

Santé et travail,
paroles de chômeurs

Collection « Clinique du travail »
dirigée par Yves Clot et Dominique Lhuilier

La collection accueille et valorise des travaux relatifs à la problématique « subjectivité et travail », dans une perspective pluridisciplinaire en articulation avec les préoccupations et les demandes sociales émanant des situations de travail. Le fondement commun de ces perspectives et de la collection est la priorité accordée aux situations réelles et concrètes de travail, et à la visée de transformations de celles-ci.

DÉJÀ PARUS

Marie-France Custos-Lucidi
Le racisme ordinaire au travail

Dominique Lhuilier et Anne-Marie Waser
*Que font les 10 millions de malades ?
Vivre et travailler avec une maladie chronique*

Voir la collection complète en fin d'ouvrage

Sous la direction de
Dominique Lhuilier
Dominique Gelpé
Anne-Marie Waser

Santé et travail, paroles de chômeurs

Clinique du travail

 érès

Cet ouvrage est issu d'une recherche-action financée par l'AGEFIPH, la MILDECA, la CNAM et conduite en partenariat avec Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine, Pôle emploi Île-de-France, Cap emploi Beauvais, Territoires zéro chômeur de longue durée de Bouffémont-Attainville-Moiselle, l'association Solidarités nouvelles face au chômage et une mission locale de Paris.

Les chercheurs impliqués sont Virginie Althaus, Gilles Amado, Dominique Gelpé, Éric Hamraoui, Dominique Lhuilier (direction scientifique), Katherine Portsmouth, Carole Tuchsirer, Anne-Marie Waser ; avec la participation de Michel Debout, Michel Hautefeuille, Yvonne Joret.

Cette recherche-action a été menée en collaboration avec des psychologues de Pôle emploi de deux régions :

– Île-de-France : Chantal Abondo Bessala, Laetitia Amable, Virginie Dailliez, Nathalie Feuger, Cécile Folliot, Valérie Gandibleux, Patricia Le Pennec, Cécile Mariot, Angélique Muntz, Géraldine Psaltopoulos.

– Nouvelle-Aquitaine : Alexandra Bordet, Estelle Bruneau, Hugo Capitaine, Christelle Chayer, Élisabeth Dambiel, Ingrid Dorat, Déborah Graça, Véronique Guicheteau, Hélène Himblot, Sophie Pubert, Sophie Saioud.

Illustration de la couverture :

A. Modigliani (1884-1920), *Elvire assise, accoudée à une table*, 1919,
Saint Louis Art Museum

Conception de la couverture : Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2024

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-8030-1

Première édition © Éditions érès 2024

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
1. DES HISTOIRES DE VIE ET DE TRAVAIL.....	13
Les parcours de santé sacrifiée.....	23
<i>Du sur-engagement choisi aux sur-sollicitations subies.....</i>	24
<i>Maltraitance et sur-investissement.....</i>	26
<i>Surcharge professionnelle et charges domestiques : le burn out au féminin.....</i>	31
<i>Rupture d'avec soi-même et séquelles durables.....</i>	33
Usure du précarier.....	36
<i>Impossible CDI, inaccessible avenir.....</i>	38
<i>Nomadisme professionnel : un travail d'emplacement empêché.....</i>	42
En défaut d'insertion professionnelle chronique.....	43
Une synthèse des facteurs déterminant les parcours.....	53
2. EXPÉRIENCES DE CHÔMAGE.....	55
Transformations du rapport au temps, aux institutions et aux autres.....	57
Rupture immobilisante.....	62
Dégradation de la santé psychique au chômage.....	67
<i>Le choc de la perte d'emploi.....</i>	67
<i>Ce qui se joue dans la durée du chômage.....</i>	69
Santé restaurée.....	74

3. LE CHÔMAGE A-T-IL UN SEXE ?.....	83
Quel genre de travail ?.....	84
Quel genre d'emploi ?.....	90
La prévalence d'une santé fragilisée chez les femmes.....	93
Les femmes sont-elles plus fragiles que les hommes ?.....	97
Les expériences de violence, de maltraitance.....	100
La double charge de travail et la fabrique de l'usure prématurée.....	105
L'indépendance des femmes fragilisée au chômage.....	108
Chômage et crise de la masculinité.....	110
Travailler, pour quoi faire ?.....	113
4. AU FIL DES GÉNÉRATIONS.....	121
L'expérience des jeunes.....	123
Les jeunes accompagnés dans le cadre de dispositifs d'insertion spécifiques.....	125
<i>L'expérience du chômage sous l'angle des parcours.....</i>	128
<i>Le défaut d'insertion chronique associé au décrochage.....</i>	129
<i>La santé « sacrifiée » et l'usure prématurée.....</i>	132
<i>Difficultés et ressources des jeunes chômeurs.....</i>	136
Les travailleurs privés d'emploi âgés de 50 ans et plus.....	144
<i>Parcours avec insertion professionnelle discontinue et marqués par la précarité.....</i>	145
<i>Pathologies du surinvestissement au travail et chômage.....</i>	149
<i>Parcours marqués par une dégradation de la santé au chômage.....</i>	153
<i>Fin de carrière : l'horizon inaccessible de l'emploi.....</i>	156
5. DEMANDES ET ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS.....	161
La prise de conscience tardive des problèmes de santé : déli, euphémisation, occultation.....	166
Accès au système de santé.....	170
Souffrance, demandes, recours aux soins psychiques.....	176

Soigner l'addiction ?.....	178
Accès aux droits, épuisement des droits.....	183
<i>Comment faire face à un tel labyrinthe institutionnel !</i>	186
6. LE TRAVAIL DE SANTÉ	195
Construire sa santé tout au long de la vie.....	197
Travail de santé en emploi.....	199
Travail de santé au chômage.....	211
<i>Le réinvestissement du corps</i>	211
<i>Des activités réflexives, symboligènes</i>	213
<i>Éprouver le pouvoir sur son acte</i>	214
<i>Temporalisation</i>	216
<i>Sociabilité : travail d'emplacement et recomposition de différentes sphères de vie</i>	217
Ressources et conditions du travail de santé.....	222
<i>Se faire soigner/se soigner en produisant du milieu</i>	223
<i>Relance du travail de santé par l'activité et la création d'un nouveau milieu</i>	226
7. L'ACCOMPAGNEMENT DES CHÔMEURS	231
L'accompagnement individuel.....	233
<i>Vulnérabilité face au chômage et anxiété vis-à-vis de la reprise du travail</i>	233
<i>La posture d'accompagnement</i>	237
<i>Trouver et intégrer un métier compatible avec sa santé</i>	244
<i>Développer des activités en groupe</i>	247
L'accompagnement collectif.....	248
<i>Du déni au récit de ce qui s'est passé : subjectivation et expérimentation d'activités personnelles et personnalisantes</i>	253
<i>Construction d'un avenir tenant compte du passé : normativité</i>	256
<i>Transformer son milieu : s'émanciper, avoir une place sociale, développer sa santé</i>	258
Dialogue et travail du sens : une synthèse.....	260

CONCLUSION.....	263
Retour sur un demi-siècle de politique d'emploi, de classification et d'assurance chômage.....	264
L'expérimentation « Territoires zéro chômeur de longue durée », la santé au cœur du principe de l'activation des dépenses passives.....	271
Des perspectives d'action construites avec les chômeurs et discutées avec les parties prenantes.....	275
<i>Reconnaître et valoriser les savoirs de l'expérience</i>	276
<i>Accompagner en considérant la personne dans sa globalité, sa pluralité</i>	277
<i>Faciliter l'accès et le recours aux soins</i>	282
<i>L'entreprise, le marché de l'emploi, les ressources humaines, les cabinets de recrutement, les syndicats</i>	284
ANNEXES.....	289
Méthode de la recherche-action.....	289
Communication de psychologues de Nouvelle-Aquitaine : Accueillir les demandeurs d'emploi et accompagner leur travail de santé.....	291
Communication de psychologues de Nouvelle-Aquitaine : Des groupes de parole « santé » à Pôle emploi, pourquoi faire, pour faire quoi ?.....	298
Communication de psychologues d'Île-de-France : Expérimenter des groupes de pair-aidance de privés d'emploi.....	303
Communication de psychologues d'Île-de-France : les psychologues de Pôle emploi et la recherche-action.....	308

Introduction

Qui s'intéresse aux chômeurs ? Si on est régulièrement abreuvé des « chiffres du chômage », convié à se réjouir d'améliorations sensibles et quantifiées, que sait-on des vies qui se déroulent lors de ce temps de suspension de l'activité professionnelle ? De la diversité des expériences qui conduisent à la porte de Pôle emploi (devenu récemment France Travail), ou à lâcher prise, à ne plus se déclarer « demandeur d'emploi » ? Que se passe-t-il durant ces temps plus ou moins longs chez ceux qui sont relégués « à la maison » ou sous un toit précaire, par défaut de lieu de travail... et de collègues ?

Qui sont les chômeurs ? Des « tire-au-flanc » manifestes tant ils tardent à retrouver un emploi ? Pire, des « parasites » vivant aux crochets de la société tandis que d'autres, eux, se lèvent chaque matin pour aller gagner leur pain et payer des impôts ? Les représentations et les discours politiques et médiatiques ont ici la vie dure. Dans une conception où lutter contre le chômage ce doit être lutter contre l'inaction des chômeurs et, partant, contrôler leur « recherche active d'emploi », la pression qui s'exerce sur eux est forte ; elle va aussi en augmentant.

Les représentations du chômeur et les discours politiques ne reflètent guère la réalité des situations des personnes. Faut-il vraiment lutter contre le chômage ? Contrôler les chômeurs ? Ne faudrait-il pas plutôt se saisir des conditions qui mènent les gens au chômage ? qui font qu'ils ne peuvent plus envisager revenir dans des emplois où ils ne tiendront pas ? Épuisement au travail,

pressions, absence de sens, de reconnaissance, développement de maladies chroniques ?

Penser le chômeur responsable de son état, c'est éloigner le spectre du chômage pour soi. Plus les nouvelles du marché du travail sont angoissantes, plus le recours à cette stratégie défensive donne l'illusion du contrôle de sa vie. Si le chômeur est l'artisan de son exclusion, ceux qui ont un emploi (pour le moment) peuvent se rassurer. La stigmatisation des chômeurs apaise l'angoisse des « actifs en emploi » et sollicite leur sur-engagement au travail.

Pourtant, les chômeurs ne sont pas une espèce singulière. Et les périodes de chômage font de plus en plus partie du parcours professionnel des salariés.

Stigmatiser les chômeurs écarte tout intérêt pour la vie des sans-emploi et, en particulier, pour la question de leur santé. Si on dispose aujourd'hui de nombre de données, d'enquêtes, de recherches, de plans d'action sur la santé au travail, pourquoi le temps du chômage n'est-il jamais intégré à ces investigations ?

À en juger au nombre réduit de travaux de recherche sur cette question, à l'absence de médecine du travail ou de tout autre système de suivi de leur santé, à l'absence de politique publique visant la prévention de la dégradation de la santé durant les périodes de chômage, il semble que le chômage soit synonyme de chute dans un trou, une trappe, une zone d'invisibilisation majeure.

Les chômeurs sont-ils toujours des travailleurs ? Ou des zombies errant entre les statuts légitimes qui fondent les différentes catégories instituées : ni en emploi, ni en éducation, ni en formation, ni en retraite...

Le seul organisme dédié est Pôle emploi¹ : à lui de « gérer » les problèmes de santé rencontrés ? De faire avec tous ceux qui

1. Dans la suite du texte, nous avons fait le choix de maintenir l'appellation Pôle emploi. France Travail est né le 1^{er} janvier 2024, il est trop tôt pour mesurer les effets de ce changement.

poussent cette porte à la suite d'un licenciement pour inaptitude médicale, tous ceux qui, aux prises avec le choc du licenciement, la durée du chômage ou les chômages répétés tout au long de leur vie professionnelle, voient leur santé se dégrader et, du même coup, la perspective d'un emploi s'éloigner.

Puisque compter semble aujourd'hui plus audible que décrire, arrêtons-nous un temps sur les quelques données chiffrées disponibles : elles valent plus qu'un long discours. Toutes indiquent clairement que les chômeurs ont un risque accru de connaître des problèmes de santé par rapport aux travailleurs en emploi.

Le chômage est associé à une mortalité, toutes causes confondues, de 60 % supérieure aux non-chômeurs après contrôle de divers facteurs dont l'âge et autres facteurs sociodémographiques². Chaque année 14 000 décès sont imputables au chômage³. Les causes de cette surmortalité sont multiples. Être au chômage multiplie par trois le risque de suicide en comparaison des personnes en activité professionnelle⁴. On observe aussi 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 actifs⁵).

2. P. Meneton, M. Plessz, É. Courtin, C. Ribet, M. Goldberg, M. Zins, « Le chômage : un problème de santé publique majeur », *La revue de l'Yves*, vol. 217, n° 91-92, p. 141-154. <https://doi.org/10.3917/rdli.091.0141>

3. Rapport du Conseil économique, social, environnemental, *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner*, 2016. À titre de comparaison, 3 267 décès à la suite d'un accident de la route en 2022...

4. M. Debout, J.C. Delgènes (sous la direction de), « Le chômage augmente le risque suicidaire », dans *Suicide, un cri silencieux : mieux comprendre pour mieux prévenir*, Paris, Le Cavalier Bleu, p. 115-121.

5. R.M. Sanchez, M. Plessz, G. Airagnes, C. Ribet, N. Hoertel, M. Goldberg et coll., « Cardiovascular burden and unemployment: A retrospective study in a large population-based French cohort », *PLoS ONE*, vol. 18, n° 7, 2023, e0288747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288747>

Concernant la santé mentale, même tableau : le risque de connaître un épisode dépressif y est multiplié⁶ et un épisode de chômage d'au moins six mois, même passé, peut contribuer à affecter le bien-être d'une personne à long terme. Autrement dit, sortir du chômage ne signifie pas nécessairement tourner la page et s'engager vers de nouvelles aventures, lesté des traces de ce temps de suspension hors du monde du travail.

À l'évidence, la santé dépend essentiellement des conditions de vie. Alors, qu'en est-il des conditions de vie au chômage ? Près de la moitié des personnes sans emploi vivent en dessous du seuil de pauvreté. C'est le cas aussi d'un tiers des seniors sans emploi ni retraite⁷. Le chômage, synonyme de perte de revenu, implique pour beaucoup une réévaluation des dépenses considérées comme prioritaires. 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.

Ces constats alarmants peuvent conduire à s'interroger : le chômage est-il la « cause » – ou le « catalyseur » – d'un mauvais état de santé ? Ou bien un état de santé dégradé accroît-il le risque de se retrouver au chômage ? Ou encore d'autres facteurs expliquent-ils à la fois l'entrée au chômage et une mauvaise santé ?

Dès 2016, un avis du Conseil économique, social et environnemental a souligné le fait que le chômage constitue un « véritable problème de santé publique ». Constat qui, sans doute, doit être mis en perspective à l'aune des transformations du monde du travail : précarisation de l'emploi, intensification et externalisation du travail, recul de l'âge de départ à la retraite, montée des

6. 24 % des hommes et 26 % des femmes au chômage sont ainsi concernés d'après cette étude. C. Mette, T. Barnay, T. de Saint Pol, *Santé et itinéraire professionnel. État de la connaissance et perspectives*, Paris, DARES, 2016.

7. 32,1 %, contre 6 % des seniors retraités et 7,4 % des seniors en emploi. Cf. A. D'Isanto, J. Hananel, Y. Musiedlak, « Un tiers des seniors sans emploi vivent en dessous du seuil de pauvreté », *Études et résultats*, n° 1079, 2018.

diverses formes de pénibilité, mise en compétition des salariés et accroissement des formes « d'inemployabilité » par la santé. Toutes ces évolutions complexifient à l'évidence les possibilités de construction d'une compatibilité entre emploi et santé altérée.

En effet, les organisations du travail semblent de plus en plus excluantes, intolérantes à la fluctuation des capacités productives et réticentes à organiser une régulation collective⁸, installées dans le déni de la vulnérabilité humaine. Ne pas être à 100 % de ses moyens tout au long de sa vie, c'est courir le risque de se voir écarté de l'emploi. Les actions déployées dans le monde du travail pour « prévenir la désinsertion professionnelle » ressemblent bien à cette cuillère utilisée pour vider la mer... La prévention de la désinsertion professionnelle ne peut s'arrêter à la porte de l'entreprise. Or, la multiplication de dispositions source de précarisation (réforme de l'assurance chômage, renforcement du contrôle⁹...), les difficultés d'accès à l'emploi, les problèmes de santé et d'addiction dégradent les situations tout en accentuant l'exclusion et l'invisibilisation des chômeurs.

On sait bien que les périodes de chômage font de plus en plus partie du parcours des individus, et ce n'est sans doute pas près de s'arrêter. Or la santé se construit, se déconstruit tout au long de la vie, de ces trajectoires qui sont de plus en plus marquées par des ruptures, des transitions. Le temps du chômage est un puissant révélateur des effets du travail sur la santé. Il peut être aussi celui de l'intensification de la construction sociale de « l'inemployabilité ».

Si le travail peut nuire gravement à la santé, qu'en est-il alors du chômage ?...

8. Nombre d'études ergonomiques indiquent qu'une régulation collective suppose des marges de manœuvre au niveau des postes de travail permettant ainsi aux travailleurs, impliqués en amont et en aval, de s'entendre sur le rythme et la qualité de la production.

9. C. Vives, L. Sigalo Santos, J.-M. Pillon, V. Dubois, H. Clouet, *Chômeurs, vos papiers ! Contrôler les chômeurs pour réduire le chômage ?*, Paris, Raisons d'agir, 2023.

Le travail vu du chômage mérite une plus grande attention. Aussi avons-nous réalisé durant plus de deux ans une recherche-action¹⁰ d'ampleur, à la rencontre de chômeurs : des femmes et des hommes de tous âges, de différentes catégories socioprofessionnelles, vivant en zones urbaines ou rurales, pour chercher à comprendre, avec eux, ce qui les avait conduits au chômage, leurs expériences de ces temps plus ou moins longs, plus ou moins récurrents sans emploi, les questions qu'ils se posent, qu'ils nous ont posées...

Les récits de leurs parcours de vie, en emploi, au chômage, sont éclairants et nous avons fait le choix ici de leur donner enfin la parole¹¹.

La restitution de larges extraits de ces récits est présentée selon diverses perspectives : d'abord globales au travers d'histoires de vie (chapitres 1 et 2), puis sous le prisme de facteurs particuliers (chapitres 3 à 5) ; la notion de travail de santé, présente tout au long de l'ouvrage, fait l'objet d'une analyse spécifique au chapitre 6 ; l'ouvrage se poursuit par une focalisation sur la question pratique de l'accompagnement (chapitre 7) et se termine par une conclusion intégrant la question des politiques publiques et des perspectives d'actions élaborées et discutées avec les chômeurs.

10. Cette recherche-action, Travail, chômage et santé, est hébergée au sein de deux laboratoires du Conservatoire national des arts et métiers de Paris (LISE et CRTD), financée par l'AGEFIPH, la MILDECA, la CNAM et réalisée en partenariat avec Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine et Île-de-France, Cap emploi Beauvais, Territoires zéro chômeur de longue durée de Bouffémont-Attainville-Moiselle, l'association Solidarités nouvelles face au chômage et une mission locale à Paris. Les chercheur·euses impliquées sont Virginie Althaus, Gilles Amado, Dominique Gelpe, Éric Hamraoui, Dominique Lhuilier (direction scientifique), Katherine Portsmouth, Carole Tuchsirer, Anne-Marie Waser ; avec la participation de Michel Debout, Michel Hautefeuille et Yvonne Joret.

11. L'ouvrage, centré sur la parole des chômeurs, n'a donc pas pour objet le fonctionnement de Pôle emploi (France Travail).

Des histoires de vie et de travail

À la rencontre de chômeuses et de chômeurs, on réalise vite qu'il n'y a pas *une* expérience du chômage, et qu'il faut revenir au travail, à ce qui a été perdu, pour comprendre à la fois les significations de cette perte et les processus qui ont conduit à cette bascule hors de l'emploi.

Lors d'une réunion de demandeurs d'emploi dans une agence de Pôle emploi, c'est le thème « Santé, travail et chômage » qui a été proposé pour les échanges :

« – Moi c'est Christy. Comme Agatha, je suis au chômage depuis septembre. J'étais monitrice d'auto-école et j'ai eu un problème de genou. J'ai dû me reconvertir. C'est la deuxième fois que je me retrouve au Pôle emploi. La fois d'avant, c'était il y a cinq ans, à la suite d'une rupture conventionnelle. J'avais des soucis avec une de mes responsables. Ça ne marchait pas. Du coup, j'ai fait la formation de monitrice auto-école. Et me revoilà cinq ans après ! À ne plus pouvoir le faire et à devoir encore retrouver autre chose. C'est comme ça la vie. On n'a pas le choix. La première fois, c'était une rupture conventionnelle et la deuxième fois, un licenciement pour inaptitude. Je vis avec mon conjoint, mon beau-fils de 6 ans et je suis enceinte de 4 mois. Donc je suis un peu bloquée...

– Moi, je m'appelle Lucille. J'étais étudiante en licence d'anglais et de littérature anglaise. Je faisais des petits boulots pendant les vacances. J'ai décidé d'arrêter avant la fin, je suis rentrée dans la police. C'était un contrat de trois ans renouvelable une fois seulement. Et j'ai décidé de mettre un terme à mon contrat car cela ne me convenait pas. Depuis ma démission, je travaille en intérim, principalement en usine. Parfois on me contacte le matin pour l'après-midi. Je fais ça en attendant de trouver ma voie... Je vis seule.

– Moi, c'est Florence, 55 ans, j'ai été gardienne d'immeuble, je suis pleine d'arthrose. Un accident de travail, un licenciement. On n'est pas tellement aidé quand on a la maladie, par rapport au travail, c'est "La porte" ! Un accident du travail : immobilisée quatre mois. Le médecin du travail avait demandé que je change de balai, que j'ai des chariots pour mes seaux, que j'ai accès aux ascenseurs... C'était un peu trop demander à mon employeur. J'ai été licenciée. C'est un beau métier, mais... on y laisse notre santé. J'étais dehors qu'il pleuve, qu'il neige, qu'il vente... J'ai 55 ans...

– Bonjour c'est Laura. J'ai 26 ans, j'ai mon diplôme d'infirmière depuis 2016. J'ai fait trois ans en psychiatrie en tant qu'infirmière. J'étais intérimaire et ils m'envoyaient toujours au même endroit. Et puis, j'ai eu de moins en moins de missions. Je me sentais angoissée de reprendre en hôpital parce que là j'étais en foyer d'accueil médicalisé. C'était déjà un peu plus tranquille. Peur d'avoir oublié ou de ne pas savoir comment faire correctement. Et puis, les histoires de confinement. Et le décès de ma mère... je me retrouve à ne pas savoir si je continue le métier d'infirmière ou pas. J'ai très, très... beaucoup de stress à l'idée d'y retourner en tant qu'infirmière et en même temps, je ne sais pas ce que je pourrais faire comme autre métier, comme autre formation... Je traîne cette peur de ne pas être à la hauteur.

– Bon, alors moi, c'est Mélodie, j'ai 34 ans, deux enfants, un conjoint, j'ai fait des études en immobilier et en fait, j'ai passé mon BTS en candidat libre. Mais entre-temps, je travaillais chez un grossiste en bâtiment et en 2016, j'ai eu un accident dans la rue. Je suis tombée d'un trottoir et mon pied a atterri dans un caniveau. Vous avez tous le droit de rigoler, mais

ça m'a valu une inaptitude professionnelle pendant deux ans : le pied était cassé. J'ai été licenciée pour inaptitude. J'ai retrouvé du travail : accueil dans une agence immobilière. Et quelques années après, je me suis rendu compte que ça ne correspondait pas du tout à mes valeurs. Ce monde où les clients ne sont que des portefeuilles et on est tous des requins à se battre pour avoir le dernier bout de gras... j'ai dit non, ça ne me correspond plus. Inscrite à Pôle emploi, on a trouvé la voie qui me correspondait le plus : assistante ressources humaines. Moi, je suis plus côté salarié vu ce qu'on voit autour de nous. La formation dure trois ans, mais j'ai une épée de Damoclès au-dessus de la tête : fin octobre, mes droits s'arrêtent. Bien évidemment, le confinement n'a pas aidé...

– Bonjour, je m'appelle Maria. J'ai bientôt 52 ans. J'ai travaillé en maison de retraite. Je l'ai quittée, car elle ne me donnait pas de CDI. Du coup, j'ai fait mon temps plein à X, une chaîne de restauration. Je fais la plonge, la cuisine et tout. Et puis un temps de travail dans les escaliers chez un particulier. J'ai quatre enfants. Je suis obligée de travailler dans plusieurs emplois pour pouvoir m'en sortir. Du coup, pendant tout ce temps-là, ça se passe très bien. Je n'avais pas de soucis. Mais arrive un nouveau patron à X. Il dit : "Nous, on ne travaille que dans la famille. Du coup on va vous virer tous." Et sinon, ceux qui ne voulaient pas partir : "Je vais donner des contrats de 20, 26, 25 heures." Moi, j'ai dit 25 heures, c'est pas possible, j'ai beaucoup de charges. Il me dit : "à prendre ou à laisser". Moi, je dis que je reste. Il m'a dit "si vous ne signez pas le nouveau contrat, le patron, il va vous virer. Il faut signer les papiers". Il m'a donné le contrat. Je le ramène à la maison, à ma fille, parce que je ne comprends pas très bien. Elle m'a dit : "Non, maman, tu ne signes pas parce que ce contrat-là, c'est un mauvais contrat, c'est pas bon pour toi." J'y retourne et je lui donne sans signer. Moi, j'avais peur parce que ça m'est jamais arrivé des choses comme ça. Moi, je ne connais rien du tout. Mais je dis non, il ne peut pas me virer comme ça, j'ai jamais eu de lettre de licenciement pendant tout ce temps de ma vie où je travaille en France. Qu'est-ce qu'ils ont fait ? Ils m'ont enlevé mon travail et m'ont mis à faire les chambres [dans un hôtel associé au restaurant]. Il me donne vingt-huit chambres à faire. Des fois, à 20 heures, je suis encore là. Moi, j'ai pas envie de quitter

mon travail. Je restais là. Je restais là. Jusqu'au jour où je suis tombée dans la chambre. J'ai mal et je n'ai jamais été en arrêt maladie... Je suis partie chez le médecin. Il m'a envoyée à l'hôpital parce que ça ne va pas du tout. Là ils me disent : "Désolé, mais vous devez être opérée pour enlever ce qui descend parce que ça n'est plus à sa place." C'est l'utérus. Après, j'ai repris le travail. Ils m'ont encore mis à faire les chambres. Là, j'ai senti : un crac jusqu'au bassin. Je suis revenue à l'hôpital... le médecin du travail a dit : "Non, ce n'est pas possible, vous ne pouvez plus faire ce que vous faites. C'est fini pour vous. Vous êtes vraiment abîmée. C'est le dos qui est déplacé carrément, l'utérus qui descend..." Le médecin du travail a dit à mon patron : "Est-ce que c'est possible de changer Maria de place de travail parce que maintenant, tout ce qu'elle a fait, là c'est fini. Elle ne peut plus le faire." Il a dit : "ben nous on n'a pas de place". Après, le médecin m'a fait une inaptitude. Mais moi, je n'ai pas signé le licenciement parce qu'il ne m'a pas mis tout mon droit dedans. Il n'a même pas donné tous les papiers qu'il faut pour le chômage. J'ai dû envoyer ma fille pour les avoir. Maintenant je suis au chômage. En attendant de changer de métier, parce que tout ce que j'ai fait avant... maintenant je ne peux plus porter, je ne peux plus me baisser parce qu'ils m'ont mis une plaque dans le ventre. Et mon dos s'est éclaté complètement. Ils ne m'ont pas donné le solde de tout compte. Tous les ans que j'ai faits là-bas, j'ai rien du tout (*pleurs*)...

