

# « La privation d'emploi dégrade la santé »

## Entretien avec

### Dominique Lhuilier,

professeure émérite en psychologie du travail, Centre de recherche sur le travail et le développement, Conservatoire national des arts et métiers (Cnam).

#### *La Santé en action : Quels liens entre travail et santé ont été mis à jour par votre recherche-action ?*

*Dominique Lhuilier* : Nombreux sont les travaux de recherche montrant que la relation travail-santé se comprend pleinement dans la durée. L'approche diachronique retenue dans cette recherche-action<sup>1</sup> a permis de croiser les trajectoires professionnelles et de santé, intégrant les périodes de chômage. Plusieurs types de parcours se dégagent.

Celui d'une santé sacrifiée jusqu'à la rupture : fragilisation de la santé au travail, endurance, amplification des processus de dégradation de la santé jusqu'à l'accident, l'effondrement, l'arrêt maladie... et le chômage.

Celui d'une usure progressive dans des trajectoires marquées par une succession de contrats courts, un chômage récurrent. Avec l'avancée en âge, les difficultés s'accroissent.

Un autre type de parcours est celui d'une désinsertion professionnelle chronique : cette difficulté initiale d'insertion peut perdurer et s'observer chez des personnes au-delà de la trentaine.

Au chômage, deux autres parcours sont identifiés : celui qui conduit à une dégradation de la santé psychique par suite du licenciement qui peut avoir des effets traumatogènes notamment pour les trajectoires professionnelles longues et sécurisées, ou du fait de la durée du chômage. Cette durée peut générer une tendance dépressive avec une anxiété

face au retour à l'activité ou bien à la perte de l'espoir de retravailler, surtout chez les plus âgés. Enfin, les parcours des personnes pour qui la survenue du chômage est bénéfique pour leur santé sont spécifiques ; ils se caractérisent par une forme de restauration de leur santé mise en péril par leurs conditions d'emploi, donc par la conjugaison d'une mise à l'abri des épreuves du travail et d'un engagement dans un « prendre-soin-de-soi » et de son milieu de vie.

#### *S. A. : Quelles sont les conséquences de la privation d'emploi sur la santé ?*

*D. T.* : La privation d'emploi, *a fortiori* si cette privation est durable, dégrade la santé. La santé des chômeurs reste un angle mort de la recherche sur la santé et le travail, alors que des études montrent que les chômeurs sont dans un moins bon état de santé que les personnes en emploi. Les données épidémiologiques disponibles sont édifiantes. Le chômage est associé à une surmortalité, toutes causes confondues, de 60 %. Les causes de cette surmortalité sont multiples. Être au chômage multiplie par trois le risque de suicide en comparaison avec les personnes en activité professionnelle. Ajoutons à cela une plus forte mortalité par cancer et un risque accru d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde (risque augmenté de 80 % par rapport aux actifs en emploi). Concernant la santé mentale, mêmes tableaux : le risque de connaître un épisode dépressif est plus élevé chez les personnes sans emploi : 24 % des hommes et 26 % des femmes au chômage sont ainsi concernés d'après une étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). Les consommations de substances psychoactives

## L'ESSENTIEL

▣ **Les études montrent que les chômeurs sont dans un moins bon état de santé que les personnes en emploi. Chez les 40-55 ans, ce moment médian de la vie est celui durant lequel les signes de fragilisation de la santé émergent. Dans le cadre d'une recherche-action, une équipe de chercheurs a mené 100 entretiens auprès de chômeurs souffrant d'une problématique de santé. Ils ont dressé une typologie des conséquences du chômage ou d'un emploi précaire ou à risque sur la santé des personnes concernées. Il en ressort notamment que la privation d'emploi, en particulier durable, dégrade la santé. Cette recherche-action fournit des pistes opérationnelles pour améliorer la santé au travail, restaurer l'estime de soi y compris par la « pair-aidance » qui a fait ses preuves via des ateliers collectifs. L'entraide et le soutien par l'échange d'expériences favorisent l'apprentissage de modes de vie en santé au chômage, des démarches de recherche d'emploi, et la construction de projets professionnels et personnels. L'échange entre pairs de savoirs pratiques contribue à développer leurs moyens d'agir.**

constituent aussi des révélateurs et des déterminants de la santé : chez les personnes sans emploi, le risque de recours à ces produits est accru. Et la consommation de médicaments psychotropes augmente avec la durée du chômage (13,8 % pour les personnes au chômage depuis moins d'un an contre 22,2 % pour celles au chômage depuis plus de deux ans).

