

Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous

Colloque du Conservatoire national des arts et métiers

Paris, 29-30 septembre 2022



EN
RÉSUMÉ

AUTEUR

S. Guyot, département Homme au travail, INRS.

Ce compte-rendu propose une synthèse de plusieurs communications du colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » qui s'est tenu fin septembre 2022 au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) de Paris. Ce colloque a été l'occasion de partager les résultats, d'une part, d'une recherche-action conduite par des chercheurs du CNAM en partenariat avec des acteurs nationaux et régionaux, et d'autre part, de recherches récentes d'autres intervenants, portant également sur les questions de santé au travail et au chômage. Les travaux présentés s'inscrivent dans la perspective de la prévention de la désinsertion professionnelle en emploi et au chômage.

MOTS CLÉS

Maintien dans l'emploi / Retour au travail

Ce colloque – organisé par le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) – traite de la problématique de la santé, non seulement au travail mais également au chômage. Il a réuni des chercheurs de diverses disciplines, des institutionnels ainsi que des associations et des syndicats.

Cette manifestation est revenue sur les résultats d'une recherche-action menée par deux laboratoires du CNAM, le Laboratoire interdisciplinaire de sociologie économique (LISE) et le Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD). Cette recherche a pour objet l'analyse diachronique des parcours croisés de travail (comportant des temps de chômage) et de santé. Ces travaux s'inscrivent dans la perspective de la prévention de la désinsertion professionnelle en emploi et au chômage et ont été soutenus financièrement

par l'Association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les partenaires « terrains » sont Pôle Emploi, Cap Emploi, une Mission locale, Territoire zéro chômeurs de longue durée (TZCLD) et l'association nationale Solidarité nouvelle face au Chômage. L'équipe de recherche est pluridisciplinaire (psychologie, sociologie, philosophie). Sur deux ans et demi, plus d'une centaine d'entretiens individuels et plusieurs focus-groupes ont été réalisés ainsi que l'expérimentation de dispositifs collectifs de chômeurs, des ateliers « santé et chômage » conduisant à la production de connaissances scientifiques mais aussi d'actions de transformation (dont il est fait ici les premiers échos).

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

LA RECHERCHE-ACTION TRAVAIL – CHÔMAGE – SANTÉ

PLACE DE LA SANTÉ DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'EMPLOI

Carole Tuchsirer, CNAM – LISE.

Alors que la santé a toujours été un sujet de vives préoccupations pour les acteurs de terrain, elle est largement demeurée un point aveugle des politiques publiques de l'emploi de ces cinq dernières décennies. Plusieurs tentatives ont pourtant été amorcées. Dans les années 80, l'accompagnement global des jeunes au chômage a été conçu sur l'idée que les mesures classiques segmentaient les différents problèmes (logement, santé, formation, emploi...) plutôt qu'elles ne les considéraient dans leur globalité. La mise en place des missions locales a consisté à penser l'accompagnement dans toutes ses facettes en réunissant dans un lieu unique des professionnels de différents domaines. Si ces structures ont perduré, en revanche, le dispositif d'accompagnement global a fait, lui, long feu. Il faudra attendre la fin des années 90, avec la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (29 juillet 1998) et la loi de programmation pour la cohésion sociale (18 janvier 2005), pour qu'émergent à nouveau les problématiques sociales et médico-sociales dans les politiques de l'emploi et de l'insertion. La question des moyens pour trouver le « bon niveau » d'accompagnement (et traiter ces aspects de santé) reste toutefois en suspens. Plusieurs doctrines se sont opposées. La première invoque la santé comme un frein périphérique à l'emploi. Cette doctrine va donner lieu à une externalisation des problèmes sociaux vers

d'autres institutions que celles en charge de l'emploi. L'adoption du RSA (revenu de solidarité active) en 2008 en est un des exemples : le type d'accompagnement des bénéficiaires est dépendant de leur proximité à l'emploi et, selon les situations, pris en charge par des structures différentes (Pôle emploi, aide sociale, Conseil départemental...). La seconde doctrine, plus récente, se substitue complètement à la précédente et s'inscrit dans la logique du « *work first* ». La *garantie jeunes* (réservée aux jeunes présentant de multiples précarités) est constitutive de cette approche. L'idée sous-jacente est que la levée des freins à l'emploi ne doit pas retarder la remise au travail ; les problématiques sociales (santé, logement, formation...) trouvant solutions *a posteriori*, au cours de l'accompagnement vers l'emploi. Or, la réalité est plus complexe et les acteurs du service public de l'emploi peinent à construire des réponses globales satisfaisantes. Selon C. Tuchsirer, l'expérimentation Territoires zéro chômeurs de longue durée¹ donne matière à réflexion. Elle montre, d'une part, qu'il est possible de (re) travailler quand on part des capacités des individus sans faire de la productivité du travail un préalable à l'emploi, et d'autre part, que les activités de travail peuvent parfois valoir activités de santé quand travailler (autrement) procure du bien-être.

En matière de politiques publiques, territoriales, quelles sont les actions nécessaires que la recherche-action a permis de pointer ? Parmi elles, l'intérêt de la création d'offres d'emploi à temps partiel modulable est notable (notamment pour les demandeurs d'emploi à la santé fragile) dans des emplois durables qui, seuls, offrent les protections

sociales suffisantes en termes de formation et de santé. Ce sont en effet ceux qui ont des emplois précaires qui également ne prennent pas d'arrêts maladie répétés ou de longue durée, de crainte de perdre leur emploi. Entre autres actions, il s'agit également d'adapter les conditions d'emplois aux besoins et aux capacités productives des personnes fragilisées dans leur santé. La coordination des services de l'emploi et de la santé apparaît aussi comme une nécessité face notamment aux manques de lisibilité des différents dispositifs. Enfin, les accompagnements pluridisciplinaires menés simultanément par les différents acteurs impliqués au niveau local mériteraient d'être plus largement développés.