– Moi, c'est Laurianne, j'ai 43 ans. J'ai une formation de juriste. J'ai une affection de longue durée depuis 2014. Depuis ce moment-là, j'ai vu ma vie professionnelle chuter. Ce n'est pas à ce genre de chose que l'on s'attend. Ce n'est pas ce que j'avais commandé au père Noël mais bon... J'ai aussi une grande famille à charge. Ce n'est pas évident de tout gérer. J'ai rencontré la psychologue du travail de Pôle emploi quand je me suis retrouvée un peu au fond du sac, qui m'a proposé une formation pour m'extirper de cette voie sans issue. J'ai réalisé cette formation et j'ai obtenu mon diplôme : mandataire judiciaire à la protection des majeurs. C'est pour gérer tout ce qui est tutelle et curatelle. Mais moi je ne peux pas travailler à temps complet avec ma pathologie, et j'ai des soins à l'hôpital... alors là, j'ai l'impression que le travail à temps partiel, ça n'existe pas. Visiblement il n'y a aucune place pour du mi-temps,

du temps partiel. Je n'ai aucune offre. C'est ahurissant. J'ai fait mon année d'études. J'ai tout donné. J'ai obtenu mon diplôme brillamment. Et il n'y a pas d'emploi à temps partiel. Le chômage et la santé, c'est compliqué. La santé et l'emploi en général, ça devient compliqué. Dès que l'on n'est plus dans les normes, c'est compliqué. Le fait d'avoir une RQTH¹ est à double tranchant. Si on met ça sur le cv, il y a des boîtes qui ne répondent même pas. C'est censé aider, mais j'ai constaté que c'était discriminant. Je ne le mets même plus sur mon cv.

– Moi c'est Youssef. J'étais chef de service dans une association qui accueillait des mineurs délinquants, un service d'accueil d'urgence. Avant ça, j'étais éducateur, après coordinateur puis après chef de service. Mais toujours sans diplôme. J'ai gravi les étapes comme ça. Et puis, pour résumer, l'arrivée de la nouvelle directrice m'a déstabilisé. J'ai pété les plombs, burn out. Je ne supportais plus personne, que ce soit mon N+1, les ados, l'équipe. Voilà, je n'en pouvais plus. J'étais tout le temps rabaisé. Elle n'envisageait pas que j'occupe un tel poste, tout simplement. La relation s'est dégradée avant même qu'elle ait commencé. Donc à un moment donné, un trop-plein... je suis arrivé à un moment où je pouvais taper un ado. C'est super compliqué. Quand on n'a plus sa tête, quand on est rabaisé sans arrêt, c'est super compliqué à gérer. Je me suis arrêté un moment, un suivi auprès d'un psychiatre, avec des antidépresseurs aussi. Le thérapeute m'a amené à réfléchir sur ce que je voulais vraiment, ce que je voulais et ce que je ne voulais plus. Ce que je ne voulais plus, c'était retourner justement dans cette structure. On s'est arrangés avec le N+2, on a eu un entretien qui a abouti à une rupture conventionnelle. J'étais dans cette structure depuis 2007. Ça ressemble à du harcèlement, mais pour le prouver... elle a gagné ! Je ne pensais pas qu'elle gagnerait. Elle a été très subtile. Elle a 27 ans, moi j'en ai 51. Elle avait quasiment l'âge de ma fille. Aujourd'hui, je suis dans le flou, c'est super compliqué de revenir. J'ai un manque d'assurance énorme. Effectivement, je me suis entré dans la tête que je n'étais pas à ma place. Accéder à un poste de chef de service sans diplôme, c'est impossible.

1. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Trouver un financement, pour la formation, de 7 000/8 000 euros, c'est compliqué... Et une VAE d'éduc spé, c'est pour moi revenir en arrière. »

Pour saisir la façon dont se trament, dans les histoires de travail, les histoires de santé, le retour sur le parcours de vie est essentiel. La santé des personnes et leur expérience du travail se construisent mutuellement tout au long de la vie². Ce sont ces histoires, toujours singulières, qui permettent de comprendre les difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi, se traduisant par le chômage ou la précarité de l'emploi, les départs précoces à la retraite, les licenciements pour inaptitude médicale, ou encore les parcours de recours au statut de RQTH.

Déplier ces histoires donne accès aux processus, aux événements, dans leurs déroulements temporels, qui ont orienté les parcours, mais aussi à la façon dont chacun a tenté de conduire, de corriger le cours de sa vie, de trouver des appuis. Loin d'une vision déterministe limitée aux explications en termes de causes-effets, il nous faut reconnaître dans ces histoires les capacités d'agir des personnes et les ressources disponibles, cherchées, créées pour tenir dans la durée une vie en santé, en emploi et hors emploi.

La vie n'est pas un long fleuve tranquille. Des événements ou des transformations à la fois plus discrètes et incontournables (tel le vieillissement) modifient le rapport de l'individu au monde, à son propre monde fait de routines, et remaniant plus ou moins profondément ses modes habituels d'agir. C'est bien sûr le cas dans les expériences de fragilisation de la santé. La santé, à la fois

2. C. Courtet, M. Gollac, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte, 2012 ; A.-F. Molinié, C. Gaudart, V. Pueyo (sous la direction de), *La vie professionnelle. Âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*, Toulouse, Éditions Octarès, 2012 ; V. Hélarlot, C. Gaudart, S. Volkoff, « La prise en compte des dimensions temporelles pour l'analyse des liens santé-travail : voyages en diachronie », *Sciences sociales et santé*, n° 4, 2019 p. 73-97, <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0157>

corporelle et psychique, quand elle se fragilise, transforme la vie ; la maladie aussi évidemment. On devient autre : altérité physique, car ce que peut le corps « après » se mesure avec ce qu'il pouvait « avant » ; altérité psychique du fait de l'expérience de la fragilité, de la précarité. Il faut alors jongler avec les impératifs de la société, notamment ceux du monde du travail, et avec les exigences de la santé fragilisée. Cette nouvelle vie implique des changements dans les manières de faire et des ajustements biographiques : ils visent, les uns et les autres, à conserver et/ou regagner un certain degré de contrôle sur son propre parcours, rendu discontinu par la fragilisation de la santé³. Comment s'opère cette recomposition de la capacité d'action en situation d'incertitude ? Quels sont les buts et conditions de l'action dans le monde, y compris le monde du travail ?

Ici, il s'agit bien de (re)construire les conditions d'un agir à la fois durable et soutenable. En effet, les manières dont se conjuguent dans la durée les trajectoires de santé et les trajectoires professionnelles ne dépendent pas seulement des pathologies ou du déclin des capacités fonctionnelles. Car ceux-ci peuvent être compensés par des stratégies opératoires et relationnelles qui permettent d'assurer les exigences de production, de métier, tout en préservant la santé. Encore faut-il que l'environnement de travail fournisse aux personnes une marge de manœuvre suffisante pour que ces régulations et formes de compensation des limitations puissent se construire⁴.

3. D. Lhuillier, A.-M. Waser, *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*, Toulouse, érès, 2016.

4. D. Lhuillier, C. Gaudart, « Introduction », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 16, n° 1, 2014 ; D. Lhuillier, A.-M. Waser, « Travailler avec une santé altérée : comment prévenir la désinsertion professionnelle ? », *Références en santé au travail*, n° 157, 2019, p. 63-77.

L'environnement de travail est essentiel. Or on voit très manifestement dans les histoires de chômeurs les effets des transformations contemporaines du travail sur la santé : pathologies de l'intensification du travail, risques psychosociaux, souffrance au travail, individualisation, perte de sens, défaut de ressources collectives. Mais aussi des transformations de l'emploi : intermitte- nce, précarisation, externalisation, division sociale des risques et des atteintes. Dans des contextes de précarisation et d'incertitude accrues, les conditions d'une possible préservation d'un pouvoir d'action sur la vie professionnelle en santé semblent bien se réduire.

La fragilisation de la santé physique et psychique tend à fragiliser l'insertion économique et sociale... et inversement. Les trajectoires de vie marquées par une dégradation de la santé sont confrontées à l'incertitude, la précarité ou à des transitions voire des ruptures biographiques. Comme on le voit à travers ces premiers échanges lors de cette réunion de chômeurs, la santé altérée est associée à un risque accru de difficultés multiples au travail, de tensions relationnelles, d'absentéisme, d'incapacité professionnelle, de limitation d'activité, de perte/changement d'emploi, de perte de confiance en soi, de relégation hors du monde du travail⁵.

5. P. Aballéa, M.-A. Mesnil du Buisson, *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés*, rapport de l'IGAS, n° 2017-025R, tome 1, 2017 ; T. Barnay, J. Favrot, C. Pollak, « L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles », *Économie et statistique*, n° 475-476, 2015, p. 135-156 ; A. Bette- rich, B. Drolez, B. Legrand-Junget, *Handicap et emploi : étude de parcours indivi- duels*, rapport de l'IGAS, août, n° 2018-006R, 2018 ; M. Collet, N. De Riccardis, L. Gonzalez, « Trajectoires professionnelles et de santé et sorties définitives de l'emploi avant 60 ans », *Dossiers Solidarité et santé*, DREES, n° 45, 2013, p. 3-35 ; C. Mette, T. Barnay, T. de Saint-Pol, « Santé et itinéraire professionnel. État de la connaissance et perspectives », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 73, 2016.

Une santé dégradée conduit bien souvent au chômage⁶. On note un écart flagrant entre les déclarations des personnes, lorsqu'on prend le temps d'écouter et de comprendre le maillage santé-travail dans leur récit, et les statistiques officielles qui sous-estiment la prise en compte des accidents ou maladies professionnelles en raison des enjeux de ces déclarations.

Tenir ensemble des enjeux de satisfaction à la fois en matière d'emploi, de travail et de préservation de sa santé semble bien aujourd'hui de plus en plus compliqué. Sacrifier sa santé pour tenir au travail, malgré les signes infra-pathologiques, les douleurs, la souffrance, pour préserver son emploi ? Ou arbitrer en faveur d'une santé à préserver, se mettre à l'abri d'un travail de plus en plus insoutenable ? Comment ? Les formes de retrait supposent d'avoir d'autres ressources pour bien vivre⁷ ou de faire valoir un droit ou un statut (congé longue maladie, inaptitude, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH, invalidité). La maladie ouvre des droits : ainsi, la dégradation de la santé est-elle devenue l'un des principaux modes dérogatoires au recul de l'âge de la retraite. Privilégier la santé peut se traduire par le fait de quitter son emploi. Il s'agit là d'un choix par défaut le plus souvent. Défaut de possibilités perçues de transformation

6. Selon un rapport de l'IGAS de 2017, si 8 % des chômeurs et des inactifs interrogés dans le cadre de l'Enquête emploi 2014-2015 déclarent que la survenue d'une maladie ou d'une invalidité est la circonstance principale de la rupture de leur contrat antérieur et du chômage, cette proportion est de 12,9 % dans le secteur de la construction et 9,2 % dans le secteur de l'industrie manufacturière ou extractive. Les données de Pôle emploi montrent que, pour une vingtaine de métiers, les licenciements pour inaptitude médicale représentent plus du quart des inscriptions. Globalement, le nombre de licenciements pour inaptitude, révélant ainsi des problèmes de santé antérieurs à l'entrée au chômage, va croissant : + 11,6 % entre 2013 et 2015.

7. G. Pruvost, « Dépenser moins pour vivre mieux. Le cas de boulangers paysans vivant en yourte », *Revue des politiques sociales et familiales*, n° 123, 2016, p. 105-119.

des situations de travail pour les rendre compatibles avec une vie professionnelle en santé, échec des stratégies élaborées pour « tenir malgré tout ». Y compris en cherchant à accroître ses résistances et ses performances par la consommation de produits divers, ces « adjuvants chimiques de l'action », par le dopage en somme⁸. Ces retraits ou mises à l'abri de la pénibilité du travail interviennent souvent trop tard, une fois la santé déjà dégradée. D'autres parcours professionnels sont possibles bien sûr : plus maîtrisés, moins soumis au poids des contraintes de précarité, ils montrent une aspiration au soin de soi, une attention portée à ce qui peut dégrader la qualité de la vie au travail et hors du travail.

Il y a bien plusieurs parcours, plusieurs types d'histoires. Celles dans lesquelles domine l'« usure », révélée par des traces potentielles des contraintes ou nuisances sur la santé ; celles qui témoignent de processus de sélection, qui écartent une partie des travailleurs qui ne peuvent plus faire face ; d'autres encore qui sont préservées grâce à diverses formes de régulation, quand les travailleurs peuvent construire des stratégies qui permettent à la fois leur maintien en emploi et la préservation de leur santé. Les situations des chômeurs rencontrés, comme leurs expériences de la vie au travail, sont extrêmement diverses. Diversité des secteurs d'activité, des métiers, des types de contrat d'emploi, des troubles de santé, des formes d'imbrication de ces problèmes de santé dans d'autres systèmes d'inégalités (sexe, âge, classe sociale, inégalités ethno-raciales...). Mais on peut néanmoins repérer, grâce à la comparaison des histoires de chacun, des convergences entre les parcours croisés de travail et de santé. Nous avons identifié trois grands types de parcours. Ajoutons encore que ces parcours

8. A. Ehrenberg, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995 ; R. Crespin, D. Lhuilier, G. Lutz (sous la direction de), *Se doper pour travailler*, Toulouse, érès, 2017.

peuvent se combiner, se succéder. Il ne s'agit pas de typologies (elles tendent à enfermer dans une catégorie et à figer dans le temps) mais bien de tendances qui, à certains moments de l'histoire de vie, dominant.

LES PARCOURS DE SANTÉ SACRIFIÉE

Ils sont caractérisés par une période d'emploi stable, avec un investissement souvent important dans le travail, suivi d'un processus plus ou moins long de dégradation des conditions de travail et de la santé, dont témoigne le recours à des arrêts de travail répétés. Pour les artisans, indépendants, autoentrepreneurs... le recours à l'arrêt de travail est très pénalisant, de sorte qu'ils maintiennent bien souvent leurs activités malgré les troubles de santé.

Au terme de cette période de fragilisation progressive se révèle un problème de santé majeur, ou un effondrement par épuisement. Ce qui est visé avant tout durant toutes ces années est le fait de « tenir au travail malgré tout », malgré la pénibilité, la solitude que fabriquent la dissimulation et l'accoutumance à ces difficultés. Cela a un coût : l'amplification des processus de dégradation de la santé, de l'usure jusqu'à l'accident, l'effondrement, l'arrêt maladie, la tentative de suicide... et le chômage, interne ou externe⁹.

On y trouve souvent des arrêts de travail répétés, voire de longs arrêts maladie (un à trois ans), associés à une rupture sociale et

9. Si dans la fonction publique on rencontre encore rarement des licenciements, le chômage interne est très fréquent. Il prend la forme de mise au placard : l'emploi est préservé, mais le travail confié s'efface ou se réduit à des occupations, des simulacres de tâches inutiles ou ne correspondant pas du tout au poste formellement occupé et à la qualification. Tous ceux qui sont en attente de reclassement pour raisons de santé peuvent rester des mois, voire des années, chez eux dans l'attente de cette réaffectation.

professionnelle, un profond isolement et une perte de confiance en soi et en les autres. La « capacité à rebondir » s'étiole avec la durée de l'arrêt. Ces histoires se soldent par des licenciements pour inaptitude ou des ruptures conventionnelles, des licenciements économiques (PSE) utilisés pour se mettre à l'abri, ou des « mises au placard », notamment dans la fonction publique. La fragilisation de la santé est liée aux épreuves physiques et psychiques du travail (pénibilité physique du travail et usure professionnelle, risques psychosociaux, séquelles d'accidents du travail), mais aussi aux épreuves de la vie extraprofessionnelle (exil, deuil, agression, séparation, maladie de plus en plus invalidante...). Ces parcours sont les plus nombreux parmi tous ceux que nous avons reconstruits avec chacune des personnes rencontrées.

Du sur-engagement choisi aux sur-sollicitations subies

Paul, 55 ans, a travaillé trente-cinq ans, gravi les échelons au fil des ans, de receveur de péage à des postes de cadre. Cette carrière le conduit à des fonctions de directeur d'exploitation et, en parallèle, il s'engage dans des études universitaires et obtient un master en management stratégique. Il s'implique dans la modernisation des systèmes de péage, et il est missionné sur des projets importants à l'étranger, tout en faisant des allers-retours dans sa région d'origine pour voir sa famille le week-end. Il tient le rythme et la charge mentale et physique de travail... Deux ans plus tard, il fait un infarctus.

Il décide alors de revenir dans sa région et de revoir ses choix professionnels pour tenir compte de ses problèmes de santé. Il opte pour un statut de contractuel dans la fonction publique territoriale et devient directeur adjoint au niveau départemental sur des projets de voirie, de construction, d'immobilier. Lors d'un changement politique suite à des élections, Paul se retrouve au

placard : « D'un seul coup, le néant, le néant », cela dure six mois. Il démissionne et se relance sur le marché de l'emploi en quête d'un nouveau poste.

Toujours dans la fonction publique territoriale comme contractuel, Paul accepte alors, dans une région éloignée, une mission complexe de restructuration de trois laboratoires. Au bout de deux ans, un lundi, à sa surprise, son corps lâche : « la lumière s'éteint », « je me suis fait cueillir ». Un psychiatre lui annonce : « Vous ne pouvez plus ! » Un burn out...

Les histoires de burn out, fort nombreuses parmi celles rencontrées, illustrent parfaitement ces parcours de santé sacrifiée. Elles se fabriquent dans des combinaisons entre sur-sollicitations (surcharge de travail, intensification du travail, harcèlement...) et sur-engagement (par identification à l'organisation ou au métier idéalisé, pour construire une promotion sociale fortement valorisée, par désir ou nécessité de « gagner plus »), qui conduisent à ce syndrome d'épuisement professionnel.

Alors que les premières études sur le burn out se référaient surtout aux professionnels engagés dans des relations de soins aux patients, nos observations nous conduisent à privilégier d'autres angles d'analyse, moins centrés sur la question du choix de métier ou sur le « profil psychologique » du travailleur plus enclin que d'autres à l'empathie envers les usagers. Cette prévalence parmi les chômeurs rencontrés, comme cette diversité des métiers, montrent que le burn out est moins le révélateur d'une fragilité personnelle différentielle que symptomatique de profondes transformations du monde du travail, associées à un déni de la vulnérabilité, une occultation des limites.

À l'écoute de ces histoires, on perçoit bien que les sur-sollicitations dans les situations de travail décrites sont à mettre en perspective avec ces transformations du travail. Intensification, précarisation et individualisation du travail contribuent tout à la

fois à accroître les exigences du travail et à réduire les ressources pour y faire face. À ces grandes évolutions s'ajoutent de nouvelles méthodes de gestion et de management qui sollicitent et valorisent disponibilité, engagement, adaptabilité et performance. Dans de nombreuses situations de travail, l'idéal au travail semble même devenu la norme¹⁰. La promotion de l'initiative, de l'autonomie et de la responsabilité suggère que les appuis doivent être trouvés sur les ressources propres de chacun.

Maltraitance et sur-investissement

On repère aussi la coexistence d'un syndrome d'épuisement professionnel et d'un état de stress post-traumatique suite à des agressions psychiques répétées. En effet, le harcèlement moral peut prendre la forme d'une mise en échec du salarié par surcharge de tâches ou prescriptions de tâches qui ne correspondent pas à ses compétences, à sa formation. Cette surcharge peut être aussi liée au mode de rémunération (à la tâche ou avec une part fixe très faible et une autre variable, fonction de la productivité) ou à certaines formes d'emploi (précarité chronique qui conduit à cumuler les emplois, les missions intérimaires).

Le sur-engagement dans le travail s'associe à différents processus psychosociaux. Ainsi de l'identification à l'organisation ou du sentiment d'avoir une dette envers elle, par exemple chez ceux qui ont connu « grâce » à l'entreprise une carrière ascendante ; ou de l'identification au métier et attachement à ses règles, à ses valeurs. Plus globalement, l'hyperactivité peut traduire les efforts considérables déployés pour produire un travail de qualité alors que les conditions pour ce faire ont disparu. La conscience

10. M.-A. Dujarier, *L'idéal au travail*, Paris, Puf, 2006.

professionnelle aujourd'hui rend vulnérable au risque de l'hyperactivité¹¹. On peut rencontrer encore d'autres processus tels que l'auto-accelération défensive pour réduire le parasitage de l'activité par les affects de souffrance, d'angoisse ou de colère, liés à la situation de travail ; ou le travail d'insertion réalisé notamment par les jeunes pour démontrer leur valeur professionnelle et se voir enfin accorder une place, le Graal, un CDI. En situation de maltraitance, l'intensification des efforts fournis cherche à répondre à l'exigence de défense de sa dignité. Et ce sur-engagement dans le travail conduit mécaniquement à un désinvestissement des autres sphères de vie.

Jean, 46 ans, est en arrêt de travail depuis trois ans. Il a obtenu un bac commercial et a commencé à travailler dans ce secteur, mais, dit-il : « J'ai pas aimé, j'ai quitté. Chômage. » Rapidement, il trouve du travail à la Poste. Il y tente un concours pour être titularisé mais c'est un échec. Il se lance alors dans une autre direction professionnelle : éducateur. D'abord aide-éducateur en emploi jeune pendant cinq ans, il obtient ensuite deux brevets d'État, éducateur sportif et animateur. Il candidate dans une collectivité locale : un an sous contrat, puis création de son poste, stagiaire encore un an et enfin titularisation. Il travaille depuis treize ans dans cette collectivité : « J'avais enfin trouvé ma voie, j'aime ce métier même si c'est dur des fois. Avec les jeunes, ça peut être tendu mais j'aime travailler avec eux. J'ai eu des inspections, les rapports étaient toujours bons. Je n'avais aucun problème, j'étais réputé très patient avec des enfants très durs pourtant. »

Le maire recrute une directrice générale des services (DGS) : « Je ne me suis jamais entendu avec elle, elle m'a pris en grippe

11. C. Dejours, « Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? », *Travailler*, n° 11, 2004, p. 25-40.

tout de suite ; elle voulait que je fasse de la culture, mais moi ma formation, ma passion, c'est le sport ; aussi pour elle, tout ce que je faisais, ce n'était jamais bien. Depuis c'est la descente aux enfers. »

Le climat est de plus en plus tendu dans cette petite mairie dans laquelle travaillent vingt-huit agents : neuf d'entre eux quittent la collectivité. Jean entend bien résister, faire valoir son point de vue, démontrer la qualité, la pertinence de son travail. Aux remarques désobligeantes succède un déclassement : de directeur de centre, il est rétrogradé à la fonction d'éducateur. Ce qui se traduit aussi par une perte de 400 euros alors que récemment il s'est engagé avec son épouse dans l'achat de sa maison. Une mise en échec chronique des efforts fournis est organisée : accumulation de tâches, attribution de nouvelles tâches administratives, de montage de dossiers financiers, gestion des huit associations de la ville en plus de son travail d'éducateur sportif. Un véritable « acharnement » de la DGS qui ne communique avec lui que par mail. Il demande un rendez-vous avec le maire : aucune réponse.

« Les petites communes, c'est différent : le maire fait ce qu'il veut. On n'a aucun recours, il est tout-puissant, décide de tout : les affectations, notations, promotions, accès aux places en crèche, aux permis de construire, aux subventions pour les associations. Il régit la vie au travail et hors travail aussi... La DGS s'est mise sur la peau des gens ; c'est elle qui dirigeait la mairie en fait, mais ils étaient main dans la main. L'élu adjoint jeunesse s'occupait de moi ; il m'a dit "tu es compétent mais tu ne te laisses pas faire". [...] La DGS m'a dit que j'étais le plus dur à gérer. Elle s'acharnait sur moi. »

Jean perd le sommeil, s'épuise, passe un temps considérable à tenter de répondre au « toujours plus d'exigences ». « Ils voulaient que je parte ; c'était un bras de fer pour me faire partir. » Il tente alors deux candidatures dans d'autres collectivités mais un poste est déjà pourvu, l'autre n'est que temporaire. Il s'effondre : premier

arrêt de travail pour burn out. À son retour, il crée une section syndicale :

« Là, ça a été encore plus l'enfer avec le maire, il ne me serrait plus la main, c'était la guerre. Mais je n'ai rien fait de mal, je me suis investi à 100 % mais... Pour moi le travail, c'est très important. Je suis passé par des temps de galère et quand j'ai trouvé un poste fixe, j'étais heureux. L'amour du travail, une famille de bosseurs. »

Il s'effondre à nouveau : un AVC cette fois, avec des séquelles importantes. « J'ai craqué, c'est dû au harcèlement. » Il entame un long parcours de soins : orthophonie, kinésithérapie, suivi en CMP¹² pour dépression, traitement antidépresseur mais aussi antiépileptique (séquelle de l'AVC). « Tous ces traitements sont toujours en cours, je ne suis plus comme avant. » Des troubles cognitifs, des idées suicidaires, un recours à l'alcool, des tensions dans la sphère familiale, de la honte, du repli... Le comité médical examine son dossier tous les ans et il est convoqué par des experts qui doivent statuer sur son état de santé, sur une éventuelle prolongation de son arrêt de travail. Le responsable lui dit : « “Mais pourquoi ne m'avez-vous pas téléphoné avant ?” Mais il fallait téléphoner ? je ne savais pas..., je me sens abandonné. » Il demande l'imputabilité de la dégradation majeure de sa santé à la commission de réforme : « Ça fait trois ans que j'attends, c'est très très long. » Un expert a validé cette imputabilité mais la commission de réforme demande une contre-expertise car « le rapport du premier expert était trop succinct paraît-il. » Le maire « fait traîner les choses, m'a mis en demi-traitement quand je suis passé en arrêt longue durée. J'ai maintenant 650 euros par mois et une complémentaire santé pour vivre avec ma femme et ma fille ».