Les chômeurs sont particulièrement atteints par les inégalités de santé. Plusieurs indicateurs montrent

qu'ils sont en moins bonne santé que les actifs occupés du même âge : santé perçue, morbidité, épisodes dépressifs, recours et accès aux soins... Près de la moitié des personnes sans emploi âgées de 25 à 52 ans (46,8 %) vivent en dessous du seuil de pauvreté. C'est le cas aussi d'un tiers des seniors sans emploi ni retraite (32,1 %), contre 6 % des seniors retraités et 7,4 % des seniors en emploi. Et l'instauration d'une mutuelle santé obligatoire en France pour tous les salariés depuis 2016 accentue encore l'inégalité entre non-chômeurs et chômeurs.

Le chômage est à la fois une condition sociale dévalorisée associée à un sentiment de honte sociale, et une situation d'activité empêchée. L'empêchement de l'activité altère l'image de soi : le sujet ne peut plus se prouver sa valeur et la prouver aux autres. Et l'absence de réponse ou les réponses négatives reçues à la suite de démarches de recherche d'emploi érodent progressivement l'estime de soi. La relation à l'autre est altérée par la honte, le repli, la désaffiliation. L'isolement social est renforcé par la perte du travail qui organise le présent et qui aide à la construction de l'avenir. Le défaut d'activités partagées suspend le temps et le présent devient encombré de préoccupations multiples alors que les perspectives temporelles se brouillent. Le temps suspendu – celui de l'attente passive dans ce temps vide du chômage et cette incertitude sur son devenir – peut être transformé par l'engagement dans des activités hors de la sphère du travail salarié. Ces activités contribuent à préserver sa santé, relancent une dynamique temporelle et socialisante et favorisent la perspective d'un retour en emploi. Retrouver un emploi peut restaurer la santé si le travail (son organisation, ses conditions) permet de travailler en santé.

**S. A. : *Qu'avez-vous observé concernant l'impact de l'emploi sur la santé des 40-55 ans ?***

*D. T. :* Ce moment médian de la vie est celui durant lequel les signes de fragilisation de la santé émergent. Ces signaux peuvent prendre la forme de troubles mineurs (« un genou

*qui couine », « ça tire sur le dos », « la fatigue vient plus vite ») : ils peuvent conduire à des formes d'économie de soi ou – quand ils sont déniés – à des formes d'aggravation qui risquent de conduire à une rupture dans la vie professionnelle (troubles musculo-squelettiques – TMS invalidants, burn-out, infarctus... arrêts maladie, licenciement pour inaptitude ou démission). Éprouver la dimension temporelle de son existence à travers ces indices à la fois somatiques et psychiques sollicite une attention plus grande, portée à la construction de compromis entre exigences de santé et exigences professionnelles. Cependant, cette prise de conscience de l'usure du corps, du vieillissement, des effets de formes de pénibilité du travail n'a pas de destin univoque. Tout dépend des possibilités réelles et perçues de prendre soin de sa santé au travail et en dehors du travail. Ce travail de santé sollicite à la fois un travail sur soi *et* sur ses milieux de vie. Il ne s'improvise pas en solitaire. La santé n'est pas réductible à une affaire privée, personnelle. Elle est le produit de ce travail de santé, un travail qui toujours convoque autrui. Ici, tout dépend des marges de manœuvre et des ressources collectives dont dispose la personne au travail. Quand il est impossible de travailler en santé, la santé peut être sacrifiée pour se maintenir en emploi et ce jusqu'à la crise, la rupture et la désinsertion professionnelle.*

