur travail aux aides-soignantes, qui à leur tour peuvent déléguer aux agent·es d'entretien⁵.

Cet article, écrit à deux voix, s'appuie sur cet exercice de la comparaison entre deux terrains de thèse *a priori* très différents : celui des associations d'accompagnement à la rénovation de l'habitat et celui des professionnel·les de la prévention et de la santé au travail.

¹ Ceux cités ne sont que des hommes, dans ce cas nous n'utilisons pas l'écriture inclusive.

² Hughes Everett C., « Métiers modestes et professions prétentieuses », dans *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996, p. 123-135.

³ En particulier chez les fonctionnalistes, voir Carr-Saunders Alexander M. et Wilson Paul A., *The Professions*, Oxford, Oxford University Press, 1933, 536 p. Chez les fonctionnalistes, la fonction sociale d'une profession est très importante.

⁴ Hughes Everett C., « Métiers modestes et professions prétentieuses », dans *Le regard sociologique, op. cit.*, p. 126

⁵ Arborio Anne-Marie, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du «sale boulot» », dans Demazière Didier, Gadéa Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, p. 51-61 [En ligne] DOI : <https://doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01.0051>.

L'analyse de ces deux terrains montre que ce sont les situations complexes qui constituent la principale source de sens pour les professionnel·les associatifs comme pour les médecins du travail. C'est ce que nous appelons l'effet « maçon du cœur » ou l'effet « Dr House », selon le milieu dans lequel nous nous situons. En référence pour le premier, à une émission de téléréalité où des familles qui vivent dans des logements dégradés candidatent pour que des équipes bénévoles les aident à rénover leur maison en un temps record ; et pour le second, en référence à une série télévisée mondialement connue, *Dr House*, où le personnage éponyme se rend célèbre par la résolution des cas les plus spectaculaires de la médecine américaine. De ces inspirations de la culture populaire, a germé l'intérêt de traiter de la notion des « cas complexes » pour rassembler deux recherches éloignées, portant toutes deux sur la sociologie du travail et des groupes professionnels. Le terme de « cas complexes » n'est pas forcément une locution issue du terrain, mais une catégorie d'analyse construite et partagée par nous deux. Les professionnel·les rencontrés parlent plutôt, par euphémisation, de « ménages très fragiles » ou de « chantiers délicats » dans les équipes associatives, et de « problèmes », de « dossiers complexes » dans les services de prévention et de santé au travail.

Le premier terrain de thèse porte sur les professionnel·les des services de prévention et de santé au travail (SPST), qui sont médecins, infirmier·es, ou encore préventeur·ices spécialisé·es en santé au travail et qui suivent l'état de santé des salarié·es de manière individuelle ou collective, et travaillent à la prévention des risques professionnels. Par exemple, les visites médicales ou les études de postes peuvent aboutir à la reconnaissance de travailleur·euses handicapé·e·s (RQTH) et à une adaptation du poste de travail. En termes de méthodologie, la démarche qualitative a permis de récolter environ soixante entretiens entre 2022 et 2025 avec un peu plus de 70 acteurs de la PST et leurs représentant·es institutionnel·les. Lorsque cela était possible, différents temps de travail ont pu être observés, répartis sur une vingtaine de journées (consultations, visites d'entreprise, actions de prévention ou encore journées professionnelles).

| Profession | Effectifs |
|-----------------------------------|-----------|
| Membre des directions de SPST/SST | 2 |
| Médecins du travail | 14 |
| Infirmier·es en santé au travail | 16 |

| | |
|--|----|
| Secrétaires/assistant·es/coordinatrices | 9 |
| Professionnel·les de la prévention (Technicien·nes de prévention, ergonomes, conseiller·es prévention, préventeurs et préventrices internes aux entreprises...) | 9 |
| Psychologues du travail et de prévention | 3 |
| Médecins-conseils | 4 |
| Assistant·es médecin-conseil | 2 |
| Autres membres du contrôle médical | 3 |
| Assistant·es sociales | 4 |
| Membre du pôle prévention CARSAT | 1 |
| Médecins inspecteurs et inspectrices régionaux du travail | 4 |
| Membres des directions régionale et départementale de l'emploi, du travail et des solidarités - pôle santé au travail et pôle travail | 2 |
| Syndicalistes (référent salarié et représentant départemental) | 2 |
| Médecin de santé publique | 1 |
| Total | 76 |

Répartition des personnes interviewées par profession.

Les médecins-chefs sont comptabilisés parmi les médecins du travail (n=3).

En santé au travail, « le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux⁶ ». Il s'agit, pour les médecins du travail, de situations où un médecin ne peut pas résoudre seul la situation à laquelle il fait face. Il fait alors office d'interface avec l'ensemble des acteurs à mobiliser, car les décisions prises à l'issue des échanges entre professionnel·les nécessitent son aval. Il peut par exemple faire appel à un conseiller prévention, ainsi qu'à une infirmière et une conseillère CapEmploi à la suite d'un problème de santé qui empêcherait la reprise du travail sans adaptation du poste. Il peut aussi s'agir de discuter, lors d'une réunion d'une cellule de

⁶ Article 74 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

prévention de la désinsertion professionnelle, de la possibilité d'engager un dossier de retraite anticipée pour inaptitude pour un travailleur proche de l'âge de la retraite dont le métier physique l'a visiblement abîmé.