HISTOIRES CROISÉES DE TRAVAIL – CHÔMAGE ET DE SANTÉ

Dominique Gelpé, Direction régionale Nouvelle Aquitaine de Pôle emploi, CNAM – CRTD.

C'est dans la perspective de comprendre les interactions entre travail, chômage et santé dans les trajectoires professionnelles qu'ont été menés les entretiens dans le cadre de la recherche-action du CNAM. L'analyse des parcours des interviewés a permis de dégager trois grands types d'interaction. Le premier type renvoie à des *parcours de santé sacrifiés jusqu'à la rupture*. Il concerne généralement, des personnes en emplois longs qui se maintiennent à leur poste malgré des douleurs chroniques, des conditions psychosociales délétères d'exercice de leur activité ou une maladie chronique parfois identifiée tardivement. Ces parcours, qui débouchent pour la moitié des personnes sur un *burnout*, ont très souvent pour issue un ou plusieurs arrêts maladie de longue

1. L'expérimentation TZCLD, lancée en 2017, est portée par une association ayant pour but de lutter contre le chômage de longue durée à l'échelle des territoires. Elle donne la possibilité aux personnes privées durablement d'emploi qui le souhaitent de trouver un travail qui corresponde à leur situation et leurs compétences. Les bénéficiaires de cette expérimentation sont pour 30 % en situation d'handicap.

durée qui engendrent à leur tour un licenciement pour inaptitude, par rupture conventionnelle ou (plus rare) économique. Le chômage peut être l'occasion d'une récupération physique puis progressivement d'une restauration d'un bien-être physique, psychique et social, souvent en lien avec de nouvelles normes personnelles de santé, ou au contraire entraîner une dégradation de la santé. Le soutien des proches est déterminant dans les différentes configurations observées ; tout comme la perception qu'ont les personnes de leur chance de retrouver facilement un emploi, notamment en raison de leur âge. Le second type de parcours se caractérise par une *dégradation de la santé mentale sur fond d'emplois précaires*. Ces trajectoires sont marquées par un nomadisme professionnel fait d'une succession de contrats courts entrecoupés par des périodes de chômage. À chaque emploi, c'est une place sociale qui est de nouveau à retrouver. Ce recommencement sans fin engendre dévalorisation, démobilisation, sentiment d'insécurité couplé à celui d'injustice, se surajoutant souvent à des situations objectives de déclassement professionnel. Ce type de parcours de précarité subi entraîne une dégradation continue du bien-être avec parfois des troubles ou des problèmes de santé physique ou psychique. Le troisième type de parcours se définit par un *défaut d'insertion professionnelle* (également sociale) *chronique*, tenant à un manque de structuration individuelle ou d'étayage familial dès le plus jeune âge. Il est souvent accompagné d'une errance géographique. À une forte imbrication entre périodes de travail et chômage, s'associent fréquemment un fort isolement social et des conduites

addictives. La fragilité psychique déjà présente chez ces individus est propice à l'apparition puis l'aggravation de troubles de santé.

Dans ces différents types de parcours, la situation de chômage peut permettre de restaurer un meilleur état de santé, quand les individus s'engagent dans une activité de mise à l'épreuve du réel et reconstruisent ainsi progressivement un pouvoir d'agir. À l'inverse, quand cette activité est bloquée, l'état de santé peut se dégrader avec des risques de décompensation somatique et l'apparition de troubles anxieux et dépressifs prononcés.

Dans son intervention, D. Gelpe développe différentes actions à destination des professionnels des services publics de l'emploi pour intégrer les questions de santé dans leur accompagnement. Elles invitent notamment à penser la personne dans sa globalité intégrant les représentations subjectives de son vécu actuel et de son histoire ainsi que le niveau de confiance qu'elle a en elle-même, sa capacité à agir, son avenir... Dans ce cadre, les catégories d'âge ainsi que les inégalités de genre face à la santé au travail, à la situation de chômage et au recouvrement d'un emploi constituent des éléments déterminants.

Lors d'une table ronde, **Dominique Lhuillier (CNAM – CRTD)** prolonge ces préconisations en présentant d'autres actions qui concernent plus particulièrement l'entreprise et le marché de l'emploi. Ainsi, les résultats de la recherche-action appellent-ils à récuser le clivage travailleur/chômeur : les chômeurs sont des travailleurs sans emploi. Les expériences de chômage se multipliant dans les parcours professionnels, il est nécessaire de sensibiliser, dans l'entreprise,

aux démarches de transition vers un nouvel emploi (accompagnement à la construction d'un projet professionnel, du bilan de compétences, droits au chômage...), que ces transitions aient lieu lorsque les travailleurs sont encore en poste ou bien après une période de chômage. Agir en prévention de l'usure au travail, de la fragilisation de la santé par le travail fait naturellement partie des actions pour soutenir les parcours professionnels et assurer un travail durable pour tous. D'autres axes sont à engager comme une évolution vers des méthodes de recrutement plus respectueuses dans les entreprises, un renforcement de l'information et de la formation des employeurs sur le handicap, les problèmes de santé, les aides à l'embauche des personnes RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), l'accueil et l'aménagement de poste, et une intégration plus systématique des séquelles de la maladie, de la fatigabilité et des temps de soin à l'occasion des prises d'emploi. Il y a lieu, enfin, de mettre l'accent sur la prévention de la désinsertion professionnelle de l'ensemble des travailleurs qu'ils soient en emploi ou en recherche d'emploi. Dans cette perspective, cela amène à considérer autant les risques psychosociaux au travail que ceux propres à la situation de chômage (isolement, stigmatisation, difficultés d'accès aux droits...).