**S. A. : *Comment améliorer et promouvoir la santé des personnes au travail ?***

*D. T. :* Les histoires croisées de travail et de santé permettent de mesurer l'importance d'une perspective diachronique en matière de politiques et de pratiques de prévention permettant un travail soutenable dans la durée. Elles permettent aussi d'aller au-delà de l'approche classique de l'exposition aux risques dans telle situation de travail, qui fait l'impasse sur ce que font les personnes elles-mêmes pour développer et préserver leur santé. Cette approche qualitative diachronique implique de se dégager des segmentations insituées : en emploi ou sans emploi, santé publique ou santé au travail ;

et, essentiellement, de reconnaître la contribution active des travailleurs à l'entretien et au développement de leur santé, ce qu'on appelle le travail de santé. Celui-ci intègre la santé (irréductiblement à la fois somatique et psychique) comme objet même de travail dans l'activité professionnelle. La santé est bien une dimension du geste professionnel. Le travail de santé se manifeste à travers des activités de soin de soi au double sens du *cure* (soigner) et du *care* (prendre soin). Ce qui suppose des arbitrages ou des compromis entre exigences contradictoires (préserver sa santé ou son emploi, composer avec l'usure et préserver ses relations avec ses collègues...) ; des activités de construction des ressources internes et externes compensant les contraintes et les difficultés rencontrées ; l'invention de nouvelles manières de faire ; des auto-prescriptions réglant le style de vie (auto-prescriptions relatives par exemple aux régulations entre différentes sphères de vie, à la résistance à l'envahissement du travail sur la vie personnelle) ; la réorganisation des actes exigés par les prescriptions (professionnelles, sociales) afin de les ajuster aux contraintes des différentes sphères de vie comme aux désirs et aux aspirations personnels... Le travail de santé oriente et transforme les activités professionnelles : réaménagements des rythmes et des temps de travail, construction de stratégies de dégageant des contraintes qui compliquent le « travailler-en-santé » par la restriction des marges de manœuvre nécessaires à l'activité, ajustement à la variabilité, aux fluctuations des capacités productives, réévaluation des priorités et des urgences, réduction de l'exposition aux risques pour soi et pour autrui par la construction-transmission-mobilisation de savoir-faire de prudence... Améliorer, promouvoir la santé au travail suppose de créer les conditions d'un développement de ce travail de santé, à tout le moins de ne pas l'empêcher. Ces exigences sont de plus en plus manifestes si on en juge les récentes données de l'enquête de la Dares (mars 2023) : 37 % des salariés ne se sentent pas capables de tenir dans leur travail jusqu'à la retraite.

**S. A. : D'après vos investigations, les échanges entre pairs pourraient-ils aider à faire ce travail de santé ?**

*D. T. :* L'isolement social, la fragilisation de l'estime de soi, la suspension temporelle induits par le chômage imposent de réévaluer les dispositifs d'accompagnement de chômeurs. Nous voulons souligner ici la portée de dispositifs collectifs (ateliers) plaçant au cœur de leur fonctionnement une activité commune : analyser ensemble ce qui immobilise et construire les voies d'un déplacement vers l'action. Les chômeurs ont besoin de se retrouver en groupe dans des rapports d'entraide qui les requalifient, car ils ne sont plus seulement aidés mais aidants. La réassurance par les pairs est essentielle, comme la reconnaissance de leurs capacités, de leurs savoirs de l'expérience du chômage et des modalités du « prendre-soin-de-soi » pour restaurer leur santé. La parité de condition opère comme un levier puissant : le commun n'est pas la pathologie, mais la fragilisation éprouvée, à la fois vitale (morbidity) et sociale (désinsertion). Les questions en miroir des participants et le vécu du groupe constitué dans la récurrence des rencontres sur un temps long sollicitent les capacités réflexives et favorisent une accélération de processus de révélation, de compréhension des processus qui ont conduit à l'émergence des problèmes de santé combinés à une éviction de l'emploi. L'entraide et le soutien par l'échange d'expériences favorisent l'apprentissage de modes de vie en santé au chômage, des démarches de recherche d'emploi, et la construction de projets professionnels et personnels. L'échange entre pairs de savoirs pratiques contribue à développer leurs moyens d'agir : il s'agit de construire ensemble les ressources individuelles et collectives permettant d'accroître la puissance d'agir, altérée par l'épreuve du chômage, de la santé fragilisée et par leurs effets dans les différentes sphères de vie.