Le second terrain de thèse porte sur les associations professionnelles de la lutte contre le mal-logement. Les équipes sont principalement constituées de technicien·nes spécialisé·es à divers degrés dans le bâtiment, qui réalisent des travaux de rénovation au domicile d'habitant·es en situation de précarité socioéconomique, qui relèvent pour la plupart du second œuvre. Ces associations, à vocation sociale et donc destinées à des ménages précarisés, sont majoritairement financées par des subventions publiques ou des contrats avec des bailleurs sociaux qui orientent en partie l'activité de ces structures. Le recueil de données s'est fait par une immersion, initiée en stage en 2022, puis en tant que bénévole au sein de plusieurs structures sur une période de près de deux ans, afin de suivre les équipes en chantier et dans la vie quotidienne associative. En parallèle environ 80 entretiens ont été réalisés à la fois avec les équipes salariées, des ménages accompagnés et des partenaires institutionnels.

Pour les équipes associatives, la complexité des cas renvoie aux situations où le ménage accompagné vit dans un logement très dégradé au regard des normes légales en vigueur (insalubrité, indécence, etc.) et/ou fait face à de fortes difficultés socioéconomiques qui entravent la réalisation d'un chantier de rénovation (surendettement, problèmes de santé, litiges avec le bailleur, etc.). Dans ces contextes, l'intervention ne se limite pas à un appui strictement technique : elle suppose la mobilisation d'un ensemble d'acteurs institutionnels, sociaux et juridiques afin de rendre possible, et surtout soutenable, la démarche de rénovation.

Les différentes observations et données récoltées sur ces deux terrains nous amènent à interroger plus largement le mécanisme suivant : comment, dans un contexte de restructuration du système dans lequel ces groupes professionnels travaillent et d'arrivée de nouveaux groupes professionnels, un mécanisme similaire de concentration vers les cas complexes peut s'observer ?

Nous adoptons ici une perspective inspirée de la sociologie des groupes professionnels⁷, qui invite à examiner la façon dont un groupe se constitue et se distingue à partir des tâches qu'il revendique comme siennes, notamment celles marquées par l'incertitude de leurs activités. Par cas complexe, nous entendons donc les situations qui échappent

⁷ Demazière Didier et Gadéa Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels...*, op. cit.

aux routines professionnelles établies et qui requièrent la mobilisation de savoirs diversifiés en engageant fortement la responsabilité professionnelle des acteurs des terrains étudiés. Ces cas constituent un lieu privilégié pour observer la manière dont les professionnel·les donnent du sens à leur travail et affirment leur expertise.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la formalisation du contexte professionnel dans lequel gravite chacun des groupes étudiés. Ensuite nous partirons de ce mécanisme commun de la recherche du cas complexe, que l'on analysera comme une opportunité de donner du sens à son travail et par extension, un moyen de se constituer en tant que groupe professionnel propre. Dans une dernière partie, nous verrons comment la vocation de ces professionnel·les à s'orienter vers les cas complexes diffère pour nos deux terrains, témoignant d'un processus de reconnaissance de l'expertise professionnelle différencié entre les deux groupes.

REDÉFINIR SA PLACE DANS UN SYSTÈME PROFESSIONNEL EN MUTATION

Afin de comprendre l'orientation des professions étudiées vers la gestion des cas complexes, il faut aborder le concept de groupes professionnels, qui désigne, selon Didier Démazière et Charles Gadéa⁸, des ensembles de travailleurs et travailleuses exerçant une activité portant le même nom, et qui par conséquent, se retrouvent dotés d'une certaine visibilité sociale, tout en bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance propre (par exemple les charpentiers, les enseignant·es de sport ou encore les infirmier·es). Pour constituer un groupe à part entière, la profession doit occuper une place spécifique dans la division sociale du travail, en acquérant une forme de légitimité. Cela ne veut pas dire pour autant que ces professionnel·les bénéficient systématiquement d'une reconnaissance juridique, mais au minimum, d'une certaine reconnaissance de fait, qui doit être largement partagée et qui les différencie des autres groupes professionnels. Ainsi, moins il y a de réglementation ou de codifications formelles, plus les groupes professionnels sont des ensembles flous qui sont soumis à des changements continus, définis à la fois par des contours qui évoluent en permanence et une hétérogénéité de leurs activités.

Dans nos cas précis, les professionnel·les de la santé au travail d'une part et en particulier les médecins du travail, qui sont celles et

⁸ *Ibid.*

ceux qui nous intéressent pour cet article, connaissent une très forte réglementation de leur profession et de leur activité, et sont même protégés juridiquement par le Code du travail⁹. Pour autant, cela n’empêche pas que les frontières du groupe professionnel des médecins soient remises en cause par l’arrivée d’autres groupes comme celui des infirmier·es en santé au travail¹⁰. Exerçant auparavant seul·es au sein des services de médecine du travail, depuis les années 2000, les médecins du travail n’ont eu de cesse de voir leur profession et leur institution réformée par le législateur. Deux éléments de réformes sont importants : l’ouverture à la pluridisciplinarité et l’affaiblissement de la centralité des médecins du travail¹¹. Cette ouverture à la pluridisciplinarité est justifiée par la baisse constante du nombre de médecins du travail et se traduit d’abord par l’arrivée des intervenants en prévention des risques professionnels, à la suite de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, puis par l’arrivée des infirmier·es de santé au travail, à la suite de la loi du 20 juillet 2011 relative à l’organisation de la médecine du travail.