12. Centre médico-psychologique.

Deuxième AVC : « J'étais très très contrarié par le maire qui contestait l'imputabilité, me mettait des bâtons dans les roues pour la commission de réforme. Avec ce nouvel AVC, je ne sentais plus rien sur le côté droit, le précédent, c'était cérébral. [...] Depuis trois ans et demi, rester à la maison, c'est horrible. »

Jean a perdu tous ses liens : « Plus de nouvelles de personne. [...] J'ai perdu pas mal d'amis. [...] J'ai du mal à élever mon enfant, j'ai du mal à me contrôler, c'est parce que je ne vais pas bien du tout ».

Jean ne se sent plus le même : il a des interrogations majeures sur son avenir du fait de sa santé fragilisée, sa fatigabilité. Avec une enfant de 11 ans, un prêt pour l'achat de sa maison à rembourser, à 46 ans... Il se sent démuni, dépendant de son épouse qui porte « son dossier » et qui a aussi des problèmes d'emploi (licenciée, elle a retrouvé un emploi mais précaire). « Avoir la reconnaissance, c'est ça que je veux. Tout ça à la base, c'est le travail. Quand j'étais bien au travail, j'ai même réussi à faire un enfant à ma femme alors qu'on n'y arrivait pas depuis quatre ans. J'étais bien dans mon travail. »

Dans les temps longs (en moyenne environ trois ans) qui précèdent l'effondrement, on retrouve toujours un déni ou une euphémisation des signes d'alerte, le désir de cacher ses difficultés, ses affects (« ne pas s'écouter »). Mais aussi des tentatives de régulation de la charge de travail échouées : par défaut de collectif de travail, du fait de la distance au travail réel de l'encadrement, dans le cadre d'un bras de fer avec un harceleur qui construit les conditions d'une mise en échec, ou du fait d'une absence de marge de manœuvre permettant de construire un travail soutenable.

*Surcharge professionnelle et charges domestiques :
le burn out au féminin*

Le présentisme (venir travailler en étant malade) vient retarder le diagnostic ; l'extraction de la situation de travail (arrêt-maladie) pour rompre la dynamique mortifère semble alors envisageable. S'arrêter pour pouvoir recommencer à penser est justement impensable, car à partir d'un certain niveau d'intensité ou d'extensivité (le travail envahit toutes les autres sphères de vie), l'activité érode la subjectivité. Aussi, ce sont des effondrements ou des événements tels qu'accidents du travail, AVC, infarctus, perte de connaissance, explosion d'agressivité, épisode de sidération anxieuse ou confusionnelle... qui viennent faire rupture.

Sophie est fonctionnaire dans la fonction publique territoriale. Elle a 49 ans. Elle a choisi son métier, sa formation a été « une révélation » : les valeurs professionnelles coïncident avec ses valeurs personnelles. Pendant dix ans, elle exerce son métier d'éducatrice auprès de jeunes enfants, métier de femmes par excellence, dans différentes structures. Tout se passe bien. Elle candidate dans une nouvelle structure faisant la promotion d'une qualité de service exemplaire ; elle est recrutée mais déçante rapidement. Elle décide néanmoins d'y rester car sa vie personnelle évolue (elle devient mère). Ici encore s'illustre le fait que les choix professionnels des femmes sont bien souvent dictés par des situations familiales. Pendant quinze ans, elle est confrontée au quotidien à des conflits de valeur et tente auprès de sa hiérarchie de faire changer les choses. En réponse, convocations et avertissements. Elle tient malgré tout, s'appuie sur son équipe : ensemble, elles font du « bon boulot ». Épuisée par cette maltraitance institutionnelle et malgré plusieurs signaux d'alerte physiques, elle se maintient dans son activité professionnelle. Jusqu'au jour où... elle s'effondre, vidée, plus aucune énergie. En arrêt, elle se replie chez elle, se sent comme « un zombi ».

Ses journées sont rythmées par les horaires de l'école de ses enfants. On observe un déplacement de son investissement sur le travail domestique (« ça doit être nickel puisque je suis à la maison ») et familial (elle retire ses enfants de la cantine...) qui maintient l'épuisement. Son médecin traitant, ne voyant pas d'amélioration après quelques mois d'arrêt, lui propose une hospitalisation qu'elle refuse. « Comment ça se passera à la maison ? Quel regard va-t-on porter sur moi ? » Le poids des prescriptions sociales en matière de travail domestique et familial, des modèles genrés des rôles masculin et féminin, est manifeste. Une alternative lui est proposée : une hospitalisation en hôpital de jour spécialisé en souffrance au travail. À ce jour, elle débute ce programme. La double charge de travail (qui, faut-il le rappeler, incombe le plus souvent aux femmes) épuise et si le travail professionnel est suspendu par l'arrêt, l'autre activité est maintenue avec un déplacement du sur-engagement. Ce métier du « prendre soin », comme tous les métiers du *care* qui sont le plus souvent attribués aux femmes, expose à de fortes résonances entre le personnel et le professionnel, ce qui accroît le niveau d'exigence à l'égard de la qualité du travail à réaliser dans les deux sphères d'activité. On peut voir là une piste pour comprendre la prévalence du burn out au féminin.

Dans la même lignée, on peut évoquer les histoires de femmes (le plus souvent encore) qui sont éduquées au principe qu'elles ont à s'occuper des autres, pas d'elles-mêmes.

Ainsi, Catherine, qui a aujourd'hui 61 ans, a été licenciée après toute une vie professionnelle d'infirmière. Elle raconte son histoire : « En 1996, j'ai mon premier bébé. Je suis une vieille maman, j'avais 37 ans. J'ai eu un diabète gestationnel à la naissance, ça a continué en diabète où je ne me suis jamais soignée réellement. [...] Je ne vivais que pour survivre, pour que mes enfants soient bien, c'est tout. Ma santé, c'était le moindre de

mes soucis. Je me faisais disputer parfois par mon médecin parce que je n'avais pas de bons résultats. Il me disait "Vous allez finir comment, vos fils vous voulez qu'ils soient orphelins ?" Je le prenais très mal car tant que je tenais, je tenais. »

Prendre soin de sa santé n'était pas envisageable : « Parce que j'avais des problèmes d'argent, des soucis avec mes enfants. Je voulais à tout prix qu'ils réussissent mais ils stagnaient un peu. Non, j'ai toujours... toute ma vie on m'a formatée à ne pas m'occuper de moi. [...] Là je suis diabétique bien atteinte, j'ai des problèmes de vision qui baisse beaucoup et j'avoue que maintenant ça m'inquiète. [...] Je dois aller me faire opérer de la cataracte. »

Depuis qu'elle est chômage, elle reconsidère ses normes de vie : « J'ai vu un nouveau médecin qui m'a dit "je ne peux rien faire pour vous, c'est l'hôpital". J'accepte. J'ai fait toutes les démarches pour être prise en charge à l'hôpital, ils m'ont fixé un rendez-vous pour une hospitalisation demain matin. Ça y est, maintenant je m'occupe de moi, je le dis partout, aujourd'hui ça passe avant le reste. »

Rupture d'avec soi-même et séquelles durables

Le burn out apparaît comme une « pathologie de surcharge, certes, mais aussi, d'une certaine façon et trop souvent, [une] pathologie de la solitude¹³ ». La personne ne partage pas (quand elle ne la nie pas) la dégradation de son état de santé ; ou bien elle y fait superficiellement face par des recours épisodiques au médecin sans poser/accepter une problématique de santé à la fois globale et potentiellement dangereuse.

Dans les métiers qui comportent de fortes charges physiques (ils sont nombreux !), on trouve ces parcours d'usure et d'occultation

13. M.-P. Guiho-Bailly, « Syndrome d'épuisement professionnel », *Concours médical*, vol. 138, n° 10, 2016, p. 779-814.

des signes avant-coureurs d'une dégradation de la santé. Des troubles musculo-squelettiques se manifestent, les douleurs sont de plus en plus fortes. Les consultations médicales permettent d'obtenir des analgésiques, des infiltrations. Jusqu'au moment où le médecin résiste, prescrit un arrêt maladie, une opération. Si des complications se profilent, le temps de l'arrêt s'accroît, ou le médecin du travail décide d'une inaptitude... le licenciement en est la suite la plus fréquente. Ce processus d'empêchement radical, qui s'observe aussi dans des métiers non « physiques », entraîne une rupture psychique d'avec soi-même : la personne fait face à une image d'elle-même dévalorisée, elle ne se reconnaît plus. Cela accroît les séquelles physiques et psychiques de cette usure prématurée : incapacités fonctionnelles par suite de cette usure prématurée ou d'un accident du travail ; anéantissement, absence d'énergie, difficultés de concentration, de mémorisation, sentiment d'étrangeté à soi-même, somatisations associées diverses dans ces histoires d'épuisement... Il faut beaucoup de temps pour se reconstruire : ces séquelles peuvent amputer durablement, une fois au chômage, la recherche d'un emploi.

Grace se pensait « forte », « résistante » ; un burn out survient sur son dernier poste : « C'est un volume de travail démesuré qui m'a fait... mon cerveau sur la fin n'a pas tenu... je n'arrivais plus... Ma tête et mes mains, je n'arrivais plus... à penser, à réfléchir, et donc à sortir mon travail. À produire, plus rien qui sortait... Même plus savoir où cliquer, où regarder... *(Pleurs)* C'est extrêmement douloureux et perturbant. »

Perte des repères, sentiment d'étrangeté à soi-même, activité au point « mort » car le cerveau s'est débranché : « C'est comme une oie, avec un entonnoir en fait. On vous gave comme une oie ! [...] Aujourd'hui, j'en suis encore là, au stade du vomissement. C'est encore entre le ventre et l'œsophage. C'est toujours là... »

L'émergence de problèmes de santé, toujours perturbante, peut être sidérante : « J'ai une bonne santé, une très bonne santé mentale aussi, c'est pour ça que je suis autant déstabilisée. Jamais de ma vie j'aurais cru faire un burn out. Peut-être me suis-je crue trop forte par rapport à ce que je pensais, je pensais mon mental... enfin, fort quoi... »

Sylvie a 58 ans, elle « fait » un burn out après trente-huit ans de carrière comme assistante juridique.

« Moi, je savais que j'étais extrêmement fatiguée. J'avais un poste très lourd, donc je partais très tôt le matin, vers 6 heures et demie, pour rentrer, souvent, entre 20 et 22 heures. J'avais de très, très longues journées et je sentais à la fin que j'étais très mal... jusqu'à l'épuisement professionnel. J'ai été arrêtée par les médecins parce qu'en fait, je n'ai pas pu y retourner. Je suis retournée une fois reprendre mon poste au bout d'un mois d'arrêt. Et là, j'ai été jusqu'à faire un AVC. Après l'AVC, j'ai repris mon travail parce que je voulais absolument reprendre et je n'ai pas pu. L'AVC est arrivé chez moi, on m'a envoyée à l'hôpital. Je voulais reprendre parce que j'aimais mon travail, j'étais très investie dans mon travail. Ça me souciait de ne pas être au travail. Mais j'étais épuisée, une immense fatigue. C'est ça. Ce n'était pas une dépression, c'était un burn out. En fait, je ne pouvais plus, je n'avais plus la force physique d'aller au travail. Je suis resté couchée pendant des mois, je dormais. J'ai été obligée d'aller vivre chez mes parents, parce que je ne pouvais plus tenir mon appartement tellement j'étais fatiguée. Les médecins aussi me l'ont demandé, ils voyaient que je n'avais pas la force. Ça a duré un an. Je ne pensais pas que j'en arriverais là. J'ai fait toute ma carrière professionnelle sans problème. Je n'étais jamais malade. Jamais arrêtée. Jamais, je ne m'arrêtais jamais, sauf pour partir en vacances. J'étais tout le temps à mon poste. Bon, je me sentais fatiguée, mais c'est vrai que ça m'est tombé dessus. J'étais au bout du bout, il a fallu que je me reconstruise. J'ai été licenciée à peu près au bout d'un an d'arrêt maladie. Et donc c'est là que je suis allée m'inscrire à Pôle emploi. Je suis en reconversion professionnelle. Je ne peux plus faire ce genre de travail, trop lourd... »

USURE DU PRÉCARIAT

On trouve ici des parcours caractérisés par une prévalence du travail précaire (CDD, intérim...). Ils comportent des caractéristiques communes : un chômage récurrent et une succession de contrats courts, s'accompagnant souvent dans la durée d'une dégradation progressive du niveau de qualification des emplois occupés. Dans la répétition, le coût psychique de ce travail toujours à recommencer de recherche d'emploi, mais aussi d'inscription dans de nouveaux cadres de travail et d'ajustement à de nouvelles organisations du travail, demande de mobiliser une énergie qui éprouve. Reprendre, se relancer, observer, repérer, se fabriquer le mode d'emploi de ce nouvel environnement... L'épreuve tient également au fait de devoir faire à chaque fois « ses preuves » : montrer, démontrer qu'on peut, et ce en conformité avec la manière attendue. Cette intégration implique d'apprendre à réguler l'investissement de soi dans ce travail : celui-ci est à la fois nécessaire à la qualité du travail et risqué du fait de la perte à venir au terme du contrat. Donner de soi au risque que la séparation résonne comme une amputation et de se voir trop attaché pour pouvoir se relancer dans la prospection du contrat suivant. Ce « prendre place parmi les autres », le « travailler ensemble » impliquent la construction de la coopération avec de nouveaux collègues ; mais ceux-ci peuvent aussi limiter leurs engagements face à celui qui est perçu comme « de passage ». Dans des situations de plus en plus nombreuses où le turn-over va bon train, où les intérimaires, les services civiques, les contrats aidés, les contrats de courte durée se succèdent, les professionnels voient leur charge de travail s'accroître : accueillir, transmettre, aider, orienter... et répéter indéfiniment ce travail d'accompagnement à la construction d'une place dans l'équipe, le service. Nombreux sont ceux qui finissent par se détourner de ces sollicitations, et se replient sur leurs tâches et le noyau stable de collègues. La précarisation implique un

travail d'emplacement dans une histoire en cours, sans en connaître les ressorts et ressources et sans futur à bâtir ensemble... , qui produit de l'usure, de la lassitude, de l'épuisement.

Avec l'âge, les difficultés à « trouver une place » s'accroissent et les bénéfices trouvés à une supposée plus grande liberté hors du CDI semblent s'éroder. Le précarariat subi¹⁴ est un puissant vecteur d'insécurité mais également de ressentiment quand l'injustice perçue s'amplifie du fait du décalage éprouvé entre contribution (double investissement dans le travail et dans la recherche de travail) et rétribution (financière mais surtout symbolique, celle de la place non plus éphémère mais durable). La précarisation de segments de plus en plus importants du monde du travail éclaire le développement de ces formes d'usure au travail sans qualité¹⁵. La progressive domination d'une logique du rendement et de l'efficacité, sans cesse perfectibles, favorise la flexibilité, la déréglementation, une mobilisation permanente attendue qui implique réactivité, adaptabilité, agilité. On doit pouvoir accepter les changements d'horaires, de poste, d'emploi, de région, et, à répétition, subir l'épreuve de refaire à chaque fois « ses preuves ». Cette flexibilité ne concerne pas que les travailleurs sans qualification ; dans toutes les couches de salariés, jusqu'à l'élite professionnelle, elle

14. Le précarariat : « un infra-salariat qui se développe en deçà de la société salariale et qui ne permet plus d'assurer l'indépendance économique et sociale des travailleurs », R. Castel, « Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précarariat », dans S. Paugam (sous la direction de), *Repenser la solidarité*, Paris, Puf, 2007, p. 415-433.

15. R. Sennett, *Le travail sans qualités. Les conséquences humaines de la flexibilité*, Paris, Albin Michel, 2000. Le travail sans qualité est celui qui permet de dire que « pour trouver un travail, il suffit de traverser la rue ». Peu importe les qualifications, les expériences antérieures, les projets professionnels. L'important est l'emploi et non le travail. On peut, alors qu'on est horticulteur, postuler dans la restauration, le bâtiment... n'importe où, pour n'importe quelles tâches. En attendant la prochaine aventure sur de nouveaux contrats précaires pour de nouveaux métiers qui n'ont pas à s'apprendre puisque ceux-ci sont pensés comme ensemble de tâches d'exécution.

s'impose comme mode de vie. Les tâches à exécuter sont variables suivant les moments puisqu'il s'agit de répondre aux demandes fluctuantes du marché. Dans un tel contexte, la mise au rebut des 50 ans et plus est justifiée par leurs faibles flexibilité et malléabilité supposées. L'expérience accumulée par les travailleurs plus âgés perd ainsi toute espèce de valeur : ils n'ont plus rien à transmettre. Seul le court terme s'impose comme horizon. Ce régime temporel imposé avec la permanence des situations d'incertitude fragilise tous les domaines de vie de ces intermittents du travail de plus en plus nombreux.

Impossible CDI, inaccessible avenir

Martine entre dans la vie active avec un bac + 2 en sciences économiques et un BTS en économie sociale et familiale. Elle passe un concours pour devenir agent de développement international. Elle souligne que ses études initiales sont courtes car elle n'avait « pas de soutien familial », était « très en conflit avec [ses] parents ». Elle part à l'étranger pendant trois ans, fait des diplômes « à droite, à gauche », car elle a de la « facilité à apprendre ». Après un séjour en Afrique, elle s'engage sur d'autres études, continue à travailler en même temps, puis se marie et a quatre enfants. Martine reprend le travail lorsque sa benjamine a 3 ans. Elle fait de la recherche en tant que vacataire dans le domaine de la santé publique pendant près d'un an. Elle obtient un autre diplôme car elle « aime bien approfondir » et travaille vingt ans dans le secteur de la recherche en santé publique en tant que vacataire. La durée de ses contrats de travail correspond à la durée du financement des projets de recherche dans des organismes prestigieux. La chronicité de ses recherches d'emploi, conjuguée au poids des longs processus de recrutement, épuise : « Un circuit infernal. Quand il y a un espoir de réussite, une lueur, après quatre niveaux

hiérarchiques d'entretiens, j'arrête de chercher [autre chose]. Je cherche du travail depuis vingt ans en fait ! »

Elle s'inquiète pour l'avenir : « Dans dix, douze ans, je serai à la retraite, je dois trouver une solution pour mettre de l'argent de côté. Trois bacs + 5, ça sert à rien, ça donne pas à bouffer. » Divorcée, elle élève seule ses quatre enfants. « Je n'ai pas eu une vie facile. Une femme seule avec des contraintes financières, un divorce ça se paie. »

Elle tient grâce à son « appétit intellectuel », qui est « une contrepartie à une vie difficile, quand la vie affective n'est pas comme vous souhaitez ».

Les salaires de ces précaires du monde de la recherche ne permettent pas de vivre. Les périodes de chômage, les salaires proposés alimentent un sentiment de dévalorisation.

« La question du salaire est vraiment importante, c'est une question d'estime de soi. On cherche le mouton à cinq pattes avec un salaire qui met dans une impasse, qui nécessite un deuxième travail. Il faut payer les factures, mais on n'est pas obligé de travailler le double de temps ! »

Martine cumule quant à elle trois activités : recherche, vacances d'enseignement et travail dans une crêperie. Et quand sa situation financière est trop tendue, elle loue son appartement les week-ends et se fait héberger chez des amis. Elle a aujourd'hui 55 ans, a eu « un petit infarctus » qu'elle explique par sa vulnérabilité (« je suis quelqu'un de fragile »). Elle fait de la rééducation cardiaque, reprend son activité à la crêperie et s'inquiète pour son avenir.

Valencia a 55 ans. Dès l'obtention de son CAP de coiffure, sa mère lui dit :

« “Tu vas bosser ! Peu importe le boulot.” Donc en fait je me suis retrouvée en Intermarché. Voilà. Au rayon fruits et légumes. Je n'ai pas fait le choix. J'ai fait ça pendant deux années. Après je me suis

rapprochée d'un autre Inter. Voilà j'ai continué comme ça. J'ai pris le travail qui se présentait mais sans jamais me dire c'est bien, ce n'est pas bien. Il fallait que je travaille. Je suis partie en usine. L'usine : j'avais bien aimé. J'aimais tout, l'ambiance... Après je me suis arrêtée car je me suis retrouvée enceinte. Après une fausse couche, il fallait que je reste allongée. Après j'ai élevé mes enfants. Et puis on m'a dit "ben tiens, si tu veux, il y a une place de libre au niveau de la commune pour faire le ménage dans les écoles". Pourquoi pas. Donc je suis rentrée pour dix heures par semaine puis petit à petit j'en ai fait plus et je suis passée à trente-neuf heures. Ça ne me plaisait plus, c'est vrai que j'ai eu une tendinite du talon d'Achille, les cervicales qui se bloquaient, la déprime. C'était la cata. Je me suis arrêtée pas mal de fois. Les anti-inflammatoires, ça m'a détraqué un petit peu les reins. Maintenant j'ai une insuffisance rénale. Puis après, à mes 50 ans, je me suis dit bon, ben là c'est le tournant. Il faut que je parte, mes enfants étaient élevés, étaient partis. Je me suis dit, si je me ramasse, je me ramasse toute seule. Je ne suis plus avec eux. Et là, quoi faire ? Donc je me suis inscrite en intérim. Et tout de suite j'ai retrouvé du boulot en intérim, donc en usine. J'ai fait trois ans de mise à disposition dans plein d'endroits. En faisant de l'intérim, on discute avec les gens mais ce n'est pas pareil, ce n'est pas comme si on avait quinze ans de boîte ensemble. »

« Ma mère me disait : "Les gens qui font du sport, ce sont des gens qui ne sont pas fatigués"... Avec le travail on était tellement fatigués... je me rappelle, elle ne comprenait pas ça. Depuis que je suis au chômage, je découvre le sport. Ça m'aide... J'aimerais trouver un CDI jusqu'à mes 67 ans. »

Karine a passé douze ans à l'étranger (Argentine, Angleterre, Pays-Bas) et travaillé dans quatre sociétés. Puis, elle décide de revenir en France où elle connaîtra « dix ans de galère, en CDD ou en intérim ». Elle se sent déclassée (« redégringolée »), contrainte d'accepter des postes d'assistante commerciale avec un niveau bac + 5 (elle a obtenu un master 2 en marketing en suivant des cours du soir en Angleterre). Elle passe « d'une boîte à l'autre ».

Aujourd'hui, elle tente de plus en plus difficilement d'échapper à l'ornière du chômage : à 50 ans, elle mesure l'usure de ce précarariat tout au long de sa vie professionnelle.

Le coût d'une implication itérative dans la recherche d'emploi et d'un entretien continu de son employabilité s'associe bien souvent à la mise en invisibilité, à un impensé des dégâts d'une santé sacrifiée aux exigences de l'emploi toujours à trouver, retrouver. Occulter ses douleurs, ses malaises, ne pas s'écouter pour pouvoir se relancer à nouveau. Le nomadisme professionnel au principe de ces parcours est bien une histoire sans cesse recommencée du processus d'*emplacement*¹⁶ au sens de trouver et de se faire une place sociale dans et par le travail. Ici, le chômage ne transforme pas ces parcours, il leur est consubstantiel. C'est plutôt avec l'avancée en âge que les difficultés s'accroissent et peuvent conduire à un chômage de longue durée.

La fatigue des intermittents du travail tient aux déceptions répétées dans leurs attentes. L'espoir d'une « vraie » place, celle qu'ils pourraient enfin construire avec ce que cela suppose d'inscription dans la durée, s'érode et cet aiguillon risque bien de s'éteindre quand le défaut d'accès à cette condition se répète.

Pour « marcher », s'engager encore, faire le pas, il faut pouvoir porter le désir, s'éprouver auteur de sa vie, sujet en somme. Mais le sujet, c'est le commencement d'une phrase s'il est suivi d'un verbe, ou d'un acte. Ici, si le sujet semble être là, c'est toujours au risque que le verbe ne suive pas, et que la personne se fige dans une posture inerte ou mortifère. Comment construire l'avenir sans trace, sans histoire partagée, dans l'évanescence des places occupées ?

16. D. Sibony, *L'entre-deux. L'origine en partage*, Paris, Le Seuil, 1991.

Nomadisme professionnel : un travail d'emplacement empêché

Le travail d'emplacement implique de faire *sa* place et non de prendre une place : « s'y distinguer, y marquer son unicité ; et cela se fait dans un double mouvement d'intégration, distinction, de placement et de déplacement. C'est plus que de faire un trou dans une substance préalable [...] Plutôt qu'une place où caser un corps, ce qui est en jeu c'est une texture incluant sujet et objet : elle comporte le matériau à œuvrer, le geste de l'investir, l'envie d'y jouer une partie de son être¹⁷ ». Un véritable travail d'emplacement suppose de se dégager de la place assignée, de se déplacer vers la place visée, souvent à petits pas, et ce dans cette ambivalence chronique autour des avantages et des risques associés à une non-conformité aux attentes adressées à ceux qui ne sont là qu'en « remplacement ». En effet, l'invisibilisation d'une activité propre, personnelle et personnalisante, peut être la stratégie privilégiée dans l'espoir d'une prolongation, reconduction du contrat, de la mission. Se couler dans le moule, s'effacer ou maintenir dans la clandestinité des manières de faire singulières et tenter ainsi de préserver des marges de manœuvre nécessaires à l'appropriation du travail, à la dérogation aux prescriptions. Se soustraire encore aux tentatives d'instrumentalisation dans ces jeux d'acteurs peu lisibles d'emblée. « Pour vivre heureux, vivons cachés »... formule qui pourrait bien résumer certaines stratégies professionnelles, au risque d'une grande solitude... et à terme d'une perte de sens du travail.