**S. A. : Les femmes qui élèvent leurs enfants en travaillant voient-elles leur santé future fragilisée ?**

*D. T. :* Aujourd'hui, la majorité des personnes en situation de précarité sont des femmes. Elles constituent

70 % des travailleur.euse.s pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et représentent 85 % des familles monoparentales dont une sur trois vit sous le seuil de pauvreté. Elles ne sont pas nécessairement sous-qualifiées. La monoparentalité est sans doute un puissant révélateur de ces inégalités au regard de la double charge de travail. Les expériences du chômage des hommes et des femmes ne sont pas similaires, en particulier parce qu'elles s'inscrivent dans une dissymétrie sexuée de la distribution du travail, familiale et domestique. Cette dissymétrie sexuée commence bien en amont du temps du chômage et peut être à l'origine d'une usure prématurée. Ainsi, on repère des parcours de santé sacrifiée au féminin qui sont caractéristiques des histoires croisées de travail et de santé de femmes élevant seules leurs enfants. Les enfants apparaissent à la fois comme une ressource (« pour eux, j'ai tenu »), et comme sources de difficultés accrues (énergivores, imposant des horaires de travail compatibles avec les exigences familiales, causes d'absences mal perçues...). Les cas de *burn-out* sont typiques de ces parcours où se combinent souvent des sur-sollicitations (dans les deux sphères familiale et professionnelle) et du sur-engagement par attachement à la conformité aux rôles sociaux (être une bonne mère, une bonne professionnelle). La monoparentalité peut conduire à occulter les troubles de santé, à privilégier l'attention et les besoins des enfants au « prendre-soin-de-soi », à reprendre rapidement un emploi, quel qu'il soit, y compris peu compatible avec l'état de santé. Plus globalement, les salariés « aidants familiaux » sont le plus souvent des femmes, ce qui pèse sur leur vie professionnelle, mais aussi lorsqu'elles sont au chômage. Le niveau de cette surcharge varie selon les inégalités sociales et les soutiens familiaux. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Cette recherche-action, Chômage et Santé, est hébergée au sein de deux laboratoires du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) de Paris (LISE-UMR 3320 et CRTD-EA4132). Elle est



© Alexa Brunet/PhiloSaf Images-Residence-Française durant la traite du soir, Auzeilles, Théradite.

financée par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), la Cnam et en partenariat avec les Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine et Île-de-France, un Cap Emploi, un Territoire zéro chômeur de longue durée et une mission locale. Les chercheurs impliqués sont Virginie Althaus, Gilles Amado, Dominique Gelpe, Éric Hamraoui, Dominique Lhuillier (direction scientifique), Katherine Portsmouth, Carole Tuchszirer, Anne-Marie Waser ; avec la participation de Michel Debout et de Michel Hautefeuille.

**Pour en savoir plus**

- Lhuillier D., Portsmouth K. Les inégalités de genre au prisme de la santé au travail et au chômage. *La Revue des conditions de travail*, Anact, janvier 2023, n° 13 : p. 1-13. En ligne : <https://www.anact.fr/que-peut-faire-le-travail-pour-renforcer-legalite-professionnelle>
- Gelpe D., Lhuillier D., Waser A.-M. Chômage et santé fragilisée : dynamiques des parcours de travail et de santé et processus de reconstruction de soi. Une recherche-action. *Revue française des affaires sociales*, 2022, n° 4 : p. 107-125. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2022-4-page-107.htm>
- Hamraoui E., Lhuillier D., Portsmouth K., Waser A.-M. Chômage et handicap : un accompagnement au service de la normativité. *Orientation scolaire et professionnelle*, 2022, vol. 51, n° 2 : p. 311-341. En ligne : <https://journals.openedition.org/osp/16133>
- Hamraoui E., Lhuillier D., Portsmouth K., Waser A.-M. Le burn-out vu du chômage. *La Revue française de service social*, 2022, vol. 283, n° 4 : p. 59-66. En ligne : [https://irts-poitou-charentes.centredoc.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=91745](https://irts-poitou-charentes.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=91745)
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*. HCE, 2017 : 124 p. En ligne : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-precarite>