LE TRAVAIL DE SANTÉ

Dominique Lhuillier, CNAM – CRTD.

La santé comme objet d'une construction permanente est l'approche défendue par D. Lhuillier, empreinte de celle de Canguilhem : elle est un équilibre qui compose avec la « *menace de la maladie* » et contraint à inventer de nouvelles manières de

Colloque « Vivre en santé au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

vivre, fonction du contexte et des épreuves de la vie. Sa construction relève de la mobilisation des individus dans le développement de leur propre santé (sans qu'ils en aient nécessairement conscience) ouvrant à la libération des potentialités ; elle ne se réduit pas à l'exécution de prescriptions médicales. C'est en ce sens que doivent être entendus les termes de « travail de santé » ; non comme le travail des soignants, ou encore l'activité du malade dans l'interaction avec ces derniers, mais comme le travail entrepris par chacun pour négocier entre les exigences des milieux de vie et les exigences de sa santé.

Le travail de santé répond à un double objectif. Il est à la fois adaptatif – il sert à prévenir la dégradation de la santé et au-delà, la perte de « l'employabilité » ou de « l'attractivité » –, et développemental – il vise à recouvrir un pouvoir d'agir sur soi-même et son environnement. Il recouvre des activités de soins tenant du *cure* (se soigner, accéder aux soins) et du *care* (prendre soin), s'exerçant tout au long de la vie, tant dans l'emploi qu'au chômage et dans les sphères familiales ou domestiques. Ces activités peuvent être prises dans des enjeux interdépendants, parfois ambivalents comme chercher à restaurer une santé fragilisée par le travail et s'engager dans une démarche de retour vers ce même travail qui a « abîmé ».

En situation de chômage, le travail de santé soutient l'activité de recherche d'emploi faite de pression, d'évaluation, et de découragement. Pour résister à cette épreuve dont le terme est incertain, les chômeurs cherchent comment tenir dans la durée de ce temps chômé, surtout lorsque leur santé est déjà fragilisée. Dès

lors, ce travail peut prendre différentes formes. En premier lieu, un *réinvestissement du corps* : l'écouter, prendre conscience de ce qu'il ne peut plus, mais aussi tester ce qui est possible en mobilisant des techniques corporelles renouvelant la manière de se servir de son corps. En second lieu, un *travail réflexif* sur son histoire, ses aspirations abandonnées ou empêchées, son propre désir... porté par une quête de sens sur son rapport antérieur au travail, à la santé. Il peut conduire là aussi à des prises de conscience sur ses envies ou sur le genre de travail qui concilierait soin de sa santé et accès à une utilité et reconnaissance sociales. En troisième lieu, une *mise à l'épreuve de sa capacité à agir sur le monde*. Cela peut passer par l'investissement de soi dans des activités manuelles ou créatives. Quand elles ne sont pas seulement occupationnelles, ces activités choisies permettent de découvrir ses potentialités, de canaliser ses efforts, de voir les résultats de son action... et ainsi de restaurer une estime de soi souvent altérée par les expériences du chômage et de la maladie. Faire le programme de ses journées, se prescrire des démarches, planifier des temps de recherche d'emploi... peuvent être des moyens de reprendre la main sur le temps, de retrouver une organisation et des cadres temporels souvent ébranlés par la perte d'emploi et la maladie. La *temporalisation du temps* concourt ainsi, en quatrième lieu, au travail de santé. Enfin, un *travail d'emplacement et de recomposition des différentes sphères de vie*. Il consiste à entretenir ou à reconstruire des liens avec autrui, détériorés par le chômage et la souffrance. Trouver comment « faire sa place » peut être aidée par l'inscription dans

des groupes où partager des activités (sportives, bénévoles, citoyennes...), ou encore des groupes de pairs (associations de chômeurs, de malades...).

Comment peut-on favoriser les conditions du développement de ce travail de santé ? On retiendra parmi les pistes esquissées, celle concernant la reconnaissance et la valorisation des savoirs de l'expérience. Trop souvent, les chômeurs, mais aussi les malades, sont enfermés dans des représentations disqualifiantes les réduisant à leurs empêchements. Il s'agirait de sortir de l'approche par les fragilités différentielles pour aller au contraire vers la reconnaissance des capacités et la valorisation des activités développées gageant un réinvestissement du futur. Ce peut-être pour les chômeurs, reconnaître le travail engagé dans la réévaluation d'un projet professionnel, les stratégies de recherches d'emploi, la mobilisation de soi dans les épreuves... Plus largement, c'est reconnaître le rôle central que jouent les activités de construction de ressources internes et externes dans le travail de santé (travail réflexif sur son parcours, réexamen de ses priorités, réalisation d'activités bénévoles, expériences de découverte de nouveaux métiers...), favoriser leur développement et non les empêcher au motif d'une disponibilité exigée par la recherche d'emploi. Dans la valorisation de ces savoirs de l'expérience, il y a également la valorisation des activités domestiques et familiales qui doit amener à réévaluer la division genrée du travail, souvent accentuée au chômage. Enfin, partager et développer l'ensemble de ces savoirs suppose des lieux de transmission et d'échange ; aussi D. Lhuillier rappelle l'intérêt de la construction de collectifs de chômeurs.