La logique du « bouche-trou », celle qui efface à la fois le passé (l'expérience, les qualifications, le métier) et le futur, qui caractérise les politiques de l'emploi, fait oublier que sortir du chômage implique la construction de *sa* place, celle que l'on

17. *Ibid.*

pourra reconnaître comme sienne. Sous peine de devenir un « récidiviste », intermittent du travail, comme on peut l'entendre. Plutôt qu'une place où « se caser », il s'agit bien de chercher un travail qu'on puisse investir. Ces situations permanentes d'incertitude générées par le précarat alimentent une peur chronique qui croît avec le temps : la peur de perdre l'emploi, le salaire, les collègues, la pension de retraite, le logement, le couple, la garde des enfants... Perdre des objets sociaux qui font à la fois statut et lien, perte de la capacité à tenir sa place dans le monde avec les autres.

Les perdre ou ne pas pouvoir y accéder.

Valérie (39 ans, niveau bac, agent administratif) a une trajectoire perturbée par de nombreuses interruptions d'activité en raison d'une bipolarité (détectée tardivement). Elle occupe des emplois à temps partiel car ceux à plein temps sont trop fatigants.

« C'est très négatif parce que souvent, quand je suis au chômage, je déprime. [...] Je fais des petits contrats, qui s'arrêtent, qui reprennent parce que les mi-temps, il n'y a pas de CDI à temps partiel, j'ai vraiment cette sensation que le monde du travail ne s'adresse pas à moi, ne me reconnaît pas [...] Je vis dans la peur de ce que j'ai déjà vécu au travail [fatigue, troubles de l'humeur] et c'est quelque chose que je ne veux plus vivre. »

Elle n'évoque pas ses problèmes de santé pour « ne pas subir la pitié ».

EN DÉFAUT D'INSERTION PROFESSIONNELLE CHRONIQUE

D'autres histoires sont elles aussi caractérisées par une grande précarité chronique, mais les difficultés d'accès au travail se manifestent dès le début de l'entrée dans la vie dite active. On trouve là des jeunes, parfois inscrits en mission locale (et qui correspondent

à cette catégorie des NEET (*Not in Education, Employment, or Training*¹⁸), ou des moins jeunes, souvent en souffrance psychique, disposant d'un très faible niveau de qualification, conjuguant des problèmes de logement, de précarité économique, d'addictions... un cumul de difficultés et d'instabilité. Leur rapport aux institutions est compliqué par leur nomadisme, leur labilité, mais aussi par des processus d'exclusion dans/par les institutions. Ces trajectoires témoignent d'une insertion professionnelle, mais également souvent affective, territoriale..., chroniquement empêchée sur fond de carence d'étayage familial. Comme si le travail d'emplacement ne pouvait se réaliser car plombé par le défaut de place originelle dans l'histoire familiale (violences, maltraitance, abandon, agressions sexuelles, pertes multiples...). Ce qui donne des parcours nomades, du précarariat duquel la personne ne sort jamais ou très difficilement, des ruptures sentimentales répétées...

Trouver place, c'est bien là une question d'ordre ontologique ; elle concerne l'événement d'être, donné ou renouvelé à chaque nouvelle mise en place : de la famille au monde du travail, en passant par l'école, le réseau d'amis, le quartier ou le territoire dans lequel chacun s'inscrit, même transitoirement. La place doit exister déjà un peu, dans la tête de celui-elle qui la cherche, sinon elle reste introuvable. Quand dans la famille cette place a manqué ou était invivable, le mouvement d'emplacement est coincé, pris dans cette carence inaugurale. Comme si alors la personne restait

18. En 2018, 963 000 jeunes âgés de 16 à 25 ans ne sont ni en études, ni en emploi, ni en formation – *Not in Education, Employment or Training* (NEET). Ils représentent 12,9 % des jeunes du même âge. Ils sont moins diplômés, vivent plus souvent chez leurs parents et ont plus fréquemment un handicap reconnu. Ils se déclarent en moins bonne santé générale (20 % contre 10 % de l'ensemble des jeunes). 32 % (contre 18 %) sont en surpoids ou obèses ; 20 % sont dépressifs (contre 7 %). Ils cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité vis-à-vis de la santé (moins bonne prise en charge sociale, isolement social, événements de vie difficiles dans l'enfance, moins bonne connaissance du système de santé...). DARES, 2020.

figée dans ce trou initial, en défaut d'appui, de ressources assez vivaces pour que le déplacement soit possible. Le manque de place originel est un lourd fardeau : il semble favoriser d'infinies répétitions du même scénario : la suspension, le défaut d'ancrage, la maltraitance, l'épreuve du désaveu, du rejet... S'employer à réparer l'irréparable ou se terrer pour se protéger de la menace de la réédition d'expériences traumatiques empêchent de se déplacer.

Ainsi, Grégoire, qui a 43 ans, est au chômage depuis... tant d'années, entame son histoire sur « le démarrage » de sa vie : « Ma trajectoire part dans tous les sens. J'ai mal démarré ma vie. » Alors qu'il a 15 ans sa mère décède d'un cancer, son père se suicide un an après et c'est lui qui découvre son corps.

« C'est moi qui l'ai décroché en fait. Il s'était pendu avec une rallonge dans la chambre. [...] Du coup, ma scolarité a été perturbée, j'ai abandonné l'école en 3^e, je suis rentré en CAP plomberie, puis en CAP cuisine, j'en ai fini aucun. Je suis tombé dans les dépendances. Elles m'ont servi à m'évader en fait. Pendant des années, je ne voulais pas vieillir, je ne pensais qu'à la mort. Cette dépendance m'a aidé à survivre. »

Le traumatisme du décès de ses parents, alors qu'ils avaient 46 ans, s'est traduit par cette épée de Damoclès : il était convaincu de mourir au même âge, comme s'il y avait une date de fin préprogrammée : « Je voyais les dates de naissance qui me ramenaient vers les 50 ans, où ça commence à se compliquer. J'avais l'impression de voir un ultimatum qu'on me renvoyait à la tronche, c'était compliqué. »

À la mort de ses parents, il vit avec sa sœur et son petit frère chez sa grand-mère jusqu'à ses 18 ans et puis il « prend la route ».

« J'ai travaillé chez Lidl en CDI pendant quatre ans. Je suis parti dans le sud de la France, j'ai travaillé en intérim, dans des supermarchés, en intérim aussi pour m'occuper des jardins, pendant quatre ans. Je suis revenu à Paris, j'ai travaillé dans la photo, c'était un poste de nuit,

pendant deux-trois ans. Beaucoup d'intérim... De nouveau en supermarché, à Auchan, ED. À Paris, j'ai travaillé aussi en intérim d'insertion, presque deux ans, pratiquement à temps complet, beaucoup de missions, j'ai touché à tout. J'ai occupé un poste dans un lycée pendant cinq-six mois, j'ai laissé tomber car ça ne me convenait pas, puis de nouveau de l'intérim, des petits CDD. Tout ça entrecoupé de périodes de chômage... »

Grégoire a plusieurs occasions de gravir les échelons ; mais alors il part, il ne peut pas franchir le pas de se faire une place, d'accepter un ancrage.

« À chaque fois, je trouvais des postes intéressants, on me proposait même de grimper et puis euh... j'arrive pas vraiment bien à expliquer pourquoi... J'avais un gros manque de confiance en moi aussi, en fait je préférerais fuir que d'échouer... c'était souvent ça en fait. J'étais très consciencieux dans le travail, donc on me faisait confiance rapidement, je ne suis pas asocial non plus, je ne suis pas bête, aujourd'hui je m'en rends compte, avant c'était pas le cas, je me croyais bête. »

Il connaît « des années de galère » avec un seul objectif, ne pas finir à la rue, « garder la tête toujours à peu près au-dessus de l'eau ». Il enchaîne les missions d'intérim, les contrats courts, le travail au noir, l'échange de services contre un logement... Après vingt-sept ans de consommation de substances psychoactives et quinze ans en surendettement, il rencontre un ami qui « m'a redonné goût à la vie, m'a donné une famille de substitution », qui l'aide à se soigner, à trouver un logement, un travail. « J'ai mal vécu toutes ces différentes périodes de chômage, comme des échecs. »

Désormais il a un toit, un animal, un ami qui veille sur lui et plus aucune dette ni addictions. « C'est grâce à lui que j'ai pu effacer mes dettes, me faire suivre. J'ai d'ailleurs mon petit logement HLM, avec mon chat. »

Après une période d'essai dans la lingerie d'un hôpital, une titularisation se profile. Elle est barrée par son casier judiciaire : « En fait il est vierge mon casier, des petites conneries... Ivresse sur la voie publique, des trucs comme ça... J'ai pris une baffe là. J'ai dû quitter l'hôpital sur-le-champ, comme si j'étais dangereux... C'est comme si mon passé me rattrapait ! On se sent exclu à ce moment-là. »

Comme s'il ne pouvait avoir de place nulle part... quand ce ne sont pas ses addictions qui l'empêchent de garder un poste, c'est son casier, ou son manque de qualification, son âge, ses douleurs...

Aujourd'hui, Grégoire n'arrive plus à candidater à un poste, comme s'il était arrivé au bout de sa trajectoire précaire, comme si ce dernier effort à produire pour sortir de la marge, se poser enfin, lui était impossible. Il vit avec le RSA ; « Je ne sais même pas ce qui pourrait me correspondre comme boulot. C'est peut-être mon dernier combat à mener, un emploi ? »

Pierre, 55 ans, n'a travaillé sous contrat que pendant quatre ans, comme réceptionniste dans l'hôtellerie. Il a aussi donné des cours de langues à domicile une dizaine d'années. Sa formation initiale le prépare aux langues : il obtient un DEUG puis suspend ses études pendant trois ans pour travailler comme coursier à mobylette ; il reprend et réussit sa licence de langues étrangères appliquées, anglais et espagnol. Il enchaîne sur une formation de six mois dans l'hôtellerie pour devenir réceptionniste. Il trouve aussitôt du travail comme réceptionniste dans différents établissements, une succession de contrats courts dont il est fier, ajoutant qu'il est « monté jusqu'à des 4 étoiles ». Le décès de son père le contraint à revenir vivre chez ses parents pour s'occuper de sa mère dépendante. D'origine algérienne, elle ne sait ni lire ni écrire, et elle a de sérieux problèmes de santé (Parkinson et hypertension). Le père

« gérait, s'occupait un peu de tout, lui faisait prendre ses médicaments, la sortait de temps en temps. Après c'est sur moi que c'est revenu ».

Né dans une famille de neuf enfants, dont quatre sont décédés, il est le seul à ne pas vivre en couple, à ne pas avoir d'enfants. D'où ce choix familial : il doit assumer le rôle d'aidant pour la mère. Pierre quitte alors son travail dans l'hôtellerie et donne des cours de langues à domicile en fin de journée pour des enfants de collège ou lycée. Il gagne très peu d'argent mais, avec la pension de réversion du père, « avec ma mère, on a réussi à survivre on va dire... »

Cette courte histoire de travail se conjugue avec l'histoire de sa consommation de SPA¹⁹. Du cannabis, il passe à l'héroïne, de consommations collectives à des usages en solitaire, du plaisir à l'impérieuse nécessité de calmer le manque éprouvé. Sa consommation s'amplifie à chaque période d'inactivité. Lorsqu'il travaillait dans l'hôtellerie, « [il s'efforçait] de ne pas aller au travail sous l'emprise du produit ». « Quand je me droguais, c'était en dehors de mes heures de travail. On se retrouvait avec des copains, en haut des immeubles, dès fois dans des caves. »

Sa consommation s'est emballée lorsqu'il est retourné vivre chez sa mère. Il connaît aussi une période d'arrêt de l'héroïne pendant six mois, alors qu'il part, *via* Erasmus, en Espagne. Là, il poursuit ses études, fait du sport et surtout rencontre une femme, une étudiante allemande, avec qui il connaît « le plaisir ».

« L'amour qu'elle avait pour moi compensait le bien-être de l'héroïne. Pendant six mois, je n'ai pas touché un seul gramme d'héroïne. J'étais occupé tous les jours à aller à l'université, donc... Une femme, c'est mieux qu'un produit de substitution et que l'héroïne aussi ! Puisque ça se passe dans le cerveau, et je suis sûr que la substance qui donne

19. Substances psychoactives.

du plaisir avec l'héroïne, avec une femme, je suis persuadé que c'est le même procédé. C'est la même zone du cerveau qui est touchée. Nous recherchons tous du plaisir, plus ou moins, dans la vie. Bien sûr, chacun sa façon de le trouver. »

Il décide de « sortir de l'héroïne » tant le plaisir associé à cette consommation a disparu pour faire place aux souffrances du manque. Il recherche seul un lieu de soin, un centre d'addictologie où il initie un sevrage avec de la méthadone. Suivi par un psychiatre de l'institution, celui-ci lui dit qu'il a des « troubles psychiques » et qu'il va l'aider pour obtenir l'allocation adulte handicapé. « L'allocation AAH, je la touche depuis 2013. 900 euros par mois. Ce sont eux qui se sont occupés de ces démarches. Parce que moi, je vivotais avec les cours à domicile. »

Pierre évoque alors les manques, d'autres manques que celui du produit : peu d'amis, pas de femme, et le poids d'un handicap de naissance qui a marqué sa place dans la famille, celle du handicapé, du mal formé, du raté. Né avec un pied bot, il subira une opération chirurgicale mais son tendon s'est progressivement rétracté à nouveau et Pierre, avec ses chaussures orthopédiques, boîte et s'isole. Dans son dossier de demande d'AAH, Pierre sait qu'y figurent des formules comme « retrait social », « hallucinations auditives et visuelles »... Il percevait des rires, des moqueries, tous rattachés à son handicap physique.

« C'est le handicap qui est la cause de tout. La cause de l'héroïne, de la solitude, de tout quoi. À chaque fois que ça n'allait pas, je me disais c'est parce que tu es handicapé. C'est pour ça que ça ne marche pas. T'as pas réussi à draguer. Tu t'es pas fait des copains, pareil, parce qu'ils ne veulent pas d'un handicapé dans leur groupe. À chaque fois, je ramenais ça au handicap. La drogue, c'était une espèce de défense, d'armure en fait. »

Le stigmate commence dès l'enfance : ses frères et sœurs lui donnaient le surnom de « pied tordu ». Cette formule a d'ailleurs été énoncée la première fois par sa mère ; elle le dit en kabyle

mais tous ont compris. Pierre ajoute : « J'en ai voulu à ma mère pendant cinquante ans. »

Sa mère est décédée il y a trois ans. Il s'inscrit alors à Pôle emploi, trouve un autre logement « à lui », a toujours un traitement pour ses hallucinations, fait la démarche d'un suivi avec une psychologue qu'il apprécie beaucoup, et retourne aux études : il passe seul le CAPES d'anglais et le réussit. Il est alors affecté dans un établissement scolaire comme professeur stagiaire. Mais ne pouvant faire face aux problèmes de discipline des jeunes du lycée où il exerce, il abandonne. Il sait néanmoins qu'il veut poursuivre dans cette voie, qu'il pourrait enseigner à des adultes. Grâce à une psychologue de Pôle emploi, il est actuellement en stage d'immersion dans un centre de formation pour de jeunes adultes. Il observe la formatrice, puis expérimente l'animation d'un cours : « Il n'y a pas de problème de discipline. Tout se passe comme sur des roulettes. Je vois que j'arrive à maîtriser. Je n'ai pas trop le trac. Et surtout, c'est l'attention du public, des stagiaires. Ça m'aide beaucoup. Leurs propres attentions, c'est important ça. »

Aujourd'hui Pierre reprend pied : bien que « pied tordu », il a construit seul les conditions d'accès à son traitement, est sevré, s'est trouvé libéré depuis le décès de sa mère de sa fonction d'auxiliaire de vie assignée par ses frères et sœurs, a réussi ce CAPES, sait demander de l'aide à la psychologue de Pôle emploi, complète sa formation pour un projet professionnel conforté par une période d'immersion. À la fin de l'entretien, il découvre qu'il est le plus diplômé de la famille... « C'est vrai. Je suis bac + 3, plus le CAPES. C'est vrai que c'est étrange... c'est une petite revanche... je n'avais pas réalisé... »

Aurore, 25 ans, arrête sa scolarité en seconde suite au harcèlement de ses camarades ; elle fait plusieurs stages professionnels

(caisse, libre-service, maintenance informatique) dont elle ressort avec le « moral plombé » : « Je n'ai pas vraiment l'impression qu'il y a quelque chose qui me plaise. » Ses relations familiales sont distendues :

« Pour eux, j'ai toujours été le mauvais petit canard qui foutait rien de sa vie. [...] Disons qu'entre les soucis de ma famille, qui ne me croyait pas, qui me rabaisait tout le temps, les persécutions à l'école, et plein de choses qui m'arrivaient à côté, on va dire que j'ai perdu confiance en ce monde et en tout le reste ; ça m'a complètement renfermée sur moi-même, et j'avais plus vraiment envie de rien faire. La seule chose qui me maintenait encore la tête hors de l'eau c'était l'ordinateur, et tout ce qui était informatique, les jeux vidéo et tout ça. Tout ce qui était lié à une machine, ordinateur et compagnie, c'était la seule chose qui arrivait à me maintenir. Mais bon, en grandissant, il y a eu de plus en plus d'angoisse, plus de renfermement, et du coup maintenant j'ai peur de sortir de chez moi toute seule. J'angoisse, je ne suis pas bien, quand il y a trop de monde, j'angoisse, j'ai la tête qui tourne, je fais des efforts parce qu'il faut que je les fasse, mais c'est compliqué, la peur de l'abandon et j'en passe. C'est pour ça que je n'aime pas la solitude, c'est cette peur absolue d'être abandonnée par tout le monde qui me fait flipper depuis toujours ; je ne supporte pas d'être abandonnée et de me retrouver toute seule... »

Elle évoque ses idées suicidaires : « C'est un truc qui me fait flipper mais j'ai beaucoup d'idées de ce genre, quand je vais trop mal, je pète un câble et je me dis qu'est-ce que je fous là en fait ? À part les jeux, il n'y a rien qui me plaît. »

Aurore cumule, dans cette période de chômage qui dure, les difficultés de santé : ulcère (de naissance), mononucléose, problème de mâchoire, insomnies. Avec une addiction prononcée aux jeux vidéo (« C'est toute ma vie en fait, j'ai l'impression que sans ça je n'ai plus d'oxygène ») et une peur de sortir, elle reste enfermée chez elle.

« Si c'est derrière un écran, je me sens un peu plus à l'aise, je parle avec des gens qui vont venir sur mon live, dans ma vidéo, en train de me voir jouer, et ils vont me poser des questions et tout ; donc il faudra que je leur réponde et du coup il y aura beaucoup de gens qui vont me regarder, ça va m'aider un peu plus à m'ouvrir, et à avoir un peu plus confiance en moi, et je ne jouerai pas juste pour jouer, je jouerai pour essayer de faire quelque chose de ma vie. »

On lui a conseillé de contacter un centre médico-psychologique, mais elle repousse de loin en loin cette démarche à laquelle pourtant elle adhère. Guidée par la psychologue de Pôle emploi sur plusieurs mois, elle consulte finalement un médecin qui lui prescrit un traitement contre son angoisse. Progressivement, elle commence à sortir de chez elle, s'associe à des réunions entre amis, prend soin de son apparence et participe, à Pôle emploi, à un groupe « d'échange de parole » avec d'autres personnes vivant des problèmes de santé, groupe dans lequel elle se raconte avec vivacité. Elle réalise alors une première période d'immersion en entreprise.

Les expériences traumatiques infantiles figurent en « bonne » place parmi les conduites addictives, avec ou sans produits (notamment chez ceux qui ne parviennent pas à s'insérer professionnellement) : inceste, maltraitance, viol, sévices sexuels, décès brutal et/ou précoce des parents. Moins dramatique mais tout aussi handicapant est l'emplacement pathogène assigné d'un membre de la famille. De nombreuses situations existent à cet égard. Ce peut être un défaut pur et simple (si l'on peut dire) de place au sein de la famille, une sorte de négligence vécue comme abandon, inexistence, au profit d'autres membres de la fratrie souvent. La plongée addictive dans les jeux vidéo peut en constituer une conséquence (comme pour Aurore). Ce peut être aussi une assignation de place négative, telle celle de Pierre qualifié de « pied tordu » en raison de son pied bot et objet de moqueries

continuelles, d'où sa consommation de SPA comme « armure », dit-il. Une autre situation encore est une assignation de place trop responsable voire idéalisée. C'est le cas de ceux, souvent jeunes, auxquels sont confiées des responsabilités en raison du décès d'un aîné (en général un parent). Continuateurs assignés ou autoproclamés de l'histoire familiale, ils portent alors le poids transgénérationnel des enjeux, des défis qui leur sont lancés. D'où les désillusions et échecs, fragilisant une identité jusqu'alors apparemment « solide ».

UNE SYNTHÈSE DES FACTEURS DÉTERMINANT LES PARCOURS

Ces trois grands types de parcours croisés d'histoires de travail et de santé témoignent de processus qui contrecarrent les possibilités de travailler en santé (dégradation des conditions de travail, défaut de régulations et de ressources collectives, précarisation des emplois et fragilisation des autres domaines de vie, familiale, amicale...) et conduisent brutalement ou progressivement à la perte d'emploi ou à l'arrêt du travail indépendant. Les parcours d'empêchement chronique d'accès à l'emploi tiennent à un cumul de « handicaps » : étayage familial défaillant, faible niveau de qualification, isolement social, santé dégradée.

On peut synthétiser les principaux facteurs susceptibles, selon leur intensité ou leurs caractéristiques, de déterminer (factuellement, socialement et psychologiquement), à un moment ou un autre, les parcours de vie et, partant, la trajectoire globale de travail et de santé : le type de handicap, de troubles de santé (stable ou évolutif, plus ou moins lourd, visible ou non, longue incertitude avant diagnostic ou non, pathologies psychiques qui sont moins bien tolérées dans les milieux de travail que les affections somatiques...); le moment où les difficultés de santé se manifestent (dès la naissance ou en cours de scolarité, ou de

vie professionnelle, avec la problématique du deuil, de l'acceptation) ; le niveau de qualification et les inégalités sociales (les effets de filières, de métiers à forte pénibilité et usure prématurée) ; le contexte économique, plus ou moins défavorisé (bassins ou secteurs d'emploi sinistrés et licenciements économiques, ruralité, nature des contrats attachée à certaines activités...) ; l'âge (et notamment aux deux extrêmes, les jeunes et les seniors) ; le genre et la situation familiale (enfants à charge, famille monoparentale, périodes d'inactivité éloignant du travail, cumul de charges familiales et professionnelles et risque d'épuisement) ; les soutiens, familial ou social (ressources des proches ou isolement...) ; des événements personnels ou familiaux (divorce, séparation, deuil, agression, exil).

2

Expériences de chômage

Nous avons mis en évidence cette diversité des histoires de vie et de travail, mais comment le chômage est-il vécu par les différentes personnes ? La condition de chômeur écrase-t-elle cette diversité ? Qu'est-ce que vivre au chômage ? Et du point de vue de la santé, quelles sont les évolutions observables ? L'analyse des rapports entre santé et travail ne peut s'arrêter à la porte de sortie du monde du travail. Le temps du chômage est-il celui d'une récupération, réparation de cette santé altérée ou, au contraire, cette fragilisation va-t-elle s'amplifier ?

Le chômage peut être considéré comme une « épreuve temporelle¹ ». La privation d'emploi est synonyme de perte des cadres temporels fournis par l'activité professionnelle et ce d'autant plus pour les personnes qui ont essentiellement organisé leur vie autour du travail, avec peu ou pas d'activités structurantes autour de la famille, du hors-travail. Lorsque les questions de santé surviennent au cours d'un parcours, le chômage vient redoubler la

1. D. Demazière, « Le chômage comme épreuve temporelle », dans J. Thoemmes, G. de Terssac (sous la direction de), *Les temporalités sociales : repères méthodologiques*, Toulouse, Octarès, 2006, p. 121-132.

désorganisation temporelle². Celle-ci marque ses effets à la fois sur le temps présent et quotidien, vidé de sa structuration habituelle par le temps institué du travail, et sur la construction des projets comme, plus globalement, sur le rapport à l'avenir.

Le travail aide à la construction de l'avenir, en même temps qu'il organise le présent³. La vie au chômage serait essentiellement un temps vide en raison de l'inactivité forcée⁴. Mais une nuance doit être apportée pour tous ceux qui font de leur activité professionnelle un temps contraint, celui d'un gagne-pain, et qui ont, dans leur temps hors travail, des activités constructives, riches de sens, créatives... Ainsi que pour ceux qui organisent leur vie autour de l'intermittence entre des périodes de travail-emploi et des moments chômés réservés à d'autres activités.

Les questions de santé durant cette période de chômage sont peu, voire pas prises en compte par les institutions. Or, à l'évidence, les vécus du chômage peuvent être contrastés suivant qu'on vit ou pas avec une santé fragilisée, suivant qu'on est entré ou pas au chômage par la porte de l'inaptitude, suivant qu'on « bénéficie » ou pas d'une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH). L'apparition d'un problème de santé peut aussi survenir une fois au chômage. Cet événement de santé, associé à la rupture temporelle provoquée par la perte d'emploi, conduit très souvent à une valorisation du passé, une dissolution du présent et une atrophie du futur⁵ qui ont pour conséquence de figer la personne. La rupture temporelle devient alors immobilisante.

2. S. Schehr, *La vie quotidienne des jeunes chômeurs*, Paris, Puf, 1999.

3. V. Ambrosino, « Aider les chômeurs à reconstruire leurs repères temporels : une étude des stratégies mises en place pour mieux vivre le chômage », *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 32, n° 1, 2003, p. 123-144.