Au contraire, dans le champ de lutte contre le mal-logement, les structures associatives étudiées rencontrent une certaine incertitude quant à leur positionnement, ce qui joue défavorablement sur leur identification en tant que groupe professionnel par leurs partenaires et les publics visés. En effet, pour ces structures, il s’agit d’une part de réussir à traduire l’utilité de leur activité et à se positionner comme des acteurs pertinents dans un secteur où elles ne sont ni des professionnel·les du bâtiment à proprement parler, ni des travailleur·euses sociaux institutionnels. D’autre part, elles doivent trouver un modèle de viabilité économique et de stabilisation de leur activité qui ne compromette pas leur héritage associatif ni la mission sociale qu’elles se sont fixée. Cette combinaison de flou professionnel et de contraintes structurelles, en plus de la mise en concurrence du secteur de l’économie sociale et solidaire¹², rend leur reconnaissance

⁹ Un médecin du travail ne peut pas être licencié sans que la demande ait été transmise à l’inspecteur du travail en charge du service de prévention et de santé au travail, l’inspecteur réalise ensuite une enquête contradictoire pour autoriser ou non le licenciement.

¹⁰ Barlet Blandine, *De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l’épreuve de la « pluridisciplinarité »*, Thèse de sociologie sous la direction de Valérie Boussard, Université Paris Ouest Nanterre, 2015, 546 p.

¹¹ Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude et Rosental Paul-André, *La santé au travail : 1880-2006*, Paris, La Découverte, 2006, 128 p. ; Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de sociologie sous la direction de Paul-André Rosental, Paris, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), 2011, 425 p.

¹² Loison-Leruste Marie et Hély Matthieu, « Des entreprises associatives en concurrence : Le cas de la lutte contre l’exclusion », dans Hély Matthieu et Simonet Maud (dir.), *Le travail*

externe particulièrement fragile. Elle complexifie également l'affirmation d'une identité collective et professionnelle cohérente, comme le montrent de nombreuses scènes de terrain sur la difficulté de se présenter à de nouveaux interlocuteurs, et la confusion à leur endroit, à laquelle s'adjoint la proximité de leur nom avec des appellations d'artisans.

Pour mieux comprendre la trajectoire associative, il est nécessaire de s'appuyer sur la littérature relative à la question. Dans le cas du secteur associatif, plusieurs travaux ont documenté le processus de professionnalisation progressive, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, en lien avec la délégation de certaines missions de service public vers la sphère associative¹³. Les mutations de ce réseau associatif spécifiquement étudié ont été retracées historiquement¹⁴ et montrent comment, initialement de tradition catholique, celui-ci s'est transformé en un véritable mouvement professionnel déconfessionnalisé. Ce changement de registre l'a amené à se positionner dans un environnement professionnel structuré, composé d'autres acteurs majeurs, que sont les travailleurs sociaux des collectivités territoriales disposant d'un mandat légal, d'une formation diplômante reconnue et d'un rattachement direct aux institutions publiques ; les opérateurs mandatés par l'État ou les collectivités qui occupent une place officielle dans la mise en œuvre des politiques publiques du logement et bénéficient donc d'une légitimité institutionnelle ; ou encore les acteurs du bâtiment et de la rénovation (entreprises, artisans, bureaux d'études, etc.) dont l'expertise technique est reconnue et normée, et leur confère un poids considérable dans les politiques du logement, comme les dispositifs publics d'aide à la rénovation. Le réseau a toutefois su se maintenir face aux professions concurrentes, se développer et parachever sa transformation professionnelle en mobilisant les politiques de la ville dans les années 1990, en devenant alors un acteur associatif de proximité reconnu dans les quartiers prioritaires de la ville.

Ces éléments historiques permettent de comprendre comment ces associations ont peu à peu construit leur identité professionnelle, définissant des compétences spécifiques et des marges d'autonomie tout en légitimant leur rôle auprès des partenaires et du public. Cette

¹³ associatif, Nanterre, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2013, p. 191-207 <https://doi.org/10.4000/books.pupo.3307>.

¹⁴ Hély Matthieu, *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.

¹⁴ Louston Arnaud, *Une solidarité en chantiers. Histoire des compagnons bâtsiseurs*, Marly-le-Roy, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, 2008, 182 p.

construction historique éclaire le parallèle avec les professionnels de la santé au travail, pour qui la formalisation réglementaire et l'exercice encadré de la profession constituent un autre chemin vers la reconnaissance et le sens du travail. De construction historique différente, ces deux groupes se sont donc orientés ou réorientés comme groupes professionnels autour de la prise en charge de cas dits « complexes », ce qui leur permet de trouver ou retrouver un certain sens au travail, une reconnaissance de leur légitimité et un sentiment d'utilité.

L'ORIENTATION VERS LES « CAS COMPLEXES » : (RE)DÉFINIR SES FRONTIÈRES ET (RE)DONNER DU SENS À SON TRAVAIL

L'investissement de ces deux groupes professionnels dans les cas complexes permet de se distinguer des groupes qui gravitent autour d'eux, au sein du système de prévention et de santé au travail pour l'un et au sein du système de lutte contre le mal-logement pour l'autre. Cette distinction permet de marquer (ou de redéfinir pour les médecins) les frontières de leur groupe professionnel avec les autres. En effet, les deux groupes évoluent dans un environnement incertain. Pour les médecins, cette incertitude se traduit par une baisse constante de la démographie médicale et la peur de disparaître ainsi que l'arrivée de nouveaux groupes professionnels qui empiètent sur leur activité. Pour les associations de l'amélioration de l'habitat, cette incertitude se traduit par l'instabilité de leurs financements et leurs difficultés à capter des publics. Dans les deux configurations, la concentration sur les cas les plus complexes permet de sortir de ces zones d'incertitudes et de clarifier leur position dans le système dans lequel les deux groupes agissent.