TRAVAIL, CHÔMAGE ET « CONDUITES ADDICTIVES »

Gilles Amado, CNAM – CRTD

« *Se doper pour travailler* » – du titre de l'ouvrage dirigé par R. Crespin, D. Lhuillier et G. Lutz – illustre, selon l'intervenant, l'ambivalence de l'usage des substances psychoactives. Elles sont tout à la fois des ressources et des handicaps : des ressources, dans la mesure où elles peuvent avoir une fonction de soutien face aux épreuves du travail et de la vie personnelle, grâce à leurs « vertus » anesthésiantes, stimulantes, et curatives ; mais aussi des handicaps, lorsque leur usage conduit à une vie sous emprise. Aussi, importe-t-il de sortir de la formule de « conduites addictives » pour parler plus volontiers d'emprise.

À partir des résultats de la recherche-action, G. Amado souligne les différents rôles tenus par la consommation de produits psychoactifs chez les salariés et les chômeurs. Tout d'abord, ce peut être une condition à l'insertion dans des milieux professionnels où l'usage de substances est vu comme un moyen de socialisation renforçant les liens de fraternité ou comme une habitude mondaine (par exemple la cocaïne dans les milieux financiers). Ensuite, cela peut permettre de tenir le rythme, de « s'armer » contre la souffrance engendrée par des conditions de travail ou d'emploi trop éprouvantes ou bien encore de décompresser. Le déclassement professionnel, l'intensification du travail, les tensions interprofessionnelles, l'ennui, la recherche de perfection ou de maîtrise, les épreuves liées aux changements de fonctions ou de métiers, les craintes de ne pas être à la hauteur ou de ne pas être à la bonne place... sont quelques-unes des

situations professionnelles – avec la perte d'emploi et le chômage – qui peuvent conduire à l'usage de ces psychotropes. À l'inverse, plusieurs facteurs sont susceptibles de déclencher une sortie de leur consommation : la crainte du licenciement pour les salariés, la prise de conscience de leurs effets destructeurs, l'expérience des excès et les accidents de santé qui en découlent, la distance qui se creuse avec les autres, l'horizon temporel qui se réduit...

Le travail de santé vise ici à se dégager de la consommation de ces substances en cherchant à transformer les milieux de vie de sorte à renforcer les activités de lien entre les individus.

Parmi les pistes d'action proposées dans le cadre de la recherche-action, quatre axes sont particulièrement développés. Le premier tient à la mise en débat de l'usage de ces substances auprès des jeunes dans les établissements scolaires ; la formation des personnels encadrants est essentielle pour permettre d'identifier en toute bienveillance ceux en prise avec ces problèmes. Cet intérêt envers les jeunes encore scolarisés pourrait paraître en marge des questions de travail et de chômage. Or, des recherches récentes de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ont montré les effets de la consommation précoce du cannabis sur les périodes de chômage. Les personnes déclarant avoir débuté leur consommation à l'âge de 16 ans (ou avant) ont deux fois plus de probabilité de vivre une période de chômage à l'âge adulte, que celles n'en ayant jamais consommé. Le deuxième axe concerne particulièrement les chômeurs et leur accompagnement. La consommation de

substances psychoactives reste encore un sujet tabou, peu abordé par les conseillers des services publics de l'emploi auprès des chômeurs. Il y a ici des voies de progrès pour ouvrir plus largement la parole des chômeurs, et aider également à repérer des appuis parmi leur entourage amical et familial. On connaît, par ailleurs, l'importance de la pair-aidance (aide mutuelle que s'apportent des personnes concernées par une problématique commune) comme ressource du collectif, qu'il nécessite de faciliter. Le troisième axe relève de l'importance de mener des actions concertées au sein de l'entreprise, associant managers, Direction des ressources humaines (DRH), Comité social et économique (CSE) et médecins du travail afin de mettre en place des dispositifs d'aide à la réinsertion dans l'entreprise des salariés en difficultés, ou de prise en charge. Des enquêtes anonymes sur les conditions de travail permettraient également de repérer les situations dégradées susceptibles d'entraîner des comportements d'usage de produits psychoactifs, pour agir en prévention. En ce sens, une vigilance particulière est sans doute à apporter aux situations de télétravail, qui, selon certaines enquêtes, sont associées à une augmentation de 41 % de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes chez les salariés, et de 47 % chez les managers. Mettre en place au sein des entreprises des dispositifs d'alerte et de soutien des salariés confrontés à des difficultés dans le travail apparaît ici tout à fait essentiel. Il en est de même de l'information et de la sensibilisation des managers sur les coûts psychique, social et économique du mal-être au travail.

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

SANTÉ, HANDICAP, TRAVAIL ET CHÔMAGE

RELATIONS ENTRE SANTÉ ET CHÔMAGE : PERSPECTIVES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Pierre Meneton, INSERM U1142, Laboratoire d'informatique médicale et d'ingénierie des connaissances en e-santé (LIMICS).

Dans sa communication, P. Meneton présente plusieurs données françaises qui suggèrent un lien entre état de santé et chômage. C'est en premier lieu les résultats obtenus dans la cohorte SUVIMAX (Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants) suivie entre 1995 et 2007 qui montrent une surmortalité attribuable au chômage : la mortalité (ajustée notamment sur l'âge mais aussi sur plusieurs autres facteurs de risque communs) est près de trois fois plus élevée chez les chômeurs que chez les salariés en emploi. Cette observation est concordante avec les résultats issus d'une étude française plus ancienne réalisée à partir des données de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) et avec ceux de la plupart des études faites dans d'autres pays.