4. O. Galland, M.V. Louis, « Jeunes chômeurs », *Esprit*, n° 31-32, 1979, p. 33-40.

5. A.L. Strauss, B.G. Glaser, *Chronic Illness and the Quality of Life*, Saint-Louis, C.V. Mosby, 1975 ; I. Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, 1986, p. 3-27.

TRANSFORMATIONS DU RAPPORT AU TEMPS,
AUX INSTITUTIONS ET AUX AUTRES

Ce temps suspendu par l'absence du travail évoque celui d'une attente passive : « Attendre sans faire, exister sans vivre, contempler un temps non rempli⁶. » Mais ce rapport au temps vide peut, dans certaines conditions, se reconstruire dans la durée du chômage par une réappropriation du temps libéré par l'absence d'emploi. Encore faut-il que ce désir de singularisation du temps disponible puisse rencontrer une possible personnalisation, « qu'il soit marqué par quelque attribut individuel qui le personnalise et le rende porteur d'une identité et, par là, d'une possible identification. Comment construire un temps dans un faire à soi⁷ ? »

La perte du temps structuré par quelque chose d'extérieur à soi (un contrat de travail qui oblige) fait que le présent est suspendu au retour hypothétique sur le marché du travail. « Au début, j'avais hâte de revenir au travail » (Chantal, 57 ans). Ce moment de bascule dans lequel les chômeurs font brutalement l'expérience d'un temps à soi suppose qu'ils puissent explorer d'autres voies entre rythme du travail en emploi et ennui total. « Je ne savais pas quoi faire de mes journées... je tournais en rond... je me levais à midi, la journée me paraissait moins longue alors » (Jean, 58 ans). S'abstraire de la temporalité dominante suppose de fortes capacités d'auto-orientation : celles-ci sont sollicitées par l'activité. Encore faut-il que cette activité suscite de l'intérêt et prenne place dans un cadre.

Sabrina a 57 ans et souffre de plusieurs maladies auto-immunes dont une polyarthrite rhumatoïde invalidante. En invalidité première catégorie, elle est au chômage depuis sept ans et ne voit

6. P. Sivadon, A. Fernandez-Zoila, *Temps de travail, temps de vivre*, Paris, Mardaga, 1984.

7. W. Grossin, *Les temps de la vie quotidienne*, Paris, Éditions Mouton, 1974.

pas quel type d'emploi elle pourrait occuper tant elle est prise par les douleurs. Elle occupe ses journées, lorsqu'elle ne souffre pas trop, par de multiples activités de soin de soi, de ses proches : jardin, cuisine, conserves lacto-fermentées, kéfir. Ces activités, notamment créatives, prennent du sens car elles sont adressées à ses enfants et petits-enfants.

« Je vois le bienfait sur ma santé du kéfir et je veux que mes enfants ne connaissent pas les problèmes de santé que j'ai moi... Moi, la vie, je la vois comme une échelle. Quand je ne vais pas bien, je descends les échelons et je m'arrête à un niveau pour éviter de descendre trop bas. Et ma force, ce sont mes enfants. Je pense à eux. Oui parce que des idées noires, j'en ai déjà eu, ça m'arrive encore. Même au plus bas, je ne suis jamais restée dans mon canapé à ne rien faire ! Je ne peux pas. Il faut que je bouge, je fais du ménage. Mais à un moment j'étais trop dans l'excès. Le ménage ça occupe, mais maintenant j'ai trouvé d'autres occupations. YouTube tuto crochet. Magnifique ! J'ai fait un papillon. Et là on est tellement attentionné qu'on ne pense à rien d'autre. Et quand vous voyez le résultat après ! Super ! Ça c'est bien. »

En début de chômage, les personnes les plus actives dans la recherche d'emploi sont celles qui s'appuient sur une forte valorisation de leur vie familiale et qui parviennent, en segmentant l'organisation de leurs activités, à contenir la perturbation de la perte d'emploi. Les activités valorisées et valorisantes dans lesquelles elles s'engagent peuvent remplir, en partie et un temps, le vide laissé par le travail. Vers dix mois de chômage, les personnes qui poursuivent la recherche d'emploi sont celles qui ont réussi à trouver un équilibre entre les activités personnelles qui les ressource et les activités extérieures à la famille ou au chez-soi, en lien avec d'autres personnes ou structures, qui apportent des remises en question, de l'inconnu, de nouveaux apprentissages. Ceux qui sont toujours au chômage au bout de dix-neuf mois se caractérisent par une mise en opposition de leurs activités, sans

synergie entre les activités professionnelles et sociales⁸. Pour eux, le retour à l'activité de travail apparaît comme semé d'embûches, d'empêchements, et souvent anxiogène.

Mais le temps au chômage n'est pas exclusivement auto-déterminé par les activités alternatives déployées. À l'écoute des chômeurs, on voit bien que l'expérience du chômage ne se dérobe pas au temps prescrit : celui de la recherche d'emploi. Il y a même une tension, qui peut aller jusqu'à la rupture, entre deux équations temporelles : l'une est définie par l'imprévisibilité et le flottement du temps vécu de cette nouvelle vie quotidienne sans travail ; l'autre est déterminée par la pression, l'obligation de la recherche d'emploi⁹. L'obligation de ce temps prescrit de recherche d'emploi s'accommode mal avec le lâcher-prise que nécessite la perte d'emploi et avec le temps consacré aux soins. Les pressions éprouvées sont d'autant plus prégnantes que le contrôle institutionnel des chômeurs est serré, que l'éviction du statut de demandeur d'emploi est un risque fortement ressenti. Ces pressions peuvent conduire à l'immobilisation.

Chantal a exercé comme aide-soignante durant trente-sept ans dans le même établissement de soin. Diagnostiquée pour un cancer du sein à 54 ans, elle est licenciée pour inaptitude. Elle ne comprend pas comment elle a pu être licenciée après tout ce qu'elle a donné dans ce travail.

« Pour moi, Pôle emploi, ça a été nouveau. Dans ma vie, je n'avais jamais pensé aller à Pôle emploi. J'ai commencé à travailler à 18 ans. Si je n'avais pas eu ce problème de santé, je terminais dans ce métier.

8. M. Roques, *Sortir du chômage. Un effet de réorganisation du système des activités*, Paris, Mardaga, 2022.

9. D. Demazière, M. Zune, « Temps de la recherche d'emploi et expérience du chômage. Prescription, disponibilité, encombrement, ritualisation », *Temporalités*, n° 29, 2019, p. 1-32.

Quand je me suis assise à Pôle emploi, j'avais envie de ressortir. Je me disais : mais qu'est-ce que je fais là ? À cause d'une maladie ! »

Trois ans après l'annonce de son cancer, toujours en soin, la fatigue est chronique.

« Je ne suis plus du tout la même. Je suis transformée au niveau de l'énergie. Je ne peux plus me lever de bonne heure le matin parce que je dors très mal la nuit. Maintenant, le travail ne me manque pas du tout. Demain on me dit "vous n'allez plus travailler", ça ne serait pas une punition pour moi. »

Chez Chantal, ce changement de rapport au travail est passé par un long processus. Après l'arrêt maladie, elle doit faire un choix : reprise du travail ou invalidité : « Ça a été un coup de massue. » Très fatiguée et avec des douleurs dans le bras à la suite d'une opération pour retirer la chaîne ganglionnaire, elle n'était pas prête à reprendre son poste d'aide-soignante. Comme elle ne peut plus porter de charges, notamment porter des malades hémiplegiques ou tétraplegiques, le médecin du travail préconise une reconversion professionnelle. Alors qu'elle souhaite un poste dans le secrétariat ou l'animation, l'entreprise lui propose un poste d'aide-soignante de jour, un poste plus « léger » qu'aide-soignante de nuit. Elle ne peut l'accepter. En 2018, elle est licenciée pour inaptitude.

L'horizon s'obscurcit alors : « Je ne sais faire que ça, aide-soignante. Qu'est-ce que je peux faire d'autre ? Dans mon cv, je n'ai qu'une ligne. » Elle doute de ses capacités et ne souhaite pas s'embarquer dans une formation longue. Elle se sent diminuée par la maladie : elle a perdu de la sensibilité des doigts, ses capacités de concentration chutent... Ce qui la met en colère contre elle-même. Elle ne sait pas si elle pourrait encore tenir un poste à 57 ans. Grâce à un travail avec sa conseillère Cap emploi et la psychologue de l'association de lutte contre le cancer dans

laquelle elle s'investit, mais aussi aux échanges avec ses proches et les membres de l'atelier Chômage et santé, Chantal fait évoluer son rapport aux institutions.

« Quand j'en discute avec ma famille, ils me disent : "Mais tu as travaillé trente-sept ans, le chômage, c'est pas quelque chose que l'État te donne." L'allocation que j'ai, c'est par rapport à mes anciens salaires, j'ai quand même travaillé, cotisé. Mais c'est difficile à admettre. Quand on n'a jamais été au chômage... avoir de l'argent et ne pas travailler, c'est étrange... Et on nous dit dans les médias, trois places refusées, vous êtes radié. Ça vous travaille la tête. Je suis d'une ancienne génération où il fallait travailler pour gagner de l'argent. Je me dis : "On me donne de l'argent pour rester à la maison ?" Rien que ça, il faut arriver à l'admettre dans sa tête. C'est tout un cheminement. Ça paraît simple pour certaines personnes, mais moi c'est compliqué d'admettre tout ça. Ce licenciement ça m'a beaucoup blessée et ça restera toute ma vie. Je fais mon cheminement, c'est-à-dire accepter de ne pas retrouver quelque chose. Autoriser, c'est plus juste qu'accepter. M'autoriser à me dire que je reste sans emploi jusqu'à ma retraite. »

Dans la crise liée à la perte d'emploi, la majorité des chômeurs ne restent pas passifs, ils élaborent des stratégies¹⁰. Mais perdre un emploi que la personne a occupé des dizaines d'années de sa vie, comme dans l'histoire de Chantal, n'a rien de commun avec une situation de récurrence du chômage. Pour les intermittents du travail, la perte d'emploi a moins d'impact sur l'estime de soi. Du moins au début, car celle-ci se dégrade au bout de douze mois de chômage, comme si se brisait dans la durée la capacité de réponse à la perturbation.

Le chômage prive d'un prétexte aux autres. Le nombre de contacts sociaux diminue car les occasions de nouer ou de conserver des liens sociaux extrafamiliaux se raréfient.

10. R. Kaës et coll. , *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 2022.

« Je suis dans un vrai isolement, je sortais du confinement, on était à l'aube du deuxième... C'est aussi l'école à la maison. Trois enfants, travailler à la maison, l'isolement, ça a exacerbé l'angoisse. Et là, c'est difficile d'échapper aux tâches ménagères. J'ai trois filles, encore petites » (Éliane).

Le manque de relations sociales et son corollaire, l'isolement, forment une deuxième facette de la souffrance au chômage. Celle-ci est fortement soulignée par les femmes. C'est qu'en faisant l'expérience du chômage, les femmes plus que les hommes disent faire l'expérience de ce que l'on pourrait appeler « une fermeture au monde extérieur ». Car, pour elles, la perte d'emploi est plus significativement liée à la perte des relations sociales nouées dans le cadre professionnel : « C'est l'ambiance, les relations de travail, la complicité, la communication qui sont essentielles aux ouvrières¹¹. »

RUPTURE IMMOBILISANTE

À cette épreuve temporelle que constitue le chômage, d'autres événements peuvent s'ajouter qui l'aggravent. La rupture temporelle devient alors « immobilisante » au sens où les recherches d'emploi sont suspendues ou abandonnées. Dans bien des cas, c'est l'irruption d'un événement de santé qui vient impacter cette rupture temporelle. Elle se traduit par une atrophie du futur¹² : « Et là d'un coup, plus rien. Je suis dans rien... Depuis neuf ans » (Lucas, 45 ans, diagnostiqué bipolaire à la suite d'une tentative de suicide). Une suspension temporelle peut aussi survenir après une séparation, une expérience de relation d'emprise, de violences.

11. D. Kergoat, *Les ouvrières*, Paris, Le Sycomore, 1982.

12. A.L. Strauss, B.G. Glaser, *Chronic Illness and the Quality of Life*, *op. cit.* ; I. Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *op. cit.* ; S. Schehr, *La vie quotidienne des jeunes chômeurs*, *op. cit.*

Christian, âgé de 53 ans, fait face aux multiples et douloureuses expériences de relégation dans le monde du travail. C'est une rupture associée à un burn out et à un harcèlement moral et la révélation d'une maladie chronique dégénérative qui vont le figer, l'immobiliser. Un cumul des empêchements prendra le dessus sur son énergie vitale. « Au fond du trou », il se souvient de sa vocation barrée au moment de son entrée sur le marché du travail ; cette vocation, la peinture, se présentera à lui comme une lueur d'espoir.

Titulaire d'un BTS en plasturgie, il a été responsable marketing des pièces de rechange dans l'industrie automobile, gérant un million de pièces et chargé de la définition des prix au niveau mondial en fonction des situations géopolitiques. Mais le travail est très répétitif. Christian reste un an à ce poste. Il travaille ensuite sur un projet d'interface qui suppose des liens rapprochés avec l'entreprise B. et requiert un fort investissement. Les services où il travaille subissent des réorganisations en 2014. Christian postule alors, mais en vain, ailleurs dans le groupe, connaît un an de placardisation avec une seule demi-heure de travail par semaine. Il choisit de faire partie d'un plan de départ volontaire et s'inscrit à Pôle emploi, fin 2015. Après un bilan de compétences, l'obtention d'un master avec mention, Christian décroche un CDD au cours duquel il fait un burn out. À son retour de congé maladie, il se rappelle un commentaire : « T'as passé de bonnes vacances ? » Il dit également avoir subi un harcèlement moral. Une nouvelle période de chômage s'ensuit.

Au processus d'invisibilisation sociale opéré par la placardisation, cause de découragement et de dépression, succède, une fois au chômage, l'absence de reconnaissance, voire l'indifférence témoignée à l'égard de l'« investissement énorme » que lui demande la recherche d'un emploi sur fond d'effondrement de ses repères temporels habituels et de son épuisement. Au chômage,

il suit deux formations à l'APEC¹³ sur le burn out et il découvre l'association SNC¹⁴ : il est accompagné deux fois par mois par deux « coachs » jusqu'en juillet 2020.

Apprenant qu'il est affecté de la maladie de Parkinson, Christian obtient une RQTH en janvier 2020. L'évolution de la maladie se montre imprévisible. Il peut connaître des blocages lorsqu'il marche ou lorsqu'il conduit. Il se fait alors aider par ses voisins. Lors d'une crise, il découvre grâce à un médecin de SOS médecins qu'un médicament qu'il prend pour combattre son anxiété (Atarax) interfère avec la molécule qu'il prend pour soigner son Parkinson.

Christian continue à regarder les offres d'emploi RQTH proposées par des associations ou sur le site de Cap emploi. Il participe à des journées emploi avec des responsables handicap et de ressources humaines. Il se désole d'avoir passé quatre entretiens pour un poste chez S., et de ne pas avoir ensuite été rappelé. Il évoque son émotion et la difficulté qu'il a rencontrée pour répondre à une question lors d'un entretien de recrutement. Il l'explique par sa timidité, son manque d'aisance pour s'exprimer, sa difficulté à « réagir rapidement » et un état de surcharge cognitive. Il se fait accompagner par une assistante sociale de la CNAM.

Il est suivi par un psychiatre depuis 2011 car il souffre de dépression et a fait une tentative de suicide. Il explique : « je me suis retrouvé tout seul », et exprime à la fois ses difficultés à s'intégrer et l'envie de faire des rencontres. Il est célibataire et s'il a rencontré des femmes, il n'a jamais vécu en couple. Il se dit « très timide, très introverti ». Christian relie son manque de relations sociales au fait d'avoir passé toutes ses vacances, une fois son

13. Association pour l'emploi des cadres.

14. Solidarités nouvelles face au chômage, une association qui accompagne des chercheurs d'emploi.

service militaire terminé, à exercer le métier de peintre. Cette activité, qu'il a toujours exercée en parallèle à son activité principale en emploi, est pour lui une passion, découverte à 16 ans avec un artisan qui lui a appris les ficelles du métier. « C'était le vrai métier. » Il aurait aimé poursuivre, « mais pour mes parents, c'était hors de question ».

Il se plaît toujours à pratiquer cette activité de peintre d'intérieur quelques heures par semaine en dépit de l'avancée de sa maladie invalidante. Cette activité, qu'il ne peut exercer autant qu'il le souhaiterait en raison de son handicap, lui procure le sentiment de « recharger ses batteries à la manière d'une voiture hybride ». Elle fait partie des « moments actifs » de sa journée, qui compensent ses « moments passifs », et lui procure sa dynamique, qu'il compare à celle d'un train qu'il faut savoir attraper.

La peinture lui a en outre, dans le passé, permis de construire des relations d'amitié auprès des personnes chez qui il travaillait. Il compte sur elles pour limiter les effets de la désocialisation et de l'intériorisation d'une image négative de soi consécutive à la privation d'emploi. D'autres membres de l'association SNC interviewés parleront comme lui du « sentiment d'être tiré vers le bas, façonné, au mépris de la singularité de chacun » rendant impossible toute projection vers l'avenir. Le maintien d'une activité investie hors emploi permet à Christian de résister à cette dévaluation et d'envisager des projets de reconversion synonyme d'un retour à ses premiers amours professionnels et d'affranchissement de l'autorité parentale.

La suspension temporelle se mesure aux difficultés à se projeter, à s'engager dans de nouvelles activités (dont celle de la recherche d'emploi). Elle peut être liée à des relations délétères, comme pour Léa, 39 ans, qui souffre de douleurs aux hanches durant trois ans, la bloquant dans ses activités (professeure de danse, un enfant). Elle consulte. Ses problèmes de hanches sont analysés

comme réaction psychosomatique à sa relation à son conjoint : « Mon ex-conjoint m'avait coupée du monde. J'ai porté plainte contre lui il y a un an. Il y a eu une mesure d'éloignement par rapport à moi... Et depuis, mes hanches se sont débloquées. Une libération psychologique. »

La rupture d'avec son conjoint à la suite d'un viol a nécessité une hospitalisation suivie d'un soutien à une démarche juridique *via* une association spécialisée.

Ces situations de rupture temporelle de vie posent avec acuité la question des modalités d'accompagnement susceptibles de relancer une dynamique temporelle.

L'analyse des trajectoires croisées de santé et travail nous a permis d'identifier des accidents de santé qui déstabilisent le cours des trajectoires professionnelles. Néanmoins, tout problème de santé ne fait pas nécessairement événement. Pour le qualifier comme tel, il faut qu'il introduise de la discontinuité temporelle, une rupture des routines et une déstabilisation des lectures habituelles de la réalité. Nous avons observé que si des AVC, des épuisements professionnels conduisent à des arrêts de travail, voire à des licenciements pour inaptitude, ils n'impliquent pas toujours une déstabilisation synonyme de rupture biographique.

Pour des fragilisations psychiques qui se construisent dans l'enfance (très présentes dans les parcours de désinsertion professionnelle chronique), les choses se passent différemment : ces fragilisations peuvent être compensées par des investissements et satisfactions dans la vie professionnelle. La discontinuité de trajectoire survient ici dans et par le travail, en tant qu'il exerce une fonction thérapeutique. En revanche, quand investissements et satisfactions viennent à manquer, cette fonction se dérobe et c'est à nouveau le processus de désinsertion qui gouverne la trajectoire.

DÉGRADATION DE LA SANTÉ PSYCHIQUE AU CHÔMAGE

Le choc de la perte d'emploi

Nathalie (53 ans) exerçait des fonctions de direction dans une filiale d'une grande entreprise. Elle repère des signaux de fragilisation de sa santé, concomitants à une dégradation progressive de sa situation de travail dans un contexte de réorganisation des ressources humaines : naissance d'un conflit avec sa N+1, maltraitance. Ses problèmes de santé s'amplifient jusqu'à son effondrement et son arrêt de travail pour burn out. Elle tente alors de trouver de l'aide auprès de la direction. Pour toute réponse, elle reçoit une lettre de licenciement.

L'entrée au chômage la soustrait aux pressions liées à ce contexte de réorganisation et de réduction des effectifs. Mais la double rupture que constituent son burn out et son licenciement impacte fortement sa santé. Suivie par un psychiatre, elle a été mise en invalidité première catégorie.

« Un an et demi avant les événements, j'ai assisté à une réunion du groupe à l'étranger. J'ai constaté que des collègues n'étaient plus là, avaient été remplacés, que la direction Europe m'adressait à peine la parole ; il y a eu aussi l'information d'une réorganisation des directions du groupe. J'ai commencé à me sentir menacée dans mon emploi, sur un siège éjectable. Et trois-quatre mois après, une nouvelle responsable hiérarchique a été embauchée. Dès qu'elle est arrivée, ça s'est mal passé entre nous. Les choses ont dégénéré ; une jeune femme carriériste et sans états d'âme. J'estime avoir subi un harcèlement moral important. [...] J'ai fait un très grave burn out. Je me suis complètement effondrée. Ça faisait un an que j'essayais de tenir en ayant une énorme épée de Damoclès au-dessus de la tête. J'ai été mise en arrêt maladie par mon médecin. J'ai envoyé un courrier au directeur responsable du site France, au président, au directeur général. J'ai envoyé un courrier d'alerte sur mon état de santé au travail. Comme j'avais anticipé les choses, j'étais allée consulter un avocat

qui m'avait préparé ce courrier. C'est un appel au secours ! Et vous n'en tenez pas compte. Pour m'aider, j'ai été licenciée ! [...] J'ai été licenciée pour insuffisance professionnelle. Au bout de vingt ans, ils se sont rendu compte que j'étais incompétente ! »

Ayant déjà connu un licenciement et une période de chômage dans sa trajectoire professionnelle, Nathalie est en capacité de comparer ses deux expériences : elle souligne l'importance du motif du licenciement dans son impact psychologique, tant au plan de l'image de soi que du regard des autres. Le licenciement pour cause économique n'a pas les mêmes résonances que celui qu'elle connaît aujourd'hui, pour « incompétence ». Elle fait face à une double épreuve qui tient au soupçon qui pèse sur son professionnalisme et à la dégradation de l'estime de soi : « On n'est pas du tout dans le même état d'esprit, on culpabilise. Même si ce qu'ils disent, à 80 % c'est faux : oui j'étais en retard sur des dossiers parce que j'étais en burn out et je n'arrivais plus à gérer les priorités mais même... Je ne peux pas m'empêcher d'avoir un sentiment de honte et de culpabilité. »

Ces deux affects possèdent chacun une dimension de blessure qui peut conduire à des désorganisations plus ou moins pathologiques¹⁵. L'expérience traumatique de licenciement¹⁶ surpasse ici le soulagement dû au retrait des épreuves du travail. Lors de ce second licenciement, les ruptures s'accumulent : avec l'emploi bien sûr, mais aussi avec une activité professionnelle intensément investie, avec les collègues et plus globalement l'ensemble des relations de travail, avec un emploi du temps très structuré autour du travail... La vie de Nathalie est, à ce moment de son histoire personnelle, essentiellement indexée à celle de son

15. A. Ciccone, A. Ferrant (sous la direction de), *Honte, culpabilité et traumatisme*, Paris, Dunod, 2015.

16. M. Debout, *Le traumatisme du chômage. Alerte sur la santé de cinq millions de personnes*, Paris, Éditions de l'Atelier, 2015.

contexte professionnel. On note d'ailleurs que son compagnon la quitte quelques jours après qu'elle a reçu sa lettre de licenciement. Sans enfants, ni frères et sœurs, et ses parents étant décédés, sa vie professionnelle semble avoir pris le pas sur l'ensemble des domaines de vie. Si le chômage est bien souvent une source de dérégulation des systèmes d'activités¹⁷, ici cette dérégulation tient essentiellement dans la perte brutale de la principale sphère d'activités investie. Cette perte provoque une altération grave d'un équilibre mono-référencé. La question posée est alors celle des ressources et stratégies mobilisées pour restaurer les mécanismes de régulation permettant au sujet de recouvrer un pouvoir d'agir sur lui-même et sur ses conditions de vie. Les ressources potentielles, sociales et psychiques, sont ici fortement altérées.

Ce qui se joue dans la durée du chômage

Karine a 50 ans. Au fil des années d'expériences décevantes, l'installation dans le chômage l'immobilise et l'isole. Elle appréhende le retour au monde du travail, se dévalorise, « j'ai pas ce qu'il faut », a « peur des collègues, des gens, que ça se passe mal avec les gens, surtout les managers ». « Si je suis fatiguée, j'ai peur de ne pas tenir le rythme. J'ai eu tellement de déceptions. Il y a toujours des gens qui ne m'apprécient pas et ça, c'est difficile. »

Après un bac L, Karine enchaîne avec un BTS en commerce international. Elle intègre le service étranger d'une banque et travaille en agence pendant quatre ans. Elle passe douze ans en Angleterre où elle travaille successivement pour trois entreprises, puis une autre encore où elle s'occupe de la prévision des ventes des produits frais, des laitues, au centre de Londres. Elle y fait des

17. J. Curie, V. Hajjar, H. Marquié, M. Roques, « Proposition méthodologique pour la description du système des activités », *Le travail humain*, vol. 53, n° 2, 1990, p. 103-118.

analyses marketing, propose de nouvelles stratégies promotionnelles et trouve son travail « super, super intéressant ».

Elle décide ensuite de revenir en France où elle connaîtra « dix ans de galère, en CDD ou en intérim ». Elle se sent déclassée (« redégringolée »), contrainte d'accepter des postes qu'elle juge déclassés par rapport à son niveau d'étude (bac + 5). Elle passe « d'une boîte à l'autre ».