Le cas des associations de lutte contre le mal-logement

En ce qui concerne les professionnel·les de l'amélioration de l'habitat, le terrain a permis de faire émerger, à travers les observations, la consultation documentaire et les entretiens réalisés, le sens propre que ces équipes donnent à leur travail. Ce sens se définit par leur engagement à intervenir dans des situations de précarité marquée au domicile de ménages connaissant des difficultés socioéconomiques, « dans une démarche de solidarité », pour leur permettre de « révéler leur pouvoir d'agir » tout en favorisant « l'inclusion sociale et

l'insertion socioprofessionnelle, au-delà de l'amélioration de l'habitat »¹⁵.

L'étude de la documentation ainsi que l'observation des situations où l'association se présente à ses partenaires montrent par ailleurs que ces associations se positionnent comme des acteurs uniques, capables d'intervenir dans l'intimité des domiciles. Selon les arguments récurrents de différents membres de la structure, aucun autre acteur du champ de l'action sociale, notamment le travail social institutionnel, ne saurait se maintenir de la sorte au domicile des ménages en difficulté. Les assistantes sociales des collectivités territoriales, déjà débordées par la charge de travail qui leur incombe, ne peuvent en effet assurer une telle présence, ce qui justifie d'autant plus la légitimité de leur intervention pour les associations.

En effet, intervenir auprès des ménages les plus modestes afin de leur permettre la réalisation de travaux d'amélioration de leur logement, malgré des conditions socioéconomiques défavorables, suppose de se concentrer sur des publics délaissés par les politiques majoritaires, ce qui légitime pleinement l'action de l'association et justifie de son utilité sociale. Pour remplir cet objectif, les associations mobilisent des compétences diversifiées dans le domaine de la construction, capables de répondre à des situations complexes : travaux lourds, bénéficiaires insolubles, éloignement des dispositifs de droit commun ou territoires enclavés, et qui les distinguent des autres acteurs du champ.

Enfin, elles revendiquent un positionnement professionnel spécifique, fondé sur un esprit de solidarité et l'engagement inspiré de divers courants du travail social occidental « d'aller vers les publics¹⁶ ». Ces choix ne relèvent pas uniquement de considérations internes : en tant qu'acteurs subventionnés par des fonds publics, les associations doivent éviter toute concurrence avec les entreprises privées du bâtiment ou les assistantes sociales mandatées par l'État et les collectivités. Leur action se concentre donc sur des missions non lucratives de travail social de fait, complémentaires aux organisations existantes, ce qui explique la sélection des publics fragiles, pour lesquelles elles doivent développer des moyens de repérage dédiés.

Ce faisant, ces associations achèvent la nécessité de distinction avec les structures qui ne traitent que des ménages dits « intermédiaires », pour reprendre la nomenclature de l'Agence

¹⁵ Documentation interne au réseau associatif de l'année 2024.

¹⁶ Baillergeau Évelyne et Grymonprez Hans, « Aller-vers » les situations de grande marginalité sociale, les effets sociaux d'un champ de pratiques sociales », *Revue française des affaires sociales*, 2020/2, 2020, p. 117-136 [En ligne] DOI : <https://doi.org/10.3917/rfas.202.0117>.

nationale de l'amélioration de l'habitat, auprès de publics solvables, en tentant de se faire reconnaître comme groupe professionnel à part entière, comme le montrent leurs différentes initiatives pour faire reconnaître un référentiel métier de leurs activités *via* différents organismes de formation. Les publics visés se définissent ainsi « en négatif » d'une prise en charge ordinaire de ménages identifiés sans importantes difficultés socioéconomiques, qu'il s'agit alors de démasquer pour éviter que ces ménages ne prennent la place légitime de leur « bon » public, à savoir des « habitants en situation précaire » pour reprendre les termes de leur documentation interne, comme le montre par ailleurs cet échange :

Extrait du journal de terrain auprès des associations de lutte contre le mal-logement : les publics légitimes et non légitimes

Stéphane et Romain, deux salariés d'une association régionale se trouvent en désaccord sur la prise en charge d'une famille dont on vient de visiter l'appartement et qui ne semble pas, selon eux, souffrir de conditions de logement dégradantes ni de fortes difficultés socioéconomiques. Stéphane, 60 ans, technicien à l'association depuis plus de dix ans, dit qu'il n'y a pas de raison à ne pas faire un peu « d'embellissement » si ça permet à la famille en question de se sentir mieux. Romain, 27 ans, arrivé il y a deux ans sur un poste dédié à l'accompagnement social des ménages, lui trouve au contraire « [qu']on aurait mieux fait de s'occuper de chantiers plus prioritaires » et que rien, selon lui, n'empêche ces gens de faire les travaux de leur appartement en autonomie, alors qu'ils ont l'air à l'aise avec le bricolage « vu qu'ils aménagent un camion », comme il ne manque pas de le remarquer, ironique. J'interroge alors Romain sur la différence qu'il perçoit entre les chantiers « utiles » et les autres et globalement, sur son sentiment d'utilité sociale. Il détourne ma question en répondant en rigolant à propos de la famille que l'on vient de voir :

« Non, mais là, c'est des gros « babos » (en insistant sur le mot). Ils ont choisi d'être pauvres, bordel ! » (En rigolant et en mimant l'indignation). Plus sérieux, il précise ensuite que l'illégitimité de cette prise en charge a trait à l'importance du « capital culturel » qu'il identifie chez cette famille composée d'un couple (configuration minoritaire face aux femmes monoparentales parmi les ménages pris en charge) et de leur fils adolescent, marquée par leurs goûts et leurs pratiques culturelles les rapprochant de celles des fractions culturelles des classes moyennes (connaissance et autosaisie des dispositifs à disposition, aménagement de camion, bricolage féminin, décoration domestique en matériaux naturels, etc.), et qui constitue *de facto*, l'indicateur déterminant à l'accompagnement.