Toutefois, les liens entre santé et chômage demeurent complexes. Plusieurs facteurs – l'âge, le sexe, le contexte familial, la position sociale, les conditions de travail passées, l'accompagnement social du chômage, le régime de sécurité sociale, l'accès aux soins... – interviennent dans ces relations. C'est sur l'influence de deux de ces facteurs – la position sociale et les conditions de travail – que porte la seconde partie de la communication de P. Meneton. Les résultats présentés proviennent de travaux récents (non encore publiés)

exploitant les données de la cohorte CONSTANCES suivie depuis 2012 jusqu'à aujourd'hui. Dans ces travaux, la position sociale est définie sur la base d'un indicateur global incluant : le niveau d'éducation, la profession, le revenu professionnel, la profession du conjoint et un score de précarité (EPICES – Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé). L'indicateur des conditions de travail passées est, quant à lui, établi en considérant à la fois les contraintes organisationnelles, les expositions aux facteurs physiques, chimiques, biologiques... et les risques psychosociaux liés au travail. Seules les périodes de chômage passées ou actuelles de six mois et plus ont été considérées dans l'étude. Les résultats montrent une association très forte entre une position sociale défavorisée, des conditions de travail mauvaises et le fait de se retrouver ou de s'être retrouvé au chômage. Des analyses complémentaires ont permis d'isoler l'effet propre du chômage de ceux liés à la position sociale et aux conditions de travail, tous deux étant de forts déterminants de l'état de santé. Elles se sont portées plus particulièrement sur trois types de comportements à risque pour la santé (le tabagisme, la consommation d'alcool et la sédentarité) et sur des problèmes de santé déclarés (dépression, obésité, troubles du sommeil, maladies cardiovasculaires). Les résultats mettent en évidence de fortes associations entre périodes de chômage (passées ou actuelles) et les 3 comportements à risque, en tenant compte des conditions de travail et de la position sociale qui ont elles-mêmes une grande influence. Concernant les problèmes de santé, des associations fortes sont trouvées entre obésité, troubles de sommeil et maladies

cardiovasculaires, d'une part, et périodes passées de chômage, d'autre part. Quant à la dépression, elle est associée tout à la fois à des périodes passées et actuelles de chômage. En croisant avec les données de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) fournissant le nombre de trimestres déclarés au chômage pour chaque participant à la cohorte, il s'avère que plus la période de chômage a été longue dans le passé, plus l'effet est marqué sur les comportements à risque et sur les problèmes de santé.

Sur le plan de la santé, est-il « préférable » d'exercer un travail même dans des conditions particulièrement pénibles plutôt que de se retrouver au chômage ? C'est ce que suggèrent les analyses pour, par exemple, les cas d'infarctus du myocarde. Le fait d'avoir été au chômage par le passé augmente le risque d'un infarctus même lorsque l'environnement de travail était mauvais.

P. Meneton achève sa communication en revenant sur des résultats de l'enquête décennale de l'INSEE en 2003 portant sur l'accès aux soins. Ceux-ci mettaient en exergue que le chômage n'était déterminant ni du nombre de visites médicales annuelles, ni de la consommation de médicaments de type antihypertenseurs ou antidiabétiques. Seul l'était le fait d'avoir une couverture médicale complète. Reste à savoir si cette observation est toujours valable 20 ans après.

En conclusion, les études réalisées en France suggèrent que le fait d'être au chômage majore de manière significative la morbidité et la mortalité en sus des effets de la position sociale et des conditions de travail en augmentant notamment l'exposition aux facteurs de risque comportementaux.

RESTER EN ACTIVITÉ. QUAND LA SANTÉ DEVIENT ENVAHISSANTE POUR LES « TRAVAILLEURS HANDICAPÉS »

Florent Schepens, Université Bourgogne-Franche-Comté – Laboratoire de sociologie et d’anthropologie et Maylis Sposito-Tourier, Observatoire régional de santé (ORS) de Bourgogne-Franche-Comté.

Les intervenants proposent d’essayer une sociologie du « devenir travailleur handicapé », partant de l’hypothèse qu’on devient travailleur handicapé à l’issue d’un processus à l’interface d’une trajectoire de handicap et d’une carrière de travailleur. Si sa carrière est impactée par la trajectoire de son handicap, le travailleur en revanche s’approprie sa maladie (ou accident) et ses séquelles. Les résultats présentés ici s’appuient sur une recherche qualitative en cours relative à la santé au travail des personnes « handicapées » (avec ou sans RQTH), portée par l’ORS et financée par l’AGEFIPH et la FIRAH (Fondation internationale pour la recherche appliquée sur le handicap). Elle repose sur l’analyse d’une cinquantaine d’entretiens avec des travailleurs handicapés et avec des proches et des employeurs. La démarche a été complétée par la constitution de groupes dans lesquels les analyses ont été présentées et discutées.