« Déprimée, en fin de droits », Karine est très fatiguée et démotivée, a « du mal à faire les choses ». Elle se sent tiraillée entre l'action et l'inaction : « C'est comme si la locomotive voulait avancer et que les wagons ne suivaient pas ! »

Elle revient sur le lien existant entre ses problèmes de santé et la précarité : « Si j'avais eu un CDI, je me serais mise en arrêt. Quand on est en CDD, ce qui demande le plus d'effort c'est au niveau humain. On est l'outsider. À chaque fois il faut réapprendre à s'intégrer ! »

Karine, en surendettement auprès de la Banque de France, s'enferme dans sa bulle. Elle accumule des loyers impayés : « C'est super angoissant ! » « C'est comme si la précarité me poursuivait : dans le travail, dans le domaine financier, professionnel et amoureux ! » Elle ajoute : « Les séparations, c'est un peu l'histoire de ma vie ! »

Les problèmes de santé s'accumulent : des problèmes de dos, « une grosse dépression. Je me suis mise à boire en fait ». Elle prend du poids : « Ça n'aide pas à retrouver le moral ! »

On voit ici que l'expérience du chômage peut être marquée par les effets traumatogènes du licenciement, notamment pour ceux qui ont connu des trajectoires professionnelles longues et sécurisées (avec peu d'employeurs successifs, avec ou sans promotion sociale) ; marquée aussi par une tendance dépressive enracinée parfois dans des expériences infantiles traumatiques ; marquée encore par la non-activité, l'anxiété associée au retour à l'activité

de travail ou la perte de tout espoir de retravailler, notamment chez les plus âgés. Ces différents effets handicapants, physiques ou psychiques, se constituent comme altération durable du rapport à soi et à autrui. Leur réalité vécue fait « approcher des expériences originales du temps, de l'espace et du corps qui mettent en crise l'idée d'une expérience universellement partagée¹⁸ ». Crise d'un rapport au soi qui nous permet d'appréhender de manière aiguë l'angoisse du futur ou celle liée au passé avec le retour du trauma ; sentiment d'enfermement dans une itération sans nouveauté, cause de souffrance, voire de « la honte d'être soi¹⁹ ».

La dégradation de la santé psychique est manifeste également chez les « chômeurs de l'intérieur », les « placardisés ». L'usage du « placard » dans le monde du travail répond à différents motifs²⁰, mais la longue durée de ces formes de suspension du travail, bien que l'emploi soit maintenu, est pathogène. Ces temps longs de chômage interne concernent notamment tous ceux qui, dans la fonction publique, ont des problèmes de santé qui imposent « un reclassement », souvent un changement de métier et l'affectation à un nouveau poste de travail. Les motifs des arrêts de travail sont de plus en plus dus à des troubles psychosociaux (TPS). Ils recouvrent des signes infracliniques (troubles du sommeil, irritabilité, stress...) et des pathologies telles que les troubles anxio-dépressifs, le burn out, les états de stress post-traumatique, les dépressions, les conduites addictives... Ils sont aggravés par la durée des arrêts de travail et les modes de traitement de ces arrêts. La complexité et la longueur des procédures administratives dans la fonction publique, conjuguées à l'isolement, aux sentiments d'abandon, d'inutilité sociale, contribuent à une fragilisation

18. P. Ancet, *Handicap, vécu du corps et vécu du temps*, dossier d'habilitation à diriger les recherches en philosophie, université Paris 7-Diderot, 2018.

19. *Ibid.*, p. 145.

20. D. Lhuillier, *Placardisés*, Paris, Le Seuil, 2002.

psychique accrue qui va compliquer le retour au travail. D'autant que pèse le poids du soupçon qui vise ces arrêts de travail pour raison de « santé mentale ». Comment les objectiver ? Pas de signes visibles, pas de traces dans des examens biologiques, radiologiques... Comment faire la preuve de son burn out ? Corriger l'idée qu'il s'agirait d'un abus, d'arrêts de complaisance²¹ ? Peut-on s'épanouir dans un arrêt pour dépression ?

Diego a 45 ans. Titulaire d'une maîtrise, il est chargé de mission contractuelle dans la fonction publique, et en parallèle réussit plusieurs concours (cadre territorial). Il obtient un poste de directeur général adjoint puis un poste de directeur de services techniques dans une autre collectivité. Là, rapidement, il rencontre des difficultés entre la gestion de ses équipes et les demandes de la hiérarchie. Il se heurte aux décisions du maire. Des grèves dans la collectivité, la création d'une section syndicale, un recours au tribunal administratif enveniment la situation. Il finit par s'effondrer et est mis en arrêt maladie par son médecin traitant. Les rapports avec son employeur compliquent toutes les étapes du traitement de son dossier et il doit multiplier les recours. « Au début d'un arrêt long, on n'imagine pas toujours qu'il pourra durer des années. Puis les mois passent, les liens sociaux s'étiolent et on est dans le noir. »

En mal-être, il finit par accepter d'entreprendre un travail thérapeutique. Un syndrome dépressif réactionnel est alors diagnostiqué. Il étudie toutes les possibilités de ne pas revenir dans sa collectivité et présente plusieurs candidatures. Il est à chaque fois refusé et soupçonne le maire de contribuer à ces

21. L'accroissement du nombre d'arrêts de travail ne semble pas favoriser une réflexion collective sur le sens de l'absence mais susciter plutôt une inflation de dispositifs de contrôle. Contrôle par le médecin-conseil de l'organisme de sécurité sociale, mais aussi, aujourd'hui, recours par certaines entreprises à des détectives privés pour enquêter sur leurs salariés en cas de suspicion d'abus.

empêchements par la diffusion de rumeurs négatives. Après un échange avec son N+1, il revient à temps partiel thérapeutique sur de nouvelles missions. Il se sent placardisé : sa production ne fait l'objet d'aucune réaction, commentaire, décision. Diego tente à nouveau des candidatures hors collectivité... toujours les mêmes freins opposés.

L'emprise installée par le maire prend la forme ici d'une sorte d'incarcération d'un agent considéré comme toxique car résistant à la domination. La relégation suscite des sentiments d'abandon, d'inutilité, d'impuissance et d'illégitimité. Des images de mort, d'enfermement sont ravivées ainsi que l'idée de punition, de condamnation. Oscillant entre agressivité et culpabilité, le conflit entre rébellion et soumission peut favoriser des positions régressives (repli mutique, angoisses paranoïdes ou dépressives) et/ou des affections psychosomatiques qui peuvent être extrêmement graves. La souffrance psychique se fait ici complice de la dénégation dont elle est l'objet : la honte se cache, l'exclusion est maintenue silencieuse et invisible.

Cette incarceration qui est une condamnation au non-travail forcé, c'est l'inactivité imposée, le simulacre censé la masquer et ses effets destructeurs qui constituent le cœur de cette condition. Elle révèle, par défaut, les fonctions psychosociales du travail. Stigmatisés, les salariés concernés sont relégués hors des réseaux de fabrication des ressources et de la reconnaissance sociale. Remisés à domicile, ils font l'expérience d'un apartheid spatio-temporel. Interruption d'une trajectoire professionnelle, déconnexion des temps rythmant le travail partagé, attente d'une sortie de l'impasse, confrontation au vide par l'absence de travail qui ne leur permet plus de s'inscrire dans le cycle des échanges, cycle du donné et du rendre. Le « placardisé » n'a plus rien à échanger, il ne donne plus rien en retour de ce qu'il reçoit encore : il enfreint le principe de la réversibilité symbolique. La mise au rebut s'accompagne aussi le

plus souvent d'un jugement de valeurs négatif : la déchéance fonctionnelle est dépréciation, absence de valeur d'usage et absence d'appartenance.

L'empêchement de l'activité, au chômage ou dans ces temps de longs arrêts de travail, altère l'image de soi et la santé. Sans travail, au sens d'activité, le sujet ne peut se prouver à lui-même et aux autres qu'il est capable. Sans mise à l'épreuve du réel, avec ce qu'il contient de limitations mais aussi de possibles, le chômeur risque une dégradation de l'estime de soi, voire un sentiment d'impuissance, renforcés par la durée du chômage et les impasses rencontrées lors de la recherche d'emploi. L'inactivité forcée peut générer des décompensations psychosomatiques qui se révèlent dès l'entrée au chômage ou quand sa durée se prolonge. Enfin, l'empêchement de l'activité est fondamentalement privation du pouvoir d'agir, privation de la possibilité de marquer de son empreinte son environnement, la relation aux autres et le cours des choses. La souffrance qui résulte de cette privation de travail ne fait qu'accentuer la diminution de la puissance d'agir.

SANTÉ RESTAURÉE

La santé est intriquée dans les parcours de vie au sein desquels le travail tient une place centrale. Les questions de santé viennent percuter cette place du travail lorsque l'énergie vitale vient à manquer. Au chômage peut s'engager alors un processus de dégage-ment des contraintes du travail afin de réinvestir son corps en vue d'une restauration de sa santé. La prise en compte de sa santé occultée, déniée pour mieux répondre aux injonctions du travail²² favorise une redéfinition du rapport au travail, afin de faire en sorte qu'il puisse être un facteur de développement de

22. Cf. au chapitre 1, « Les parcours de santé sacrifiée ».

sa santé et non plus synonyme d'un « perdre sa vie à la gagner ». Dans le chapitre concernant l'accompagnement des chômeurs, nous aborderons ce long et lent processus de transformation de la place du travail comme outil de développement.

Les parcours de santé restaurée au chômage sont caractérisés par un soulagement lié à la mise à l'abri des épreuves du travail et au développement d'activités de soin de soi. Le chômage donne l'occasion de se reposer et d'engager des démarches de soin médical (examens, consultations, traitements) précédemment reportées. L'entrée au chômage comme entrée dans une dynamique de soins permet une levée du déni des troubles, favorise un recentrage sur soi, ouvre à une attention plus grande aux signes de fragilisation de la santé, invite à des démarches auprès de professionnels de santé, dont les structures de soins en addictologie. C'est aussi un temps de réflexion sur le sens de la vie, les injonctions contradictoires, les relations nocives, les aspirations contrecarrées, les projets d'avenir, les ressources disponibles ou à mobiliser. Ce peut être encore l'expérimentation d'activités sociales permettant de renouer un lien aux autres et de tester ses compétences et intérêts. Le chômage entraîne parfois un arrêt de la consommation de substances psychoactives (SPA) ou des comportements addictifs (aux jeux, aux écrans...) par la combinaison d'une mise à distance des épreuves du travail (arrêt du tabac, arrêt des consommations collectives d'alcool en lien avec le travail), d'une priorisation du « prendre soin de soi », de son milieu de vie, d'une disponibilité accrue à la famille pour certains (a contrario des situations de perte de repères temporels au chômage, source d'un vide social, d'un désœuvrement peuvent conduire à la consommation de SPA, à la boulimie, à la pratique des jeux vidéo jour et nuit).

Marion, 44 ans, vit avec son mari, leurs deux enfants (14 et 18 ans) et deux chiens. Elle a un BTS de comptabilité et enchaîne les CDD durant quinze ans dans le secrétariat : « Je ne sais même pas combien d'emplois j'ai eus, il faut que je regarde sur mon CV. »

Elle tombe, à chaque emploi, en dépression, ne se sent bien nulle part, se mutile quand elle ne sait plus quoi faire. Alors qu'elle était au chômage, en janvier 2013, elle tente de se suicider. Elle attendait un poste de chargée de communication qui lui avait été promis par la secrétaire de mairie.

« C'était un poste dans ma mairie, c'était vraiment l'idéal, ce que je voulais faire... Ça c'est passé au mois de janvier ; après les fêtes, à chaque fois je suis mal. On m'avait promis ce poste, pas pour tout de suite, pour le mois d'avril. Je ne sais pas comment mon corps a réagi, mais je devais être en stress par rapport à ce poste. Et puis je ne sais pas trop pourquoi c'était ce jour-là, mais ce n'était pas calculé. Je n'étais pas bien ce jour-là. »

Elle refuse l'hospitalisation après sa tentative de suicide car elle espère se remettre seule en attendant ce poste auquel elle tenait vraiment. Elle n'aura pas le poste et tente d'analyser : « J'ai eu un mal-être avec la responsable [de la mairie]. C'est peut-être pour ça que je ne l'ai pas sentie. C'est aussi la pression de vouloir réussir parce que j'étais pistonnée pour ce poste. C'est mon mari qui travaille à la mairie et c'est par lui que j'ai eu ce piston. Et quand on veut trop bien faire... »

Lorsqu'elle fait des crises, elle se mutile et se « frappe parce que je ne sais plus comment réagir, comment répondre et je ne sais pas forcément me défendre. J'ai l'impression d'être au bout de quelque chose, d'être prisonnière ». Avant sa tentative de suicide, elle prenait « des petites choses... et déjà quand je passais le bac le médecin m'avait donné des petites choses pour décontracter » : des anxiolytiques prescrits par son généraliste. Elle se dit désœuvrée chez elle, « je ne pourrais pas être mère au foyer », et attend de

l'emploi qu'elle soit sollicitée par des tâches à réaliser et stimulée par les collègues, clients, supérieurs. Elle a besoin de contacts avec les autres mais dans des ambiances apaisées. L'emploi a donc, pour elle, bien des vertus thérapeutiques.

Après deux ans de chômage, elle enchaîne un CDD de quarante-huit heures, puis un autre de dix jours. Mais ces deux missions l'ont « beaucoup angoissée... et ça s'est très mal passé », car au fil des jours elle comprend qu'elle ne « fait pas l'affaire pour eux. Ils attendaient quelqu'un de plus rapide. J'ai pas trop bien vécu ça et quinze jours après j'ai été hospitalisée ». En grave dépression, son psychiatre lui propose l'invalidité deuxième catégorie et l'arrêt du travail. « Il m'a dit : "Si c'est pour vous rendre malade à chaque fois, il faut arrêter de travailler." » Elle refuse cette proposition.

En analysant, au sein d'un atelier Chômage et santé, ses diverses expériences au travail, Marion parvient à mieux cerner les conditions d'un emploi soutenable pour elle. Le temps partiel lui permet de combiner psychothérapie et vie de famille. L'ambiance de travail doit être non conflictuelle et Marion sait qu'elle doit apprendre à gérer les tensions avec les autres. « En fait, avec le recul, je me rends compte que je suis dépressive depuis toute petite. J'appelais ça des coups de blues. Je n'ai pas mis le mot dépression sur la maladie. Et c'est depuis l'enfance, un père un peu autoritaire peut-être... Il aurait besoin d'un psy, mais il ne veut pas en entendre parler. »

Lors d'un stage dont l'objectif est de regagner confiance en soi, elle est déboussolée car ne parvient pas à se trouver des qualités : « J'ai failli quitter cette formation le premier jour... Il a fallu que je me force... je ne sais pas me trouver des qualités. »

Elle y parviendra lorsque le formateur lui demande d'associer une qualité à une expérience vécue en entreprise afin d'illustrer cette qualité et d'apporter une preuve au jury. En se souvenant que ses collègues et son chef avaient noté que dans des situations

particulière elle était « réactive », elle parviendra *in fine* à s'attribuer cette qualité. Marion précise qu'elle devra relire ses notes du stage avant l'entretien d'embauche afin d'avoir présentes à l'esprit ses qualités et les expériences qui s'y rattachent.

« J'ai eu un entretien d'embauche et j'ai relu mes notes avant. Et le jour J, j'ai été incapable de me rappeler de mes trois qualités et de mes trois défauts. L'entretien ne s'est pas si mal passé que ça. Mais ça n'a duré que cinq minutes. J'aurais voulu ne pas être cataloguée en cinq minutes mais que ça dure un quart d'heure. J'ai été hésitante, je ne trouvais pas mes mots. J'ai été jugée par rapport à ça. Il faut sans doute que je refasse beaucoup d'entretiens pour être à l'aise, que ça devienne une routine. »

Ne parvenant pas à se faire des amis, elle investit les réseaux sociaux : « Et sur Facebook j'ai trouvé un groupe qui se réunit deux à trois fois par semaine pour faire des balades dans la forêt. J'ai fait des promenades, j'aime bien même si je suis parfois un peu en retrait parce que je ne sais pas quoi raconter. Les gens ont beaucoup de tchatte et moi j'en ai pas forcément. Mais en tous les cas ça me fait du bien de voir les autres. »

Elle essaie la marche nordique mais c'est trop dur physiquement, elle arrête. À l'aquagym, elle ressent une difficulté de dialogue avec les gens : « Il faudrait que je m'y remette. » Sur des conseils, elle tente le théâtre mais a fait une dépression : « Revenir au théâtre, je pense que je n'arriverais pas à gérer les jours où je ne suis pas bien. » Marion poursuit l'éducation canine : « Je suis gaga de mes chiens », et ils semblent jouer le rôle d'un objet transitionnel : « Si je ne sais pas quoi dire aux gens, on peut toujours parler du chien. »

Au chômage, elle découvre les jeux en ligne, devient « addict » à un jeu jusqu'à ne même plus s'occuper de ses deux enfants. Son mari, au chômage également, est pris dans le même jeu. À l'abandon, les deux enfants « n'en font plus qu'à leur tête ». Ne supportant plus le chahut des adolescents, elle prend rendez-vous

chez un psychologue qui lui indique fermement : « C'est vous qui n'allez pas bien. » Choquée, bien qu'approuvant l'analyse du psychologue, elle prend conscience de sa responsabilité dans cet abandon de son rôle de mère. Elle réussit à arrêter le jeu du jour au lendemain car, « par chance, il y a eu aussi une petite lassitude de ce jeu-là ».

Le stress et la pression qu'elle subit ne sont pas propres au monde du travail. Elle éprouve, dans tous les milieux sociaux, une difficulté à gérer les relations aux autres. Passionnée par le monde des chiens, elle a une expérience dans le monde associatif, mais « à la SPA, rien que le fait de savoir que j'étais observée par une collègue pour faire une toilette, j'avais la pression. Ça me fait vraiment perdre les moyens ». Elle craint aussi le jugement de son père et appréhende les rencontres avec lui lorsqu'elle a une nouvelle à lui communiquer et qu'elle anticipe un désaccord. Elle ne peut voir son père sans son mari, qui est alors dans le rôle du médiateur.

Pour Marion, la normalité serait de retrouver un travail. Cet objectif est également motivé par le fait qu'avec son conjoint, ils ont un crédit d'achat de leur maison à rembourser. Aidée par des professionnels de l'insertion, Cap emploi notamment qui lui a été recommandé par sa psychologue, elle parvient à définir le cadre de travail qui serait bien pour elle :

« J'ai fait un point, pendant six mois, sur ce que je voulais faire/ne plus faire et on est tombé sur le métier d'hôtesse d'accueil dans une petite structure bienveillante avec un public bienveillant... je ne sais pas parler avec un public qui se rebelle... Il me faut interagir avec des gens qui sont contents, qui viennent avec le sourire, pas un service après-vente où les gens viennent en râlant. Je ne voudrais pas que le téléphone sonne tout le temps, mais un peu quand même, et faire des tâches administratives. Je ne veux pas être derrière un ordinateur jusqu'à ma retraite, j'ai quand même besoin d'un peu de social. »

Elle suit des ateliers, confiance en soi, informatique, recherche d'emploi, communication orale et écrite ainsi qu'un atelier projet « où on vous pose des questions, pour définir un emploi. Moi je suis arrivée à hôtesse d'accueil mais dans une petite structure où les gens sont contents de venir ».

En formulant ce cadre de travail possible pour elle, Marion saisit aussi que ses chances de trouver un emploi de ce type sont minces : « Un monde de bisounours, ça n'existe pas ! » Désireuse de renouer avec l'emploi, elle accepte une immersion d'une semaine comme hôtesse de caisse. La MDPH²³ valide sa demande d'emploi accompagné : « Ça m'aide à dialoguer avec l'employeur, je n'arrive pas à m'exprimer. C'est vraiment un soutien. » En psychothérapie, elle tente de cerner ses difficultés : « Il faudrait aussi que le chef verbalise plus ce qui va ou ne va pas. Sans indication de sa part, j'ai tendance à penser que je suis nulle. »

Grâce au travail avec sa conseillère Cap emploi et aux échanges en atelier Chômage et santé, elle comprend que le fait d'accepter une immersion durant quinze jours – une expérience dans une entreprise, sans salaire – dans un poste administratif lui permettrait de voir comment elle parvient à gérer les relations avec ses supérieurs et ses collègues. Marion identifie que son problème majeur est la gestion des relations avec les autres, elle ne parvient ni à saisir le second degré ni à prendre de la distance lorsque les relations sont tendues et qu'elle n'est pourtant pas concernée par le différend : « Je prends l'agressivité des autres pour moi. Ça me met en stress. » La reprise d'emploi réussie comme hôte de caisse d'un participant à l'atelier renforce Marion dans ce choix de métier : « De toutes les façons tous les emplois aujourd'hui sont payés au SMIC. » Elle est prise en CDD de vingt heures par semaine compte tenu de sa RQTH mais sans avoir pu faire d'immersion : « C'est

23. Maison départementale des personnes handicapées.

juste à côté de chez moi, c'est vingt heures comme je veux, donc il FAUT que ça marche. » Au sein de l'atelier, de longues discussions portent sur la gestion du stress : il y a du stress, comment le gérer ? Sans formation, les nouvelles recrues doivent faire face aux opérations atypiques qui se présentent au fil de la journée : bons de réduction, articles à moins 30 %, paiement par ticket-restaurant, etc. Ils n'ont guère de temps pour explorer le logiciel de caisse et doivent, pour ne pas risquer de voir la file d'attente s'allonger, demander à leur collègue le plus proche de les aider.

La reprise de l'activité sollicite tout le corps, les packs d'eau à déplacer sur le tapis pour trouver le code-barres, la concentration pour identifier chaque article, cliquer sur le bon produit proposé par le logiciel de caisse et repérer les différentes sortes de salades, de pommes, d'oranges, etc. Ce n'est pas tant l'erreur sur le prix au kilo que redoute Marion mais aussi celle que pourrait commettre sa hiérarchie, car ces informations sont précieuses pour la gestion des stocks : « Si le prix de la feuille de chêne est le même que celui de la batavia, il ne faut pas cliquer sur batavia pour toutes les salades. Il faut distinguer les deux pour la gestion du stock et ça, ça prend du temps de chercher la bonne salade dans les menus déroulants. Et aussi de reconnaître toutes les salades, je ne suis pas très forte en salade. »

C'est souriante que Marion revient à l'atelier pour faire le récit de sa prise de poste :

« J'en avais vraiment marre d'être à la maison tout le temps. Vingt heures c'est parfait, ça me permet de combiner ce que j'ai à faire à la maison. Vingt heures, ça me permet juste de vivre normalement. Je ne serai pas riche, mais je vais pouvoir cumuler le salaire plus l'allocation handicapé. Après, si je me décontracte, je pourrai prendre plus d'heures pour mettre du beurre dans les épinards. Mais débiter à vingt heures, c'est bien. Les enfants et mon mari me trouvent épanouie, un peu stressée parce que je relis mes notes, je relis mes notes. Ils me disent : "Tu vas te rendre malade à force de les lire." »

Pour être aidée dans cette nouvelle prise de fonction, Marion aimerait suggérer à sa hiérarchie d'installer un panneau sur sa caisse qui indique qu'elle est débutante. Ce sont des clients aimables qui lui ont dit :

« “Vous débutez ?” Parce que je suis un peu longue à trouver les codes-barres. Je ne les retrouve pas du premier coup. Je retourne les paquets trois, quatre fois. Ça se passe très bien. Il n'y a qu'une fois, voyant ça, un monsieur a fait demi-tour et a changé de caisse... Pour l'instant, je reste confiante. Je vais y arriver. Ça ne fait que trois demi-journées, mais j'ai des courbatures dans les bras. Ça va passer avec le temps. Il y a des clients qui mettent les packs d'eau sur le tapis et ne les laissent pas dans le caddy. Donc je dois les soulever. Mais c'est juste les muscles ! »

À la fin de son service, elle se surprend à rester discuter avec ses collègues :

« L'autre fois je suis restée une heure. Si on veut rester discuter, c'est toujours bonjour avec le sourire, au revoir avec le sourire. Le deuxième jour, je suis arrivée en avance, et j'en ai profité pour poser mes questions et j'ai eu les réponses à mes questions. La chef de caisse, elle a répondu à mes questions et elle était très souriante. J'ai regardé sur les forums et c'est plutôt négatif les expériences dans cette chaîne de supermarchés. J'ai de la chance d'être tombée sur une bonne équipe. On est bien encadrés. Et la dame qui me suit en emploi accompagné, je la tiens au courant de tout ce qui se passe et elle me répond toujours par texto. »

3

Le chômage a-t-il un sexe ?¹

Afin d'explorer si les expériences du chômage sont différentes pour les hommes et pour les femmes, il faut déplier les histoires bien en amont. Encore une fois, seul le retour sur l'évolution dans le temps permet de se dégager de l'approche dominante par catégories (en emploi/sans emploi ; actifs/inactifs), segmentation qui empêche de penser les comparaisons hommes-femmes dans les carrières, les transitions professionnelles. La perspective historique permet également de tenir le fil rouge de la prévention de la désinsertion professionnelle en emploi, hors emploi et au retour en emploi. L'analyse de la fabrique de la désinsertion professionnelle mérite elle aussi d'éviter les biais androcentriques, ceux qui ne nous donnent accès qu'aux situations et points de vue des hommes².

Repérer donc les inégalités entre les hommes et les femmes face à la santé au travail et aux pertes d'emploi et comprendre ce qu'elles impliquent tant aux plans psychologique, social, économique...

1. Ce chapitre a été rédigé par Katherine Portsmouth et Dominique Lhuilier.

2. M. Boudinet, A. Revillard, « Politiques de l'emploi, handicap et genre », *Travail, genre et société*, n° 48, 2022, p. 71-87.

Une analyse « toutes choses inégales par ailleurs³ » car on sait bien, nombre de travaux l'attestent, que les femmes et les hommes ne se trouvent pas dans les mêmes conditions d'emploi, de travail, de conciliation des différentes sphères de vie, pas plus qu'elles, ils, n'ont les mêmes problèmes de santé.

Il nous faut donc tenir compte d'un ensemble de paramètres : dans l'accès au travail, à l'emploi, dans les types de contrats de travail et l'expérience de la précarité, dans les risques et pénibilités associés à la division sexuelle du travail, les inégalités dans la santé des sexes et l'accès aux soins, dans la fréquence et la durée des arrêts maladie, dans la reconnaissance du handicap ou de la maladie professionnelle, et du statut de demandeur d'emploi.

Pour repérer les différences entre les hommes et les femmes, combinés aux inégalités sociales, qui conduisent ou maintiennent au chômage, commençons par le travail, le métier.

QUEL GENRE DE TRAVAIL ?

Alain a 44 ans. Il était une femme et a décidé de devenir un homme. Son parcours professionnel est marqué par le précaire, avec peu de temps de chômage entre les différents emplois occupés. Il a aussi changé plusieurs fois de métier.