Les associations étudiées se sont donc progressivement spécialisées dans la prise en charge d'un public particulier, assignées à occuper l'interstice des actions autour du logement qui ont échappé au reste des différents acteurs légitimes (comme les services de l'État, des collectivités, ou les structures opératrices des politiques publiques du logement). Cette affirmation s'appuie à la fois sur nos données de terrain et sur la littérature existante concernant la structuration du champ de l'accompagnement au logement pour les ménages modestes. L'étude de la régulation de la précarité énergétique¹⁷ montre à ce titre comment des associations sont mandatées comme « sous-traitantes » pour assurer une part du travail social lié à l'amélioration des conditions de logement, dans un contexte de libéralisation du service public.

Ainsi, la position de ces structures dans le champ n'est pas simplement le fruit d'un choix interne, mais résulte d'une combinaison de contraintes institutionnelles, de délégations de missions publiques, d'opportunités identifiées sur le terrain et de redéfinition du travail par le sens porté par les travailleurs et les travailleuses en charge de sa réalisation. C'est ce que le sociologue Andrew Abbott¹⁸ identifie comme les vides laissés par les groupes professionnels établis dans lesquels s'engouffrent les professions voisines émergentes, que sont ici les associations étudiées, face entre autres, aux entreprises traditionnelles de la rénovation du logement. Le traitement des cas complexes fait ainsi partie intégrante de la mission associative, qui se construit autour de la manière dont l'association se présente à ses partenaires et du déploiement de stratégies visant à capter ce type de publics. Cependant, cette orientation n'est pas sans rencontrer une certaine forme de résistance interne qui contribue à fixer des limites entre les cas complexes accompagnables, et les autres. L'extrait de terrain cité précédemment illustre bien cette dynamique : la position de Romain, que l'on pourrait qualifier de majoritaire, puisque conforme au cadre associatif, se confronte à celle de collègues comme Stéphane, qui privilégièrent des cas moins engageants, notamment en fin de carrière, ainsi qu'à d'autres membres de l'équipe qui jugent trop

¹⁷ Lees Johanna, *Ethnographier la précarité énergétique : Au-delà de l'action publique, des mises à l'épreuve de l'habiter* [Thèse de doctorat sous la direction de Suzanne de Cheveigné et Florence Bouillon, Paris, EHESS, 2014 [En ligne] URL : <https://www.theses.fr/2014EHESS0159>].

¹⁸ Abbott Andrew D., « Ecologies liées : à propos du système des professions », dans Menger, Pierre-Michel (dir.), *Les professions et leurs sociologies : Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 2003, 274 p [En ligne] DOI : <https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.5721>.

exigeant et peu effectif l'accompagnement des ménages en situation de fragilité extrême qui nécessiterait une autre prise en charge.

Le cas des professionnel·les de la santé au travail

Dans le cas des médecins du travail, la construction historique de ce groupe professionnel est différente, ce n'est pas un groupe professionnel qui s'est engouffré dans un interstice laissé par d'autres professions voisines, car ce sont en quelque sorte les premiers arrivés sur le terrain de la santé au travail. Pourtant, leur activité s'oriente également aujourd'hui vers les cas complexes du fait de l'arrivée d'autres groupes professionnels voisins, alors qu'ils·elles étaient auparavant seul·es professionnel·les intervenant·es et mandaté·es par la législation française pour le suivi de la santé des salarié·es.

Aujourd'hui, l'expertise propre des médecins du travail (leur savoir, leurs compétences, mais aussi leur responsabilité) se définit en grande partie à travers leur relation avec les infirmier·es en santé au travail, et la part de leur activité qui ne fait *pas* l'objet d'une délégation des tâches vers les infirmier·es. En effet, avec l'arrivée dans les services des infirmier·es en santé au travail en 2012, certaines visites médicales qui étaient auparavant effectuées par les médecins sont désormais largement réalisées par les infirmier·es.

Intervieweuse : Est-ce qu'il y a des grands changements dans votre activité depuis que vous avez commencé la médecine du travail ? Sinon... quels sont -
Interviewée : Ah, bah oui. Déjà que je suis pas... Je suis pas vieille, mais bon, quand j'entendais les vieux, ils disaient qu'on ne faisait que... très souvent, que des visites périodiques. Et au fil [du temps], bon, ben les gens, il fallait les avertir qu'il y avait les [visites] occasionnelles, à la demande des salariés, les pré-reprises. Donc maintenant, on a un autre... enfin, il y a pas mal de ce genre de visites. D'ailleurs, les médecins du travail, ils font pas tant que ça des visites périodiques qui, maintenant, sont dévolues aux... aux infirmières. On a surtout les problèmes...

Intervieweuse : Les cas complexes ?
Interviewée : Les cas complexes. Je sais pas si c'est le terme exact, mais des cas de mal-être et de malaise au travail. Je ne dirais pas complexes, mais c'est un autre

motif de demande de... de demande rendez-vous auprès du médecin du travail. À la limite, on était plus dans le physique, dans l'articulaire, il y a quelque temps. Maintenant, c'est... c'est la tête (Nadine, médecin du travail, environ 20 ans d'ancienneté). Intervieweuse : Ah oui. Et une consultation, c'est, c'est un peu toujours la même chose, ou vous l'adaptez en fonction des... ?