Avant de présenter les trois temps du processus au terme duquel le travailleur fait sien l’identité de travailleur handicapé, F. Schepens et M. Sposito-Tourier rappellent utilement que le handicap fait peser sur le travailleur non seulement un risque de précarité économique (avec des emplois aménagés plus faiblement rémunérés et des perspectives de carrière limitées), mais aussi une « honte

sociale ». La menace de l’inutilité voire de la faute morale plane sur ceux qui ne répondent pas aux attentes du monde du travail. Ces spectres se retrouvent dès le premier temps du processus décrit par les intervenants. Tout d’abord, le travailleur est empêché par l’accident, la maladie, la douleur... de travailler comme avant. Pour rester employable, il va mettre en place des stratégies d’accommodement dont la nature va largement dépendre de sa classe socioprofessionnelle : les classes populaires tiennent au travail en étant « dur au mal » (grâce notamment à l’automédication) alors que les classes supérieures, elles, privilégient la prévention. Mais ces stratégies pour « se présenter comme quelqu’un d’ordinaire sans pour autant toujours dissimuler sa déficience » appellent des sacrifices : la santé pour les uns, la vie sociale pour les autres (le repos, le sport adapté... empiétant sur le temps hors travail). Le travail, même s’il devient de plus en plus aliénant, reste important pour le travailleur qui s’espère toujours dans une invalidité temporaire. Lorsque ces stratégies ne suffisent plus à faire face, le travailleur va reconnaître un handicap ou une situation de handicap, en le rendant visible aux autres. Ce n’est pas pour autant qu’il endosse l’identité de travailleur handicapé. Celle-ci est encore considérée comme mortifère, renvoyant à ses fragilités et annihilant toute projection dans le futur. Le handicap reste alors un élément extérieur à l’individu. Se maintenir au travail, c’est à ce moment du processus, à la fois être toujours utile à la société et conserver l’espoir d’un retour « à la normale ». Toutefois, l’évolution du handicap peut ne plus permettre de masquer les difficultés à rester au travail dans des conditions

similaires de celles des valides. Le travailleur peut devoir accepter de devenir travailleur handicapé (et pas seulement en situation de handicap) car cela justifie son désajustement à la situation de travail commune et l’autorise à ne pas se comporter comme un valide sur le long terme. En acceptant « cette humanité dégradée », le travailleur s’accorde les moyens de redéfinir la norme de travail et de retrouver du temps pour la vie. Son énergie n’est plus toute entière orientée vers son employabilité, elle peut être mobilisée vers d’autres sphères personnelles, familiales et sociales comme les travailleuses handicapées de l’étude en font le récit. De la classe sociale, du genre, de la présence de proches aidants... dépend les ressources que chaque travailleur pourra engager à chacune des étapes de ce processus et de leur durée respective.

INSTABILITÉ DES PARCOURS PROFESSIONNELS ET SORTIES DU MARCHÉ DU TRAVAIL POUR LES FEMMES HANDICAPÉES

Mathéa Boudinet, Centre de recherche pour les inégalités sociales – Laboratoire interdisciplinaire d’évaluation des politiques publiques.

La communication porte sur les résultats d’une recherche sociologique visant à appréhender les mécanismes liés au genre et au handicap dans les sorties du marché de travail. Celle-ci a été menée entre avril 2020 et juin 2022 sous la direction d’Anne Revillard dans le cadre d’un projet intitulé « Handicap, genre et précarité professionnelle »². Des entretiens biographiques s’intéressant au parcours professionnel ont été réalisés auprès de 41 femmes et 9 hommes handicapés (handicap moteur, déficience visuelle,

² Ce projet a été financé par la FIRAH, en partenariat avec la MAAF et la Croix-Rouge française et avec le cofinancement de l’AGEFIPH.

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

maladie chronique, polyhandicap) âgés de 24 à 61 ans. Une exploitation particulière a été également réalisée de la vague 2018 de l'Enquête emploi en continu de l'INSEE afin d'étudier les situations des hommes et des femmes handicapés sur le marché du travail et de l'emploi.

Du volet quantitatif de l'étude, plusieurs points saillants ressortent. Même si de manière générale les femmes sont moins en emploi que les hommes, l'écart est moins important entre les hommes et les femmes dans la population handicapée que dans la population valide. La structure familiale (présence d'enfants de moins de 10 ans dans le ménage) a par ailleurs un effet genré sur la participation au marché du travail. Plus important au sein de la population valide, cet effet est toutefois aussi constaté chez les personnes handicapées. Toutes choses égales par ailleurs, les hommes handicapés vivant avec des enfants de moins de 10 ans ont une probabilité de 36 % d'être en emploi plutôt que de ne pas l'être alors que cette probabilité ne s'élève qu'à 22 % pour les femmes handicapées. Ces résultats conduisent à s'interroger sur les mécanismes à l'œuvre dans les parcours des personnes handicapées, qui peuvent par ailleurs expliquer leur faible taux d'emploi. Les analyses d'entretiens mettent en évidence plusieurs éléments expliquant l'instabilité des parcours professionnels des personnes handicapées et leurs sorties du marché du travail, temporaires ou définitives. Parmi ceux-ci (dont les enjeux de compatibilité du handicap avec les différentes formes d'emploi et les discriminations), l'étude s'intéresse plus particulièrement aux tensions entre l'emploi et les autres formes de travail : le travail