Après un bac professionnel en secrétariat-comptabilité, il trouve un emploi : « De suite, l'été, j'ai embauché chez X en tant que saisonnier, rayon traiteur, à la coupe. Ça a fonctionné, la balance, couper... ça m'a valu quelques cicatrices, mais bon j'ai appris tout sur le tas. J'ai fait plusieurs CDD successifs chez eux [deux ans]. Et après j'ai été embauché en CDI : pâtisserie,

3. F. Chappert, L. Théry, « Égalité entre les femmes et les hommes et santé au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 18, n° 2, 2016, p. 18-22.

boulangerie, caisse... Là, j'avais quelques petits soucis personnels sentimentaux qui me parasitaient. Et à la caisse je ne m'épanouissais pas du tout. J'ai un peu pété les plombs et j'ai démissionné au bout d'un an de caisse. »

Il regrette ce départ : sécurité de l'emploi, bon salaire, collègues devenues des copines... « J'étais jeune à l'époque, 25 ans. Je ne supportais plus, je n'étais pas assez fort à l'époque psychologiquement pour supporter les clients qui gueulent tout le temps. Alors qu'aujourd'hui, j'ai le charisme, l'énergie... comment dire, le caractère pour supporter ça. Aujourd'hui je m'en fous, ça peut gueuler, ça me passe au-dessus, ce n'est pas mon problème ».

Après trois-quatre mois de chômage, il est embauché en CDD dans une autre enseigne de la grande distribution. Il n'y reste que quatre mois : « Le même emploi mais dans un environnement moins agréable, vieillot, pas d'hygiène, moins favorable en termes de conditions de travail, de rémunération... »

Là, il réalise une formation d'agent de sécurité. Il ajoute que cette période est difficile : « [je ressens] un mal-être profond, depuis l'enfance, et puis après ça ressort plus tard. Énormément de choses qui font que tout se mélange. Tout ce qu'on vit en tant qu'enfant, adolescent a un impact quand on fait notre vie. Il a fallu que je passe par cette phase-là pour me construire certainement ».

Alain raconte le lent processus de sa transition de genre, ce mal-être chronique qui marque aussi son parcours professionnel et ses multiples changements, bifurcations :

« Sentimentalement ça n'allait pas dans ma vie, dans mon être ça n'allait pas non plus. Je me cherchais... pour vous éclairer, j'ai entrepris une transition il y a dix ans. J'étais une femme avant, je suis devenu un homme après. J'ai grandi sans savoir où était le problème, j'étais un adolescent comme tout le monde, j'ai vécu mon adolescence comme une femme qui aime les femmes. J'ai très longtemps rien dit à mes

parents parce que ce n'était pas forcément bien accepté... Et du coup, après mes 22 ans, j'ai fait mon coming out, j'ai vécu ma vie de femme qui aimait les femmes, je sortais en boîte. J'ai fait la fête comme tout jeune quoi, mais cela n'allait toujours pas, j'étais mal. Donc il y a eu le boulot et tout ça, il y avait un mal-être à l'intérieur de moi, je ne pouvais pas y mettre de mots. Dans ma vie de femme cela se passait bien, je l'avais dit à tout le monde, j'avais du succès : je sortais mais je n'étais pas épanouie du tout, j'étais toujours mal. Cela se traduisait par des moments de pétage de plomb : j'ai démissionné, je n'étais stable dans rien, aucune stabilité professionnelle, aucune stabilité sentimentale, je faisais n'importe quoi, il n'y avait rien, il n'y avait aucune... je ne me comprenais pas, je ne me supportais pas. Mais je n'arrivais pas à ce qu'on appelle être serein. J'allais travailler, après j'étais dans le déni de la transition, de ce que je suis aujourd'hui. Je ne le savais pas. Il y en a qui savent depuis qu'ils sont tout petits et moi je n'avais aucun... parce que j'ai vécu une enfance très garçon manqué, j'ai un grand frère, donc on jouait au foot, au petit bonhomme, au machin, les majorettes... mais on ne percute pas qu'on puisse peut-être être un garçon à l'intérieur, je n'ai pas du tout pensé que ça pouvait être ça. J'ai eu la révélation un jour : j'ai vu une émission, quelqu'un parlait et tout ça, et je me suis vu ! Ça m'a foutu la plus belle claque de ma vie. Mais c'est moi ! Tout de suite, je me suis senti comme s'il y avait un gros truc en moins à l'intérieur qui est sorti d'un coup, de toutes mes années. Je me suis senti méga léger, mais il fallait quand même que je sois sûr que ce soit ça. J'ai quand même fait de la psychanalyse pendant... ce travail que j'ai fait avec ce psy, il était adorable. Pourtant plus près de la retraite qu'autre chose... il a ouvert les bouquins, il n'était pas trop renseigné là-dessus. On a bossé pas mal de temps ensemble et plus le temps passait et plus j'avais hâte de commencer, l'endocrinologue machin et tout, et ça a été super vite. Mais c'est irréversible, donc il faut quand même beaucoup de suivi. »

Hormonothérapie, mastectomie, hystérectomie... et psychanalyse toujours : « Dans les démarrages de la transition, il est important de continuer [la psychanalyse], on ne se reconnaît plus. On ne sait plus qui on est, les hormones travaillent. Avant que

je me fasse opérer, l'hystérectomie totale, les deux hormones cohabitent et ne s'entendent pas forcément. La testo[stérone] prend le dessus. On est très énervé, dans la tête ça explose. »

Cette transition médicale est menée en parallèle à la formation d'agent de sécurité ; si au plan conjugal et familial ce parcours génère conflits, distance, désaveu, au plan professionnel Alain a pu parler, expliquer, être accepté.

« J'avais mes piqûres une fois par mois, mes collègues de formation je les avais mis au courant, ça se passait super bien. J'avais de bons potes et tout... Officiellement, j'avais encore le prénom féminin. Il fallait que j'explique : je m'appelle Alain, alors que sur le papier... Je n'avais pas le visage que j'ai aujourd'hui, j'étais moins masculin. Ils avaient des doutes : j'ai expliqué, j'ai été cash... si pas contents, c'est pareil. Mais j'ai eu la chance que ça se soit super bien passé. Donc quatre mois de formation et en suivant j'ai embauché de suite. J'ai fait un CDD dans une boîte où je bossais de nuit sur la construction de l'autoroute. Entre-temps, je me suis fait opérer de la mastectomie. J'ai beaucoup souffert, je travaillais quand même. Je me suis arrêté un mois. Normalement, c'est deux mois d'arrêt. C'est douloureux, vous ne pouvez pas bouger les bras et je conduisais. J'ai repris le travail trop vite, l'arrêt maladie ça ne paye pas bien. »

À l'issue de ce CDD, Alain a « enquillé avec une boîte qui bosse avec la Poste ». Travail de nuit toujours, rondes, vérifications des colis... et très bonnes relations avec les chauffeurs de camion qui livrent sur le site. Une rupture conventionnelle pour cause de fermeture en nuit de ce centre de tri le conduit à d'autres petites missions, toujours comme agent de sécurité. « Mais, agent de sécurité, je me suis un peu perdu en fait. Je ne m'épanouissais pas du tout. Je sentais que moi, l'autorité, la dissuasion, je ne suis pas fait pour ça. »

Alors qu'il renoue avec sa mère, avec ses grands-parents dont il s'occupe beaucoup, un nouveau projet professionnel émerge :

« Je me suis dit : “Pourquoi pas m’occuper des personnes âgées ?” Effectivement, ça a été confirmé, la formation m’a amené à m’épanouir. Ce travail, j’adore ça. C’est vraiment quelque chose que j’ai aimé. Ces vieux, ils m’apportaient autant que je leur apportais. Je rentrais le soir avec cette satisfaction d’avoir fait mon travail, leur avoir apporté pas seulement un change de protection mais du bien-être psychologique. C’est une vocation sinon il ne faut pas le faire. On ne le fait pas pour l’argent parce qu’on est très mal payé. C’est une richesse humaine. Une évidence, j’étais fait pour ça. D’où le côté très douloureux d’arrêter après. »

Si on reprend cette trajectoire, on voit qu’Alain débute sa vie professionnelle avec un diplôme majoritairement « féminin », mais qui ne le prépare pas au milieu de la grande distribution quoique la majorité des emplois soient occupés par des femmes. Dans cette longue transition qui le conduit à affirmer son homosexualité, puis à la révélation d’un profond désir de changement de genre, il se tourne vers un nouveau métier : agent de sécurité. Là, en revanche, il s’agit d’un « métier d’homme ». Conjuguant précarité et pénibilité professionnelles, le rapport aux risques est marqué à la fois par la virilité (même pas peur, même pas mal) et la solidarité, des pratiques d’entraide entre collègues⁴. Alain réalise finalement qu’il « s’est un peu perdu » dans ce monde-là. Et il revient à des mondes féminisés, celui du travail du *care*, le prendre soin, auprès des personnes âgées. « Ils n’avaient jamais pris de garçon... mais ils ont eu envie de me donner ma chance. Donc il a fallu faire son trou. C’était un challenge pour moi. » Réussi !

Tout au long de son histoire professionnelle, il s’est abîmé. L’usure au travail, dans des activités fortement genrées mais qui comportent toutes, dans leurs versions féminine ou masculine, des

4. P. Bouffartigue, J.-R. Pendariès, J. Bouteiller, « Virilité, métier et rapport aux risques professionnels : le cas de travailleurs de la sous-traitance », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 12, n° 3, 2010, p. 12-13.

formes de pénibilités qui fragilisent la santé (port de charges lourdes, gestes répétitifs sous contrainte de temps, station debout prolongée, travail de nuit...), est aujourd'hui patente. Un accident du travail viendra la révéler... et le conduire à abandonner le métier où il s'est enfin trouvé, celui dont il dit « j'étais fait pour ça ! »

« En soignant un monsieur, en lui faisant sa toilette, j'ai eu une grosse douleur d'un coup, une grosse décharge dans le coude. » Diagnostic : épicondylite, un trouble musculo-squelettique. Alain poursuit son travail malgré la douleur, tente d'obtenir un aménagement de son poste de travail... et, arrivé à la fin de son contrat, « n'a pas rempli le coup ». Pas d'arrêt de travail, pas de déclaration d'accident du travail, ni de maladie professionnelle. Juste une remarque : « Ce sont des boulots, faut pas se leurrer, ça use ! », suivie d'une autre : « Et puis les hormones qui rentrent en ligne de compte. Ça amène des problèmes articulaires. »

Reste cette question : « Tomber au chômage à 900 balles par mois... qu'est-ce que je vais faire derrière ? Qu'est-ce que je vais faire ? »

Choisir l'histoire d'Alain, celle d'une transition de genre, pour penser le genre du travail peut semer le trouble. Pourtant, elle nous dit beaucoup de la construction réciproque des identités de genre et des dimensions genrées des formations professionnelles, du travail, des métiers. Être un homme ou une femme, dans des métiers masculins ou féminins...

Les attributions genrées de métiers, postes et tâches, n'exposent pas aux mêmes risques, pénibilités, formes de violence, le plus souvent invisibilisées du côté des femmes. Les métiers du *care* sont particulièrement exposés aux accidents du travail⁵. Et les salariés du secteur médico-social – 76 % d'effectifs féminins – ont

5. H. Polesi, « Les accidents du travail des auxiliaires de vie à domicile », *Raison présente*, n° 190, 2014, p. 81-90.

une sinistralité supérieure à celle du secteur du bâtiment. Dans le médico-social, le nombre de journées d'arrêt de travail, du fait d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (AT-MP), est trois fois supérieur à la moyenne constatée pour l'ensemble des secteurs d'activité en France⁶.

QUEL GENRE D'EMPLOI ?

Valencia, 55 ans, entame sa vie professionnelle au rayon fruits et légumes d'une grande surface. Elle y reste deux ans, reprend le même emploi mais dans une autre enseigne. Elle poursuit en usine. Puis s'arrête de travailler pour élever ses enfants. Reprend comme femme de ménage à temps partiel. Son mari décède : elle élève seule ses trois enfants. Elle doit augmenter son temps de travail et arrive à un temps plein à 50 ans. Elle quitte son emploi de femme de ménage pour retourner en usine, préparatrice de commandes, en intérim. Tendinite du talon d'Achille, « les cervicales qui se bloquent [...] la déprime ».

Valencia pointe les liens entre sa santé et son parcours professionnel :

« J'aimais bien les missions d'intérim. Mais après c'est au niveau de la santé. En tant que préparatrice de commande, je faisais parfois 10 à 12 kilomètres par jour. Donc j'ai fait la tendinite du talon d'Achille, je ne pouvais plus marcher. Et les douleurs anciennes que j'avais eues en faisant le ménage des locaux revenaient. La déprime quand j'étais à la cantine, je n'en pouvais plus. Je déprimais complètement donc j'étais sous antidépresseurs. Voilà ! Après, accepter de rester à la maison... j'étais en même temps fatiguée parce que je ne m'étais pas arrêtée et que j'avais eu ma mère toute l'année qui était hospitalisée. Donc je fais le travail, l'hospitalisation, les heures supplémentaires. J'étais un

6. Cour des comptes, *La Sécurité sociale*, rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, octobre 2022.

peu sur les rotules. Quand j'étais en usine, je commençais à 5 h 30, donc je me levais à 3 h 30 et puis je faisais mes heures. Donc je faisais dix heures par jour. Dans l'autre usine, on pouvait travailler les samedis et dimanches matin, donc j'allais aussi le dimanche matin. C'est parce que ce sont des salaires au smic... [...] On m'a toujours dit que je n'écoutais pas mon corps, j'aurais dû. Avec le recul. »

L'« emploi-type » à temps plein et à durée indéterminée, qui constituait la référence sinon la norme, s'effrite. Et les « nouvelles formes d'emploi » ou « emplois atypiques » se développent de plus en plus : contrats à durée déterminée, intérim, emplois aidés, services civiques pour les jeunes, temps partiel⁷. Les chiffres du chômage masquent cette montée du sous-emploi et du précaire. Or ce sont les femmes, et, parmi elles, celles qui sont le moins dotées en capital scolaire, qui sont les plus confrontées aux difficultés d'accès au marché du travail, à l'instabilité et au sous-emploi.

Le précaire féminin a des déclinaisons multiples. Les emplois non qualifiés ou atypiques sont le plus souvent occupés par des femmes, elles sont majoritaires parmi les salariés en CDD, ou en stage et contrat aidé par l'État, en temps partiel imposé, en pluriactivité... et la principale cause de perte d'emploi est la fin d'un emploi à durée limitée, ce qui contrecarre leur évolution professionnelle⁸. De plus, « lorsque les parcours comprennent de fréquents changements d'emploi, la santé apparaît plus dégradée⁹ ». En termes de santé psychologique, la précarité est

7. Les temps partiels sont le plus souvent en CDD.

8. S. Fortino, « Genre et précarité en France : vers la mise en cause de l'autonomie des femmes ? », dans S. Fortino, B. Tejerina et coll., *Crise sociale et précarité*, Nîmes, Champ social, 2012, p. 54-75.

9. M. Bahu, T. Coutrot, J.-B. Herbert, C. Mermilliod, C. Rouxel, « Parcours professionnels et état de santé », *Dossiers Solidarité et santé*, DREES, n°14, 2010.

plus délétère que l'emploi stable ou le chômage de courte durée. Nombre de femmes au chômage en témoignent :

« Je pense que si j'avais eu un CDI, je me serais mise en arrêt maladie et que j'aurais pu beaucoup mieux me soigner. Ce qui m'a épuisée, c'est aussi huit ans sans vacances, sans la paix d'esprit, quoi ! Changer de boulot tout le temps, c'est très fatigant aussi. C'est très prenant » (Karine, 50 ans).

« Ça rend malade, c'est stressant. Chaque jour, on te dit : "Ah, si vous ne voulez pas, vous pouvez démissionner. On a une liste..." Un stress permanent » (Douria, 43 ans).

Les femmes constituent 70 % des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et représentent 85 % des familles monoparentales, dont une sur trois vit sous le seuil de pauvreté¹⁰. Les femmes, sans qualification, peu diplômées, sont reléguées dans des emplois mal payés, précaires, souvent dévalorisés, aux horaires décalés, exposés à l'intensification du travail, dans lesquels la promotion est impossible. On peut voir là une ségrégation selon le sexe des emplois d'exécution¹¹.

Lou rêvait de devenir horticultrice. Elle n'a pas le niveau scolaire requis et se replie sur un CAP de vente. Elle « se met dans la vente mais en tant que fleuriste, pour rester dans les fleurs, dans la nature ». À 21 ans, son premier enfant est arrivé « comme une fleur ». Elle démissionne pour trouver des horaires plus compatibles avec ses tâches de mère. Elle devient alors manutentionnaire dans l'alimentaire : « Mettre en rayon très tôt le matin et finir tôt, du coup j'ai basculé sur ce métier. »

10. D. Bousquet, G. Couraud, G. Lazimi, M. Collet, *Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, rapport n° 2017-05-29-SAN-O27, Haut Conseil à l'Égalité, 29 mai 2017.

11. N. Gadrey, F. Jany-Catrice, M. Pernod-Lematre, « Genre et emplois non qualifiés », dans D. Méda, F. Vennat (sous la direction de), *Le travail non qualifié : permanences et paradoxes*, Paris, La Découverte, 2005, p. 197-207.

Elle y reste un an et demi. Le climat change avec l'arrivée d'une nouvelle responsable. Elle démissionne et devient serveuse dans la restauration : « Je suis restée trois ans, on fait des extras, des extras, c'est beaucoup comme ça la restauration, pas un CDI, longtemps en extra. »

Elle quitte encore son emploi, en quête d'un CDI : préparatrice du froid et caissière à l'heure du midi dans une entreprise de restauration collective. « On arrive à 7 h 30, fallait faire sept cents entrées en deux heures et demie, donc c'est au taquet, on arrive, on a la pause de dix minutes entre deux, après il y a le service, mettre en place, on n'a pas le temps de s'ennuyer. »

À la naissance de son deuxième enfant, elle demande un congé parental qui lui est refusé : elle démissionne. Elle trouve un mi-temps dans la restauration collective toujours... jusqu'à son accident du travail : inaptitude, licenciement.

LA PRÉVALENCE D'UNE SANTÉ FRAGILISÉE CHEZ LES FEMMES

La santé a un sexe¹². Et pourtant, la médecine reste essentiellement masculine : elle tend à méconnaître les différences physiologiques des femmes, ne considérant « féminins » que les examens pelviens et mammographiques. Ce qui conduit à sous-estimer les différences hommes/femmes en matière par exemple de symptômes des crises cardiaques, AVC, des effets des médicaments, de prise en charge de la douleur.

Les hommes et les femmes ne sont pas égaux face à la maladie et face au système de santé. Si les femmes vivent plus longtemps, elles déclarent plus de maladies chroniques de longue durée¹³ et

12. A. McGregor, *Le sexe de la santé*, Toulouse, érès, 2021.

13. Canadian Women's Health Network/Réseau canadien pour la santé des femmes, *Les maladies chroniques : qu'est-ce que le sexe et le genre ont à voir avec elles ?*, 2012, <https://cwhn.ca/fr/node/42161>

on remarque, chez les chômeuses que nous avons rencontrées, une fréquence accrue de celles-ci : cancers, endométriose, pathologies cardiovasculaires, arthrose, troubles digestifs, maladies auto-immunes dans leur grande diversité...

Les symptômes de l'endométriose, pathologie évidemment féminine, sont très variés (douleurs pelviennes, infertilité, douleurs lors des rapports sexuels, fatigue chronique, troubles digestifs et urinaires...). Les diagnostics peuvent être réalisés après des années d'errance médicale. N'étant pas reconnue comme une maladie qui peut sensiblement affecter la vie professionnelle, celles qui en souffrent ne se sentent pas légitimes à recourir à leurs droits (arrêts maladie, médecine du travail, ALD affection de longue durée, « hors liste¹⁴ »).

Céline, 38 ans, a perdu sa « bonne santé » à la suite d'un surinvestissement professionnel, d'une pathologie organique non identifiée et d'un harcèlement durable traumatique. Son parcours professionnel chaotique peut s'éclairer par ses douleurs. À propos de l'endométriose, elle souligne :

« C'est une maladie qui génère beaucoup de douleurs, de fatigue au quotidien. Il y a une inflammation très forte. J'ai eu une atteinte digestive, beaucoup d'infections urinaires. J'ai uriné du sang... C'est très violent au niveau physique et forcément, je ne voulais pas que ça se voie. Il ne fallait pas être faible, il ne fallait pas être en arrêt maladie. Quelque part, je n'ai pas pu avoir de suivi, je n'ai pas fait d'IRM, pas été voir de spécialistes. Cette maladie, je m'en suis rendu compte l'année de ma reprise d'études où j'ai été hospitalisée en urgence pour hémorragie interne. C'est une maladie qui n'est pas ou peu reconnue. Comme elle touche les femmes et qu'il y a encore beaucoup de préjugés sur ce qui touche les femmes, en plus des tabous, c'est très difficile. La parole de

14. A. Romerio, « L'endométriose au travail : les conséquences d'une maladie chronique féminine mal reconnue sur la vie professionnelle », *Connaissance de l'emploi*, n° 165, 2020.

la femme est toujours remise en question... «elle se plaint plus que les autres»... Même au niveau du personnel soignant, ça a été très difficile. J'ai eu quinze ans d'errance médicale alors que, très clairement, les symptômes que j'ai sont typiquement ceux d'une endométriose puissance 10. Maintenant ça va, on en parle plus, il y a des femmes qui écrivent des livres à ce sujet. Mais c'est terrible. Moi, ma vie a été un peu foutue en l'air. Plus le diagnostic est tardif, plus les organes sont attaqués. Moi, on m'a enlevé des morceaux de mon kit. Ce qui est enlevé est enlevé... Cela touche, outre le domaine professionnel, sa vie personnelle, sa vie intime, sa féminité... ce n'est pas anodin. Je pense aussi que le médical a altéré mon image de moi-même. J'étais altérée dans ma féminité et dans mon efficacité professionnelle. »

Les femmes sont également en première ligne en matière de risques organisationnels et psychosociaux au travail. Elles sont majoritaires parmi les salariés atteints de troubles musculo-squelettiques, principale cause de maladies professionnelles aujourd'hui¹⁵. Nombre de chômeuses témoignent de souffrance au travail et de leurs douleurs... sans pour autant évoquer les catégories TMS, RPS et TPS¹⁶. Au taux de TMS trois fois plus élevé chez les femmes¹⁷ s'ajoute la prévalence du stress au travail, stress pas toujours mis en lien avec le travail ou renvoyé à des insuffisances personnelles. Cependant, nous avons vu que l'épuisement professionnel ou le burn out étaient omniprésents dans les histoires de chômeurs aujourd'hui, notamment ceux qui, après un arrêt de travail long, se trouvent licenciés pour inaptitude. Et une part très importante de ces histoires est celles

15. N. Guignon, « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », dans *Femmes et hommes. Regards sur la parité*, Paris, INSEE, 2008, p. 51-63, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372334?sommaire=1372340>

16. TMS : troubles musculo-squelettiques ; RPS : risques psychosociaux ; TPS : troubles psychosociaux.

17. C. Teiger, F. Vouillot, « Tenir au travail », *Travail, genre et sociétés*, n° 29, 2013, p. 23-30.

de femmes. On peut faire les mêmes observations à propos des expériences de harcèlement au travail, nous y reviendrons plus loin. Pourtant, les cumuls d'atteintes à la santé, pour beaucoup liées aux conditions de travail antérieures à la période de chômage, sont vécus bien souvent par les femmes comme des événements à caractère privé¹⁸, au sens où ils seraient dus à des fragilités, des insuffisances personnelles.

« J'ai ressenti les mêmes symptômes que l'infarctus, vous voyez. Donc, ça veut dire que je suis très, très émotive, que je... que je n'arrive pas forcément à maîtriser tout ça » (Aline, 55 ans).

De même, la majorité des personnes affectées par les pathologies ou les handicaps les moins visibles, comme l'arthrite, le syndrome de fatigue chronique, la dépression ou encore le diabète, sont des femmes¹⁹. Ces femmes ont manifestement un plus grand risque d'être au chômage tout en étant moins nombreuses à demander une reconnaissance officielle de handicap. Ainsi, au chômage, le « capital santé » et les difficultés et ressources ne sont pas les mêmes pour les deux sexes ; cela joue sur le retour à l'emploi. Les rapports sociaux de sexe, comme les autres rapports sociaux de classe et de race, déterminent l'accès aux ressources. Dans le champ de la santé, au travail et au chômage on observe bien des différences significatives entre hommes et femmes²⁰.

18. M.B. Ferreira de Macêdo, « Le vécu des femmes dans une expérience prolongée du chômage. Usage social du temps et santé », *Cahiers du GEDISST (Groupe d'étude sur la division sociale et sexuelle du travail)*, n° 13, 1995, p. 29-39, https://www.persee.fr/doc/genre_1165-3558_1995_num_13_1_965

19. D. Schiek, « Intersectionality and the notion of disability in EU discrimination law », *Common Market Law Review*, vol. 53, n° 1, 2016, p. 35-63.

20. H. Polesi, *Les rapports sociaux de sexe comme déterminant de la santé des femmes au travail : le cas empirique du care aux personnes âgées*, thèse, université de Strasbourg, 2014.

LES FEMMES SONT-ELLES PLUS FRAGILES QUE LES HOMMES ?

L'essentialisme qui se traduit par l'idée, voire l'affirmation répétée, que les femmes sont plus fragiles que les hommes, ce qui expliquerait la prévalence de leur santé fragilisée, fabrique des stéréotypes puissants. Il efface la question de l'emploi, du travail professionnel et domestique, de leur division genrée. Et ce jusqu'à n'y voir qu'un simple déterminisme biologisant qui n'est pas sans rappeler l'eugénisme du XIX^e siècle. Comme si les hommes pouvaient être reconnus par ce qu'ils font, alors que les femmes seraient, elles, essentiellement reconnues pour ce qu'elles « sont²¹ ».