Interviewé : Non, non. C'est... à chaque fois, c'est, c'est différent. Nous, dans les consultations, on... c'est souvent les, les cas à problème. Donc soit ce sont des visites à la demande de l'employeur ou du salarié, qui ont un souci à exposer, soit c'est les visites de, de pré-reprise qui sont importantes, puisque ben on découvre la pathologie, on découvre le problème et on essaie effectivement... on essaie d'anticiper sur la suite, soit les visites de reprise réglementaires. [...]

Intervieweuse : Donc vous avez plus les cas complexes, et ce sera alors plutôt les infirmiers et infirmières qui vont... ?

Interviewé : Oui.

Intervieweuse :... s'occuper...

Interviewé : Les visites pé... les visites périodiques pour les gens qui n'ont pas de souci particulier, c'est les infirmières. Ce qui nous prend... ce qui nous prend beaucoup de temps, c'est tout ce qui est psychosocial. Donc quand les gens commencent à parler de, de leurs problèmes relationnels avec un collègue ou un N+1, effectivement, là, il faut... il faut vraiment gérer, diriger le... la, la visite, sinon on peut partir sur 1 h 30 d'écoute quoi. (Pascal, médecin du travail, environ cinq ans d'ancienneté).

Ainsi, les territoires professionnels¹⁹ des infirmier·es et des médecins se chevauchent pour certaines visites de suivi individuel périodique. Les médecins se retrouvent à réaliser de moins en moins de ces visites, déléguées de plus en plus aux infirmier·es pour se

¹⁹ Abbott Andrew D, « 9. Things of Boundaries », dans *Time Matters: On Theory and Method*, Chicago, University of Chicago Press, 2001, 296 p.

concentrer sur « les cas à problèmes », qui relèvent pour ces deux médecins cités précédemment plutôt du psychosocial que du physique (mais ce n'est pas toujours le cas pour les médecins rencontrés). Ce chevauchement de la pratique infirmière et de la pratique de la médecine vient questionner l'apport des médecins et leur expertise médicale par rapport aux infirmier·es. Comme l'exprime un médecin du travail lors d'une journée passée avec lui, aujourd'hui il se demande quelle est sa plus-value en tant que médecin du travail face à une infirmière lors des visites périodiques ; il n'en voit pas forcément. Ainsi, dans ce processus de reconfiguration des territoires professionnels, l'expertise des médecins prend d'autant plus de sens qu'ils·elles se retrouvent face aux cas les plus complexes et/ou les plus graves : lorsqu'il y a inaptitude, adaptation du poste de travail, RQTH, procédures qui impliquent de multiples acteurs et un avis obligatoire d'un·e médecin du travail.

Interviewée : Du coup on va faire quelque chose en binôme et ça va être avec l'infirmière, parce que le médecin n'a pas vraiment le temps de faire ça voilà et [des formations avec] du collectif et pour les jeunes.

Intervieweuse : Tu dis le médecin n'a pas forcément le temps... sur les actions en milieu de travail ?

Interviewée : Finalement on est rarement avec les médecins et beaucoup entre conseillers prévention et infirmières, on essaye mais c'est vrai qu'il y en a quand même une problématique médicale de recrutement du médecin du travail. Le médecin [ce sera] plutôt sur ses dossiers RQTH ou sur des visites d'entreprise notamment pour faire la fiche entreprise qui est du ressort du médecin [quand il y a inaptitude] mais il y a une rubrique qui concerne plus les CP notamment s'il y a eu des accompagnements ergo, financiers et tout et tout. Du coup le médecin le fait et puis après moi je complète ma partie, ou on la fait en binôme on la complète ensemble, on prend des notes toutes les deux lors de la visite d'entreprise voilà pour rester plutôt sur des actions clés et pas trop les solliciter (Solange, conseillère prévention MSA, environ 15 ans d'ancienneté).

Comme le montre cet extrait d'entretien, les autres professionnel·les de la prévention et de la santé au travail participent de cette légitimation du groupe professionnel des médecins et de leur expertise exclusive autour la résolution des cas les plus complexes, ceux qui engagent leur responsabilité, des démarches de reconnaissance de travailleur handicapé, en renvoyant systématiquement ces cas aux médecins et non à d'autres. Parallèlement, pour une expertise en santé au travail plus routinière, c'est davantage le groupe infirmier qui est sollicité (les formations et sensibilisations aux risques professionnels par exemple dans le cas de Solange ci-dessus, conseillère prévention à la Mutualité sociale agricole).

Intervieweuse : Donc... Et tu dirais, d'ailleurs, dans ton activité, c'est quoi ce que tu fais le plus parmi toutes les situations : mettre en inaptitude, visite d'information de prévention, suivi médical renforcé, PDP, c'est quoi ce que tu ferais le plus, ce que tu as fait le plus ?

– Interviewée : Ce que j'ai fait le plus ? Ce que j'ai fait le plus, là où j'ai peut-être perdu le plus de temps, ça resterait quand même de la visite d'abattage sur la population intérimaire que j'avais. De la visite renforcée, en plus chez des publics très précaires et pour lesquels c'est compliqué, ils sont assez imperméables à la prévention et tout... des risques, donc c'était compliqué. Après, je dirais là où il y a le plus de sens, c'est justement les dossiers complexes où on va faire mettre tout en œuvre pour que les gens retournent au travail. Après, l'inaptitude, ça reste une place. C'est une place importante. Je ne sais pas, moi, je dirais qu'on a facilement une quarantaine d'inaptitudes dans l'année (Nadège, médecin du travail, moins de cinq ans d'ancienneté).