de santé, le travail de handicap et le travail domestique. Par travail de santé, il est entendu ici les activités relatives aux soins et à la gestion de la santé à l'échelle individuelle ; le travail de handicap renvoie quant à lui aux activités relatives à la dimension sociale du handicap, notamment à l'adaptation de la personne aux contraintes imposées par son environnement (actions de mise en accessibilité de l'environnement, gestion des tâches administratives relatives aux politiques du handicap, gestion du personnel aidant présent au quotidien...). Ces deux formes de travail influencent les possibilités d'emploi ; le travail domestique joue plus encore dans les parcours des femmes handicapées du fait de la division sexuée du travail. M. Boudinet donne plusieurs exemples de l'articulation que peuvent prendre ses différents types de travail dans les parcours ; ils se distinguent par les variations en nature et volume de ces activités et par les formes de division sexuée du travail. Le premier exemple montre une continuité du parcours professionnel rendu possible par une délégation du travail domestique et un volume réduit du travail de handicap. L'investissement du conjoint dans les tâches familiales quotidiennes facilite l'emploi, même si le travail de santé et de handicap peut occuper à des degrés divers. Le second exemple illustre les situations de retrait temporaire du marché du travail liées à une division inégalitaire des tâches domestiques entre conjoints. Les responsabilités familiales et le travail qui en découle attribués à la femme vont avoir un impact concret sur le déroulement de sa trajectoire professionnelle ; le retrait reste toutefois provisoire jusqu'à ce qu'une compatibilité soit trouvée

entre les contraintes des horaires professionnels et les exigences de la vie domestique. En revanche, le dernier exemple rend compte de l'articulation difficile entre, d'une part, un temps important consacré au travail de santé et de handicap, et d'autre part, une lourde charge domestique là aussi due à une division sexuée du travail. Que le retrait du marché du travail soit considéré ou non comme contraignant par les interviewés, la possibilité de s'investir dans un emploi dépend largement de l'allègement des différentes tâches dans les autres sphères d'activité. L'ensemble de ces résultats appelle à prendre en compte les enjeux d'articulation des différents temps liés à ces formes de travail et de genre.

TABLE RONDE : LA PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE, RETOUR AU TRAVAIL – PISTES POUR L'ACTION ET PRÉCONISATIONS

Cette table ronde a réuni *Mathilde Icard, directrice du Centre de gestion de la fonction publique territoriale du nord et présidente de l'association des DRH des grandes collectivités* ; *Noëlle Lasne, médecin du travail* ; *Pascale Levet, professeure associée à l'Institut d'administration des entreprises - Université Lyon 3*, et *Dominique Baradat, ARACT Nouvelle Aquitaine*

M. Icard revient sur les raisons qui ont fait s'engager le Centre de gestion de la fonction publique territoriale (FPT) du Nord, au côté d'autres partenaires (Université de Lille, Établissement public de santé mentale de Lille-Métropole, Fonds

pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique – FIPHFP), dans un autre dispositif de recherche-action du CNAM sous l'intitulé « *Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien en activité : la prise en compte de la santé mentale dans les politiques RH* ».

La principale de ces raisons tient au taux élevé d'agents (40 %) en arrêt de travail de longue durée, pour troubles psychologiques, évalué par le conseil médical³ piloté par le Centre de gestion en charge de l'instruction des dossiers de longue maladie. Ce pourcentage, qui ne pouvait pas manquer d'interpeller, appelait à poser un diagnostic étayé afin de faire évoluer les politiques de santé au travail et les dispositifs de prévention collective. Mais intervenir sur ces questions et agir en prévention de la désinsertion professionnelle implique également de considérer le contexte particulier de la FPT et certaines de ses caractéristiques. Dans ce contexte, on note plusieurs points :

- les forts enjeux de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences liés à des départs massifs à la retraite dans les cinq prochaines années dans la FPT (communes, intercommunalités, départements, régions). À cet horizon, un tiers des personnels pourrait faire valoir leurs droits à la retraite ;
- des emplois qui, pour 70 %, sont des emplois d'exécution, en contact direct avec le public ;
- des questions de santé au travail longtemps déléguées à des experts ;
- l'auto-assurance par les collectivités les conduisant à gérer elles-mêmes l'indemnisation des arrêts de travail de leurs agents sans mécanisme d'incitation à mettre en place des actions de prévention... Dans les spécificités de la FPT, on

3. Le Conseil médical est l'instance issue de la fusion des deux instances médicales que sont le Comité médical et la Commission de réforme, depuis la parution du décret n° 2022-350 du 11 mars 2022.

4. La création des CSE ne concerne pas la Fonction publique.

retiendra la position fonctionnelle des centres de gestion : les collectivités de moins de 350 agents cotisent obligatoirement auprès de ces centres pour avoir accès à une plateforme RH. Ceux-ci ne sont donc pas les employeurs directs des agents et n'ont pas d'autorité directe sur les organisations de travail des collectivités. Par ailleurs, le système d'auto-assurance peut inciter les plus petites collectivités à moins s'investir dans la santé au travail de leurs agents ; le remplacement des agents absents pouvant être compensé par des recrutements rendus possibles par l'activation d'assurance prise auprès d'opérateurs privés.

La recherche-action menée avec le CNAM s'est révélée une opportunité pour faire avancer plus encore le projet de ce centre de gestion. Au travers de ce dispositif, plusieurs groupes ont été constitués : employeurs de petites et grandes collectivités, représentants du personnel siégeant dans les instances, experts en santé et agents en arrêt de longue durée. Des ressources ont été élaborées à l'intention des agents et des employés, présentées aux élus par des binômes constitués par des représentants du personnel et des élus ; un carnet de liaison a notamment été créé pour les agents et les professionnels de santé dans lequel l'ensemble du parcours professionnel de l'agent est indiqué, et y figure si l'agent le souhaite des éléments de santé ; la création d'une commission santé mentale rattachée au Comité d'hygiène sécurité et des conditions de travail (CHSCT)⁴... Au-delà des productions, cette démarche collective a permis de mettre en mouvement les différents acteurs autour des enjeux de santé au travail et maintien en emploi.

P. Levet présente les grandes lignes

d'un projet portant sur le travail et le cancer du sein dans les entreprises et les collectivités, conduit avec le soutien de la Direction générale du travail, l'Institut national du cancer, l'AGEFIPH et le FIPHFP. La conduite du projet s'est appuyée sur les méthodes d'innovation ouverte telles que les *Living lab*. Ces laboratoires vivants sont fondés sur la collaboration de tous les acteurs à chaque étape d'un projet. Ils ont pour but de favoriser l'intelligence collective et de permettre d'expérimenter rapidement les solutions proposées par les acteurs pour répondre à leurs besoins concrets. L'itération est une autre des caractéristiques des *Living Lab* : les résultats produits par ces laboratoires sont continuellement transférés aux membres du projet pour générer de nouvelles idées.

Dans le cadre de ce projet particulier, les objectifs étaient :

- d'expérimenter des dispositifs innovants afin de permettre aux salariés souhaitant travailler pendant ou après un cancer de pouvoir le faire ;
- et de partager ces connaissances pour faire progresser les politiques et les pratiques en matière de maintien en emploi.

Le projet dans sa phase exploratoire a débuté en 2019, auprès de 6 entreprises de taille intermédiaire. Les salariés concernés étaient invités non pas à témoigner mais à partager leurs savoirs d'expérience du travail avec ou après leur maladie. Bâties à partir de ces apports, 10 expérimentations ont été proposées dans des entreprises volontaires (de toutes tailles) en 2020/2021 : par exemple, sur les modalités que pourrait prendre « *l'organisation (d'un droit) à la connexion* » pendant l'arrêt maladie ; ou encore sur les alternatives possibles à l'arrêt de travail

Colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » – CNAM

complet pour ceux voulant pouvoir « faire un travail de santé » lorsqu'il leur semble qu'ils disposent d'une « capacité productive »... En conclusion de son intervention, P. Levet zoome sur deux expérimentations ayant donné lieu à des productions. La première d'entre elle a amené à l'élaboration d'un « référentiel pour un maintien raisonnable » ayant pour but de sécuriser des situations pouvant faire l'objet d'accommodement de travail, définies de manière concertée entre le salarié, le manager et les experts que sont les services de prévention et de santé au travail et les services des ressources humaines. La seconde expérimentation a mené à la conception d'un outil numérique pour appuyer la production et la mobilisation des savoirs d'expérience du travail avec ou après un cancer.

Comment les indépendants et les dirigeants de très petites entreprises (TPE) se posent-ils les questions de leur propre santé ? Quels impacts peuvent-elles avoir du point de vue de la stratégie, du fonctionnement et de l'organisation du travail dans leur structure ? Quels modes de régulation ces acteurs mettent-ils en place pour continuer à travailler et assurer la pérennité de leur entreprise lorsqu'ils sont atteints de maladies chroniques ? De quels dispositifs auraient-ils besoin pour y faire face ?... Ces interrogations font partie de celles qui ont orienté le projet conduit par D. Baradat et l'ARACT Nouvelle Aquitaine, avec plusieurs partenaires (l'Union des entreprises de proximité, la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, l'AGEFIPH) dans le cadre du Plan régional de santé au travail. Elles revêtent une importance certaine quand on sait notamment qu'une entreprise sur trois

s'affiche en cessation d'activité deux ans après que le dirigeant ait découvert qu'il est atteint d'un cancer. Les indépendants font d'ailleurs partie des populations ciblées dans la loi santé au travail du 2 août 2021. Plus de 2 600 indépendants et dirigeants de TPE ont répondu à l'enquête menée par l'ARACT sur un territoire où cette population représente 94,6 % des entreprises. Quelques-uns de ces résultats sont présentés dans cette table ronde. Parmi les répondants, 43 % reconnaissent avoir connu des problèmes de santé. Mais surtout, près de 30 % de ces dirigeants disent ne pas avoir anticipé les effets qu'une maladie pourrait avoir sur la conduite de leur entreprise. Les aspects financiers n'y sont pas étrangers en raison des coûts des assurances prévoyance. La méconnaissance des acteurs qui pourraient les aider dans leur démarche en est également une des raisons : pour la majorité des personnes interrogées, le seul interlocuteur vers lequel ils se tournent est leur médecin généraliste. À la question de savoir ce qui leur serait nécessaire pour mieux gérer les impacts des problèmes de santé sur leur activité, un sur deux réclame des aides financières ; et dans une moindre mesure un accompagnement organisationnel pour leur permettre de continuer à travailler. C'est sur cette dernière piste qu'a travaillé particulièrement l'ARACT, avec plusieurs professions (boulangers, infirmiers, dentistes...). Il s'est agi de définir avec elles quelles étaient les activités que les entrepreneurs se voyaient possible de déléguer à des tiers. Ce sont principalement les activités liées à la facturation, à l'administration et la gestion de la structure qui ont été évoquées et qui, si elles étaient par ailleurs prises en charge, permettraient

d'alléger le travail des exploitants face à la maladie. Déjà des professions se sont emparées de ces résultats pour œuvrer à des actions. Des acteurs des politiques publiques sont également impliqués dans ces réflexions.

Les enregistrements vidéo de ces deux journées sont disponibles sur le site du CNAM : <https://lise-cnrs.cnam.fr/le-laboratoire/evenements-et-actualites-de-la-recherche-concernant-le-lise/vivre-en-sante-au-travail-et-au-chomage-l-affaire-de-tous--1344465.kjsp>