Certains médecins accueillent favorablement cette transformation de leur activité et y trouvent un sens au travail renouvelé et une reconnaissance, mais ce n'est pas le cas de toutes les personnes rencontrées. D'autres voient dans l'arrivée des infirmier·es surtout un moyen d'accélérer la disparition de leur profession. Un médecin a pu dire en entretien que cette thèse permettait d'assister « à leur

enterrement » ou une autre que leur survie était incertaine dans les décennies à venir. C'est un discours récurrent depuis plusieurs décennies déjà dont Pascal Marichalar faisait déjà état dans sa thèse²⁰. Cependant, parmi les médecins rencontrés, il semble que les délégations des visites de routine soient aujourd'hui acceptées et que la concentration sur les visites plus exceptionnelles, à la suite d'arrêt de travail surtout, remplissent déjà beaucoup leur emploi du temps du fait de la baisse démographique de leur profession et redonne une dynamique à leur activité auparavant plus routinière, avec l'impression de perdre moins son temps pour reprendre les propos de Nadège ci-dessus.

Finalement, c'est bien à travers la résolution des cas complexes que se définit l'expertise de ces deux groupes et par là même leur légitimité et leur reconnaissance. Ce champ d'expertise propre marque les frontières de ces deux groupes avec les métiers qui gravitent dans le même monde professionnel (la prévention et la santé au travail d'un côté, la lutte contre le mal-logement de l'autre).

UNE VOCATION CONTRARIÉE ? DES DYNAMIQUES PROFESSIONNELLES OPPOSÉES

Si ces deux groupes professionnels se caractérisent par ce mécanisme commun de légitimation par la prise en charge de cas complexes, les contextes dans lesquels ils évoluent ont des effets distincts sur le travail effectif.

Dans le cas des associations de lutte contre le mal-logement étudiées, la « vocation » à traiter de cas complexes est, comme on l'a vu, revendiquée, au moins en apparence, comme signe distinctif par rapport à la multitude d'acteurs du monde de l'amélioration de l'habitat qui traitent de la population générale. En réalité, toutefois, le travail se heurte aux contraintes propres à leur position professionnelle dominée. D'abord, cette position dominée s'explique du fait d'un manque de reconnaissance au sein de leur écologie professionnelle²¹ en tant que groupe à part entière, puisque les associations enquêtées sont employées par différents groupes d'intérêts (bailleurs sociaux, collectivités, fournisseurs d'énergie, etc.) qui les subventionnent pour réaliser des activités qui ne vont pas forcément dans le sens de la vocation revendiquée. Par exemple, les organismes de logements

²⁰ Marichalar Pascal, *Prévenir ou produire...*, op. cit.

²¹ Abbott Andrew D., *Les professions et leurs sociologies...*, op. cit.

sociaux qui constituent l'une des sources majeures de leur financement régulent parmi leurs locataires l'orientation des ménages à accompagner, qui sont plus régulièrement choisis parmi les familles qualifiées de stables et méritantes, par exemple de par une posture non revendicatrice, plutôt que chez les locataires connaissant des impayés de loyers ou en conflit avec leur bailleur. En dehors de ce genre de facteurs exogènes aux associations, les difficultés liées aux conditions de travail auprès des ménages les plus en difficultés amènent, en interne, certain·es salariés, au contraire du cadre suggéré, à préférer traiter des chantiers plus simples. Ces équipes montrent une adhésion loin d'être stable, homogène et inconditionnelle à la vocation associative de prise en charge des cas les plus complexes, pourtant supposée les constituer comme groupe professionnel à part entière, au regard de leur présentation en tant que groupe professionnel. C'est ce que souligne Ludovic, 42 ans, ancien vendeur dans un magasin de bricolage, issu d'une formation en mécanique électronique, en poste depuis six ans comme technicien sur les chantiers, qui me précise n'être « *ni homme de ménage, ni assistante sociale* » au sujet de l'accompagnement du cas particulièrement complexe d'un monsieur âgé, très isolé, avec des problématiques sociales importantes, dont les conditions de logement sont marquées par la vétusté et l'insalubrité. Ces négociations à plusieurs facteurs et opérées à différentes échelles prolongent *de facto* l'ambiguïté de la position associative dans leur champ professionnel de lutte contre le mal-logement et de la reconnaissance de leur expertise auprès de leurs partenaires. Or, cette ambiguïté contribue directement à leur position dominée, en difficulté pour faire pleinement advenir leur vocation associative et sociale. Le cadre associatif se retrouve constamment requalifié par les opérateurs économiques qui leur délèguent leurs missions d'accompagnement social et technique, en plus d'être traversés en interne par un manque d'adhésion homogène à leur mission. Ainsi, le groupe parvient difficilement à stabiliser les contours de leur activité ou à s'ériger en groupe professionnel cohérent. Cette absence de clarté et de légitimité les place en situation de dépendance, à la fois vis-à-vis des acteurs institutionnels qui orientent leur action et des autres professionnels du champ avec lesquels elles sont amenées à collaborer. Celles-ci disposant d'une reconnaissance et de ressources symboliques supérieures aux leurs, comme le travail social institutionnel, les opérateurs légitimes et partenaires de longue date, ou encore le secteur du bâtiment et de la rénovation.

L'épuisement professionnel de ces équipes associatives face à un quotidien de « cas complexes », qui les amène à travailler dans des

conditions jugées extrêmes, se retrouve aussi dans quelques entretiens avec les médecins du travail. C'est le cas par exemple de celles et ceux qui ont quitté les services interentreprises de prévention et de santé au travail pour des services autonomes. Dans les services autonomes, le nombre de salarié·es suivis est plus faible et les conditions de travail sont globalement jugées meilleures par l'ensemble des personnes rencontrées (en termes de salaire, de rythme de travail, de relation avec les salarié·es et les entreprises...).

Ah ben oui, non, non, c'est très dur. C'est très dur. Il faut imaginer une journée... Une journée à 14 visites, huit visites... huit visites compliquées, c'est très, très dur au niveau psychique. Et derrière, il y a énormément de travail. Parce qu'en gros, on a, à la fin d'une journée comme ça, on a huit post-it avec à peu près 14 coups de fil à passer, trois dossiers à monter. Donc, c'est très lourd. Et ça, il faut qu'en interentreprise, ils comprennent la lourdeur d'un travail de qualité. Et suivi, hein. Donc, pour moi, le raisonnable, ça peut être six à sept visites dans la matinée, dont des pas trop compliquées. Et, ouais, trois à quatre max complexes, quoi (Nadège, médecin du travail, moins de cinq ans d'ancienneté).

Cependant, dans le cas des médecins du travail, la résolution de cas complexes s'impose à elles-eux par la baisse de la démographie médicale et l'arrivée d'autres groupes professionnels au sein des services (infirmier·es et assistant·es en santé au travail, préventeurs et préventrices). En comparaison, dans le champ du mal-logement, les associations étudiées apparaissent comme des arrivantes tardives, se spécialisant après les acteurs majoritaires déjà établis (travailleurs sociaux, opérateurs institutionnels et acteurs du bâtiment), ce qui contribue à leur position dominée et à la difficulté de faire reconnaître leur expertise propre.

À la différence de ce groupe professionnel associatif, les médecins forment donc un groupe établi et antérieur aux autres groupes qui constituent les services de prévention et de santé au travail, c'est bien leur groupe qui domine et maintient leur domination sur les autres²². Leur position de dominant se donne à voir à travers la maîtrise de la

²² Barlet Blandine, *De la médecine du travail à la santé au travail...*, op. cit.

résolution de ces cas complexes, car ce sont bien elles·eux qui déclarent les salarié·es aptes ou inaptes à leur poste de travail et valident les aménagements de poste qui peuvent être élaborés en collaboration avec les infirmier·es, les préventeur·ices ou encore les employeurs et le Cap Emploi. Ce recentrage sur les cas les plus complexes leur permet donc de retrouver une légitimité propre, alors qu'il·elles se voient concurrencé·es par les infirmier·es sur certaines tâches prescrites. Cela permet aux médecins de définir un champ d'expertise qu'ils·elles ne partagent pas avec d'autres groupes (en particulier les infirmier·es) et donc de consolider les frontières de leur groupe professionnel autour de cette expertise qui s'exerce principalement en dehors des cas routiniers mais aussi de maintenir leur position dominante par rapport aux autres groupes.

Finalement, ces contextes différents dans lesquels évoluent les deux groupes professionnels (cadres financiers, institutionnels, législatifs, compétition entre groupes professionnels) ont des conséquences sur la prise en charge des cas complexes. Les professionnel·les du bâtiment rencontré·e·s tendent à *se disperser* par rapport à leur objectif de recherche du cas complexe, dans le sens de l'écart entre le travail prescrit et le travail effectif, pour concentrer leur activité et leur identité professionnelle sur le traitement des cas complexes. Cette dispersion s'explique par la diversité des contraintes qui pèsent sur leur activité : nécessité de répondre à des logiques de financement multiples, adaptation aux priorités fixées par les partenaires institutionnels, et arbitrages internes entre chantiers simples et situations plus lourdes, ce qui rend difficile leur orientation systématique vers les cas complexes.

Au contraire, l'activité des médecins du travail tend à *se concentrer* sur des cas cliniques plus complexes et moins routiniers, qui ne peuvent être réglés que sous leur responsabilité et leur expertise.

CONCLUSION

Cette étude comparative a permis de mettre en lumière un intérêt et un développement communs de groupes professionnels issus de mondes du travail distincts autour d'une activité similaire de recherche et de prise en charge de publics dits complexes. Cette spécialisation a lieu dans un contexte et un environnement de travail propre à chacun de ces deux groupes professionnels mais les rassemble autour de l'affirmation de leur légitimité et d'un sens au travail comparable. Pour autant, comparaison n'est pas que raison, bien que ce mode de pensée fasse ici office d'un intéressant moteur de réflexion pour penser des

professions en apparence lointaines. En effet, si la recherche commune de cas complexes permet de rapprocher des situations professionnelles dissemblables, elle rappelle dans un même temps la force et l'importance d'interroger la reconnaissance et l'établissement d'une profession dans son champ propre. Le prestige et la légitimité associés aux médecins ne produisent pas le même effet que l'incertitude inhérente aux associations de lutte contre le mal-logement. Ces dernières peinant à se faire reconnaître au sein du mille-feuille institutionnel, programmatique, politique et professionnel et son infinité d'acteurs différents que constitue l'amélioration du logement dans le contexte de la professionnalisation du secteur associatif²³.

²³ Hély Matthieu, *Les métamorphoses du monde associatif*, op. cit.; Cottin-Marx Simon, « V. Les associations : des mondes du travail », dans *Sociologie du monde associatif*, Paris, La Découverte, « Repères », 2019, p. 87-112.