Dans ces trajectoires de travail-emploi, la fragilisation de la santé conduit au recours à des arrêts de travail. Les discours sur l'absentéisme des femmes sont bien connus : le sexe y est traité comme une variable explicative en soi, sans que soient considérées les conditions de travail et de vie et les spécificités biologiques qui sont associées au sexe²². Cependant, à travers les histoires de travail racontées par les chômeurs rencontrés, c'est plutôt la question du présentéisme qui nous est apparue prégnante. Un présentéisme qui contribue à l'accroissement des arrêts de longue durée : tenir au travail malgré les douleurs, la souffrance, la maladie jusqu'au dépassement des limites conduit alors à des arrêts longs pour cause de dégradation majeure de la santé. C'est aussi la raison pour laquelle il y a tant de licenciements pour inaptitude. Dans la majorité des cas, les femmes tiennent à leur travail : il est l'instrument de leur indépendance, indispensable à l'accès aux revenus qui assurent les besoins des

21. P. Molinier, « Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe », *Travail et emploi*, n° 97, 2004, p. 79-91.

22. S. Deguire, M. Messing, « L'étude de l'absence au travail a-t-elle un sexe ? », *Recherches féministes*, vol. 8, n° 2, 1995, p. 9-30.

enfants, il permet de s'affranchir de l'enfermement dans l'espace domestique, de trouver un sens à leur vie par la médiation d'une activité utile socialement, et ce d'autant plus qu'il s'agit souvent d'activités de services, de travail du *care* qui engage dans la relation à l'autre dépendant.

Il y a pourtant des conduites genrées à l'égard du rapport à la maladie, aux demandes de soins, de prises en charge, de diagnostics, et de types d'accompagnement sollicités. Voici deux histoires contrastées et représentatives des différences observées plus globalement.

Anne (24 ans, deux CAP) a occupé quatre emplois, le dernier est celui de caissière. Elle a connu deux licenciements pour inaptitude. « Crise de douleur dans les jambes, mon dos devenait raide, je commençais à avoir aussi des douleurs dans les bras, de la fatigue. Je ne pouvais plus marcher plus de deux heures. J'ai été hospitalisée, avec plein d'exams pendant que j'étais arrêtée, pendant six mois. »

Une spondylarthrite ankylosante est diagnostiquée. Anne se démène dans sa lutte contre la maladie : son temps est compté pour mener à bien ses projets de vie. Les ressources mobilisées sont nombreuses : médecin généraliste, spécialistes, suivi hospitalier, médecin du travail (avant son licenciement), psychologues, mission locale qui l'oriente vers Cap emploi, vers la MDPH (RQTH)²³. Elle explique : « Faut que ça soit carré dans ma vie » : vivre avec son copain, faire une formation, travailler et faire un bébé à 26 ans. « Je ne veux pas faire un bébé tard vu ma maladie. Il y a des risques qu'on arrive de moins en moins à marcher. Il faut trouver le bon traitement. Mais c'est un traitement qui fatigue beaucoup. »

23. MDPH : maison départementale des personnes handicapées ; RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Benoît, 39 ans, est responsable informatique pendant dix ans. Après avoir parlé longuement de sa promotion interne, de son licenciement par suite du rachat de l'entreprise, et de ses deux ans de chômage, il poursuit : « On a décelé une pathologie, une maladie, une ALD, une sclérose en plaques. Voilà... quelques petits handicaps que j'essaie de camoufler, comme l'élocution, l'équilibre et la vision. Je les masque pour éviter que ça soit... parce que j'en parle à personne. L'ALD, j'évite d'en parler à ma femme. C'est pas son problème, c'est le mien. Tant que je peux le cacher... Le jour où vraiment j'aurai un truc, une béquille ou quelque chose de visible, je crois... mais je ne suis pas prêt. Je préfère laisser penser que tout va bien et que je reste un modèle. Voilà, je crois, toute ma vie, ma triste vie. Voilà, non honnêtement, sinon tout va bien. »

Le rapport genré à la vulnérabilité est manifeste : c'est bien connu « les hommes ne pleurent pas » ! En revanche, les femmes peuvent plus ouvertement exprimer des demandes d'aide, plus légitimement perçues. En contraste, on observe une résistance à dire son statut de chômeur, ses troubles de santé chez les hommes. Ces derniers se tournent plus rarement vers une aide psychologique²⁴. La recherche de soutien en cas de difficultés passe plutôt par le recours aux substances psychoactives, notamment l'alcool, ou par des soins somatiques, moins menaçants pour l'identité de genre au masculin.

24. L. Liddon, R. Kingerlee, J.A. Barry, « Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 57, n° 1, 2017, p. 42-58, <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>

LES EXPÉRIENCES DE VIOLENCE, DE MALTRAITANCE

S'il y a bien une différence majeure dans les parcours de vie des hommes et des femmes rencontrés, ce sont ces expériences de violence et de multiples formes de maltraitance. Les violences faites aux femmes sortent de plus en plus de l'ombre, mais on ne mesure pas assez leurs impacts sur les vies professionnelles.

Les femmes rencontrées rapportent plus souvent des viols, harcèlements – moral, sexuel –, intimidations ou violences physiques. Les cas d'inceste ne sont pas rares et impactent manifestement et durablement la vie personnelle mais aussi professionnelle (décrochage scolaire, absence de diplôme, isolement dans le silence et la honte, absence de confiance en soi, fuite des milieux masculins, des encadrants hommes...).

Catherine, 61 ans, divorcée, deux enfants, aide-soignante puis infirmière, a été victime d'inceste. « Je l'ai senti assez jeune que j'étais dépressive, mais j'avais eu beaucoup de soucis dans ma jeunesse... c'est bête de dire des choses comme ça... quand on entend tout ce que l'on entend à la télé maintenant... J'ai un frère qui a abusé de moi, je n'en ai jamais parlé à personne et je pense que ça ne m'a pas aidée. Ma vie complète a été pourrie à cause de ça et il a fallu que je me reconstruise autrement. C'est sûr qu'il y a des moments où j'ai chuté... »

Alexia, 33 ans, sans diplôme, élève seule ses trois filles (elle a eu l'aînée à 17 ans). Elle était vendeuse dans une enseigne de produits de beauté, un monde féminin qu'elle regrette vivement depuis la fin de son contrat. Elle survit avec le RSA et l'aide de sa mère. La maternité l'a délogée de l'emprise de son père : en garde alternée, elle passait tous ses week-ends chez lui et a subi de 3 à 13 ans des relations incestueuses : « Franchement, garder ce secret de 3 à 30 ans, c'était trop dur, j'en ai fait des cauchemars. Quand on a

3 ans, jusqu'à un certain âge, on se dit que c'est normal. À 15 ans, j'ai coupé les ponts. Mais ça m'a fait mal d'en parler, j'avais honte, c'est un peu une honte... »

Elle ne peut se sentir en sécurité que dans des milieux de travail féminins.

Johanna, 43 ans, éducatrice spécialisée, élève seule sa fille. Avec sa fille, comme à son travail, elle essaie, dit-elle, « de tout bien faire ». Dans son métier, qu'elle exerce en ITEP²⁵, et dans son rôle de mère, elle répare : « J'ai eu un enfant, elle a été désirée, je veux m'en occuper. Mon seul regret, c'est que je n'ai pas réussi à lui donner un père. »

Le père en question a pris la poudre d'escampette à l'annonce de l'heureux événement. Pas de ressources non plus du côté de sa famille avec qui elle a rompu quand elle a décidé d'avoir un enfant. La maternité ici aussi autorise : « Toute mon enfance, j'ai été violée depuis l'âge de 2 ans. Ma mère a nié, mes demi-sœurs aussi. Mon beau-père me violait. Enfant, j'étais mutique. Du coup à l'école je me suis fait maltraiter. J'étais différente des autres. Ma tête fatigue à réfléchir. Je pense trop. Un besoin de justice aussi... On en demande trop aux familles monoparentales : laisser ma fille seule ou faire du surendettement si je prends un baby-sitter ? »

Claire, 57 ans, a eu un parcours nomade à la fois professionnel et géographique (douze ans à l'international) : inceste ? Après son BEPC, elle voulait « partir vite, ne plus avoir de parents ». Elle a fait de multiples petits boulots, exploitée, dominée, épuisée... « [J'ai] un certain traumatisme... je ne fais plus confiance aux gens... j'ai très peur des couples qui s'approchent de moi... [...] Quand je

25. Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques perturbant gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

vois toutes ces histoires qui surgissent, d'incestes, on a l'impression que c'est devenu à la mode... Je me dis : c'est bon, qui n'a pas été violé, touché, malmené, par son oncle, son cousin, son père ? Qui ? Tout le monde, ça va quoi ! » Elle tente de se « soigner » par l'alcool et différentes drogues.

Les violences conjugales marquent aussi leurs effets sur le rapport au travail des femmes : honte, arrêts maladie, insécurité chronique et indisponibilité psychique, désir et peur de « s'échapper » et de perdre la garde des enfants du fait du statut de chômeuse.

Léa, 39 ans, a été professeure de danse pendant dix-neuf ans : « Je n'ai pas de problèmes de santé liés au métier. Il y a deux, trois ans, j'ai eu de gros soucis de hanches mais je ne pense pas que ce soit la danse (*pleurs*). Mon ex-conjoint m'avait coupé du monde. J'ai porté plainte contre lui il y a un an. Et depuis mes hanches se sont débloquées. Une libération psychologique. »

Les coups reçus, un viol, l'ont conduite à l'hôpital, puis au chômage. Perte d'estime de soi, enfermement, isolement, peur, angoisses, troubles du sommeil, de l'alimentation, nombreux sont les symptômes d'un stress post-traumatique. Au chômage depuis deux ans, elle « pense à changer de métier. Mais dans quoi ? Ce qui s'est passé change un peu toute la donne ». Libérée de son enfermement (emprise conjugale), Léa doit se confronter à une nouvelle épreuve d'enfermement, d'obstacles à la construction de projets, suite au confinement dû à la crise sanitaire.

Amina, 60 ans, gouvernante, élève seule ses trois enfants : elle a vécu des violences conjugales et un harcèlement au travail. À son arrivée en France, elle travaille à domicile (logée, nourrie, non déclarée) pendant un an ; son mari travaille et dort sur les chantiers. Son désir d'avoir « un chez-soi » et la nécessité d'assurer les dépenses du foyer conduisent à une suractivité.

« Je travaille, je paye le loyer, je fais tout... J'ai toujours des problèmes avec mon ex. Il ne me laisse pas tranquille. Depuis le premier enfant, il a beaucoup changé. Trop de jalousie, de manque de respect, de violence... jusqu'à ce que je n'aie plus de sentiment pour lui. Je faisais un double poste : de 7 heures à 13 heures déclarée (dans un magasin) et l'après-midi, du nettoyage chez les gens, pas déclarée, un travail à domicile. Lui aussi travaillait, mais après, il ne s'occupait pas des enfants, il va dans les bars. Je ne voyais pas son argent, c'était tiercé, jeu, cafés... Il m'a tapée, mise à la porte la nuit... la police m'a trouvée. Moi, je me crève, je fais double poste, je sors depuis 5 heures du matin, je fais l'ouverture, je rentre à 21 heures... »

Divorce, déménagement et emploi dans la restauration d'hôtels. Les horaires de travail sont incompatibles avec ses activités de mère seule avec trois enfants. Elle entre en EHPAD comme aide-soignante. Là, harcèlement par ses collègues : son surinvestissement au travail est en rupture avec les règles collectives qui régulent les rythmes de travail et modes opératoires du personnel. En quête d'un « bon travail » sur des critères qui sont les siens et pas ceux des collègues, elle fait alliance avec le directeur, qui rompt le principe habituel de la priorité donnée à l'ancienneté (accès à un CDI). Le travail est surinvesti, source de gratification (reconnaissance des résidents), d'autonomie (assurer l'entretien de la famille alors que son mari dépense ce qu'il gagne au jeu et en alcool, puis famille monoparentale). Se dépenser sans compter pour « réussir » (ascension sociale) et faire un travail de qualité (donner de la vie en EHPAD, résister au mortifère).

Sophie, 45 ans, occupe plusieurs emplois dans les ressources humaines : harcèlement et mise au placard. Après un an de chômage, elle travaille dans une entreprise de transports urbains. Mouvements de grève, changement de direction, le contexte est « tendu, exigeant. » Elle y reste cinq ans, puis est « mise au placard », sans contacts et sans responsable. Elle subit du harcèlement moral

de la part de son responsable hiérarchique, « des mots très virulents à mon égard », des mails « désobligeants », des cris, un contexte « épuisant », « trop difficile ». « Douce, réservée, je n'arrivais pas à réagir, je ne savais pas quoi faire. » Elle a le sentiment « d'être dans une impasse, comme dans un piège. [...] une situation engluée ». Le dégageant de l'emprise passe par la naissance d'un deuxième enfant. Elle se tourne vers une psychologue du travail mais n'a pas « la force de [se] battre » ; une « perte de confiance très forte », des problèmes de dos, à ne plus pouvoir bouger. Elle perd à nouveau son emploi, « re-chômage ». Avec le recul, elle s'interroge : « Comment j'ai fait pour accepter ? »

Les inégalités dans les espaces public et privé, cadre privilégié pour les violences physiques et verbales²⁶, sont manifestes.

Adeline, 41 ans, est secrétaire : elle a subi une agression. Veuve, elle vit seule avec ses deux enfants. Un soir en rentrant chez elle, elle est agressée dans la rue. Coups et brûlures avec un produit corrosif :

« Je suis restée trois semaines à l'hôpital [service des grands brûlés], après en centre de rééducation [où elle reste un mois et demi]. Il y a toute une équipe soignante pour le suivi : la kiné, un psychologue-psychiatre et le médecin traitant. Cet accompagnement, c'était un très bon relais. Après, il y a la phase judiciaire, ça... On n'a pas de maîtrise dessus, c'est compliqué. On essaie de gérer au mieux, pour pouvoir après... reprendre une vie à peu près normale. Mais ces événements ont mis un coup d'arrêt sur ma trajectoire professionnelle, c'est un an où on ne fait rien. J'arrive à passer l'étape de l'écrit des candidatures et aux oraux, c'est compliqué parce que j'ai un trou d'un an dans mon cv. Donc je leur dis que j'étais en maladie. Et c'est : "Est-ce qu'il faut un aménagement de poste ? Est-ce que cela... ? Est-ce que vous allez... ?" ... , c'est très compliqué. Je suis obligée de révéler systématiquement cette période-là, de réexpliquer, de me justifier. J'arrive à en parler parce qu'au début, c'était compliqué d'en parler, je pleurais... »

26. J. Coutras, *Les peurs urbaines et l'autre sexe*, Paris, L'Harmattan, 2003.

L'espace public, y compris le lieu de travail, constitue un cadre privilégié pour les violences faites aux femmes. On pense au harcèlement sexuel dans la rue, à celles qui disent avoir « développé un problème avec les transports en commun à la suite d'une agression ». Mais aussi aux formes de maltraitance au travail. Elles sont multiples et ne visent pas que les femmes. Cependant, la violence psychologique semble bien les atteindre électivement dans des rapports sociaux de domination au travail qui peuvent se déployer dans la division hiérarchique genrée du travail. Nous avons évoqué leur exposition aux RPS et il est très souvent question, dans les entretiens, du « stress » : « ils te contrôlent, ils peuvent voir ce que tu fais à un moment donné, même pas deux secondes » ; « quand t'es stressée tout le temps... T'es tout le temps en état d'alerte » (Douria, 43 ans) ; « on était passé au niveau supérieur au niveau du stress, du broyage de salarié, presque comme dans un piège » (Sophie, 45 ans). Les femmes sont plus nombreuses à avoir un statut d'employées, sont davantage exposées à des exigences psychologiques fortes : faible latitude décisionnelle, activité cognitive intense et pression d'un travail répétitif sous contraintes temporelles²⁷.

LA DOUBLE CHARGE DE TRAVAIL ET LA FABRIQUE DE L'USURE PRÉMATURÉE

On observe des situations contrastées selon la situation conjugale et la charge familiale, le nombre et l'âge des enfants. La monoparentalité est sans doute un puissant révélateur de ces inégalités au regard de la double charge de travail. Les femmes représentent 85 % des familles monoparentales²⁸ ; on a pu remar-

27. C. Teiger, F. Vouillot, « Tenir au travail », *op. cit.*

28. D. Bousquet, G. Couraud, G. Lazimi, M. Collet, *Santé et accès aux soins...*, *op. cit.*

quer la prévalence de ces femmes qui élèvent seules leurs enfants dans les histoires présentées ici.

La distribution du travail domestique reste encore fortement genrée : aux hommes le bricolage, aux femmes... le reste. Cette dissymétrie sexuée commence bien en amont du temps du chômage et peut même être à l'origine d'une usure prématurée.

Les cas de burn out féminins sont typiques de parcours où se combinent ces sur-sollicitations (dans les deux sphères, professionnelle et familiale) et un sur-engagement par attachement à la conformité aux rôles sociaux (être une bonne mère, une bonne professionnelle)²⁹. C'est bien souvent le cas pour celles qui élèvent seules leurs enfants.

Pour Amina, l'accès à l'autonomie est essentiel pour élever ses enfants. « Mes enfants m'ont dit, "maman, tu ne penses qu'au travail". Je leur dis que je ne peux pas changer ça. Peut-être parce que l'expérience dans ma vie m'a montré l'importance du travail. Je leur dis que si je suis bien au travail, je vais être bien avec eux à la maison (*pleurs*). »

Amina vit très mal le chômage : « À la maison, je me sens en prison. Je suis prête à prendre m'importe quoi. » Elle retrouve rapidement un emploi, à nouveau en EHPAD.

Les exemples sont multiples de ces femmes qui assurent tous les rôles : celui de pourvoyeur de ressources pour la famille, de soin et éducation des enfants, de travailleuse en quête d'un travail de qualité... Comme Sidonie, 49 ans : « Je divorçais, je devais élever mes deux enfants et reprendre le boulot, c'était compliqué avec deux enfants en bas âge. Je travaillais, j'avais mes séminaires et aussi j'avais un cabinet de psychothérapeute le week-end. J'ai senti que je commençais à m'épuiser. »

29. É. Hamraoui, D. Lhuilier, K. Portsmouth, A.-M. Waser, « Le burn out vu du chômage », *Revue française de service social*, n° 283, 2021, p. 59-66.

La psychopathologie du travail ne prend pas en compte les situations familiales³⁰ ; de manière plus générale, les travaux sur santé et travail s'arrêtent à la porte de l'entreprise, éludant le dit « hors travail³¹ ». Certes, les enfants apparaissent à la fois comme des ressources (« pour eux, j'ai tenu »), qui peuvent faire défaut aux hommes, mais ils sont également des contraintes supplémentaires avec lesquelles il faut composer : consommateurs de temps, d'énergie, imposant des horaires de travail, causes d'absences mal perçues...

Les salariés « aidants familiaux » sont également le plus fréquemment des femmes, ce qui pèse sur leur vie professionnelle mais aussi sur leur vie au chômage.

« Il y a eu des décès, des maladies... En période de chômage, paradoxalement, on a plus de temps pour gérer ce genre de choses. Mais on le prend aussi de plein fouet et le travail qui me permettait de me ressourcer, il ne me ressourçait plus » (Éliane, 45 ans).

Les chômeuses apparaissent comme bien souvent prises dans une tension entre des charges domestiques (a fortiori si elles sont lourdes – enfants en bas âge, monoparentalité) et des aspirations à l'emploi fortes (sortir de l'inactivité professionnelle, de l'enfermement à la maison). Le poids des contraintes familiales est néanmoins modulé selon les capitaux scolaires et professionnels et les soutiens familiaux³².

30. H. Hirata, D. Kergoat, « Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail », *Travailler*, n° 37, 2017, p. 163-203.

31. R. Bercot, *La santé au travail au prisme du genre : épistémologie, enquêtes et perspectives internationales*, Toulouse, Octarès, 2014.

32. D. Demazière, « Les femmes et le chômage. Quelles spécificités et quelles variétés des expériences vécues ? », *SociologieS*, 2017, URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/5966>

L'INDÉPENDANCE DES FEMMES FRAGILISÉE AU CHÔMAGE

L'isolement social caractérise particulièrement l'expérience des femmes au chômage³³. Nombre de chômeuses rencontrées soulignent le poids de cet enfermement à la fois domiciliaire et identitaire.

Marie, 56 ans, exprime : « J'ai un très fort sentiment de solitude, une chape de solitude. »

Fanny, 29 ans, est licenciée pour inaptitude. Sans emploi ni ressources, élevant seule sa fille, elle s'installe chez son compagnon à la campagne. Ses journées se réduisent au canapé-télévision : une vie confinée pour ne pas gêner son compagnon qui travaille de nuit et dort le jour. Complètement isolée, elle voit ses symptômes dépressifs se multiplier : asthénie, troubles du sommeil et de l'alimentation (prise de poids), tristesse et hypersensibilité.

L'emploi est l'instrument de l'émancipation des femmes ; son absence ou sa précarité menacent l'autonomie et exposent à la dépendance économique (au conjoint, aux services sociaux), ce qui n'est pas sans effets sur la dynamique des relations conjugales et sur l'identité sociale³⁴. Le retour à l'emploi apparaît difficile quand il est synonyme d'un dilemme entre mort sociale de l'inactivité ou galère des petits boulots³⁵.

33. M. Roupnel-Fuentes, « Souffrances au chômage. Histoire et devenir des femmes et des hommes licencié·es de Moulinex », *Travail, genre et sociétés*, n° 32, 2014, p. 99-117.

34. Comme le soulignait déjà l'étude princeps de Lazarsfeld et coll., « malgré le surcroît de travail, les femmes souhaiteraient retourner à l'usine, et pas seulement pour des raisons matérielles ; l'usine a élargi leur horizon, enrichi leur vie sociale, ce qui leur manque maintenant » (*Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Les Éditions de minuit, 1981, p. 117).

35. M. Roupnel-Fuentes, « Souffrances au chômage... », *op. cit.*, 2014.

« Dix ans de galère en fait, en CDD, en intérim, d'une boîte à l'autre, avec des fois des trajets d'une heure et demie pour aller sur place » (Karine, 50 ans).

Le chômage conduit à l'acceptation d'emplois souvent déclassés, sans prise en compte des questions de santé, et parfois jusqu'à l'effondrement.

Cette menace de l'identité sociale, fondée sur l'activité professionnelle³⁶ et sur les rapports aux autres, peut prendre des formes radicales et dégrader massivement la santé.

Nabila a 37 ans. En Mauritanie, elle a suivi deux années d'études en droit ; elle a été aussi présentatrice sportive à la télé. Un « mariage arrangé a changé [sa] vie à 100 % » : « J'ai tout abandonné, ma famille, mon boulot, mes études... Moi, je trouve que le mariage, c'est plus difficile que le travail. C'est du boulot plus dur qui ne finit jamais. »

Arrivée en France, elle enchaîne les grossesses, est enfermée à la maison par son mari : « Il ne voulait pas que je sois en contact avec des gens, c'est ça qui me faisait mal tout le temps parce que j'étais tout le temps seule. Des fois, il ferme la porte à clé. Je reste toute la journée enfermée. [...] Il garde tout son salaire pour lui. Et moi, j'ai quoi ? Rien du tout, je crois qu'il croit que je suis un objet pour lui. »

Nabila tombe malade : trois hospitalisations successives et enfin, un diagnostic : polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, dépression... Une libération !

« Ils ont dit que rien n'est abîmé, que tous mes organes sont normaux, que j'ai de la chance. Des médicaments et c'est tout. C'était vraiment un miracle : dès que j'ai pris les médicaments, c'était efficace rapidement, j'étais surprise. On dirait que je ne suis jamais tombée malade.

36. S. Pochic, « Comment retrouver sa place ? Chômage et vie familiale de cadres masculins », *Travail, genre et sociétés*, n° 3, 2000, p. 87-108.

Le rhumatologue m'explique : "C'est une maladie avec laquelle tu vas vivre toute ta vie mais si tu respectes ton médicament, tu vas vivre comme n'importe quelle personne normale, pas de douleur et tout ça." Vous êtes quelqu'un de normal, qui peut travailler, qui peut faire tout, qui peut sortir, qui peut faire du sport, qui peut faire n'importe quoi. Vous êtes bien. Y a rien dans ton cœur, ni les reins, ni... y a rien. »

Diagnostic et pronostic qui la conduisent à s'inscrire à Pôle emploi, à demander à son mari que ses enfants soient inscrits à la cantine, à légitimer sa demande de travail : « L'important pour moi c'est de travailler, de se mélanger avec les gens, de s'intégrer en France, d'avoir des amis, sortir ensemble... Et en plus, d'avoir un peu d'argent pour prendre un logement, parce que c'est pas facile ici. »

Mais son mari exerce une telle pression (se rend avec elle au rendez-vous à Pôle emploi, lui dit qu'elle est trop malade pour travailler) que des flambées de ses deux maladies auto-immunes reprennent. Elle vient annoncer à sa conseillère qu'elle ne pourra pas travailler étant donné la dégradation de sa santé.

Notons pour finir que la crise sanitaire et les confinements successifs ont aggravé et révélé l'impact du genre dans la santé au travail, au chômage³⁷, notamment le redoublement de l'enfermement des femmes et les violences intrafamiliales exercées à leur égard.

CHÔMAGE ET CRISE DE LA MASCULINITÉ

L'expérience du chômage est celle d'une assignation à résidence³⁸ douloureuse pour les hommes et les femmes, mais diffé-

37. C. Vidal, J. Merchant, *La crise de la Covid-19, un puissant révélateur de l'impact du genre dans la santé : étude comparative entre la France et les États-Unis*, Inserm-03361856, 2021.

38. M. Roupnel-Fuentes, « Souffrances au chômage... », *op. cit.*, 2014.

remment. Elle peut fragiliser gravement la place occupée par les hommes dans la sphère familiale, et plus globalement leurs rapports aux femmes. Est-on encore un homme quand on est au chômage ?

Fabrice (44 ans, un niveau licence en philosophie) a eu essentiellement deux emplois : assistant d'éducation (quatre-cinq ans), puis vendeur (six ans). Sa vraie vie est ailleurs : il est musicien. Mais le cumul de pertes successives (un accident auditif lui laisse des acouphènes – « mes oreilles, c'est ma vie » –, sa compagne le quitte, il est licencié économique) trouble à la fois l'estime de soi et l'identité de genre. Son chômage de longue durée (cinq ans) est synonyme de perte d'identité virile, défaut de statut social, d'argent... « Ce qui est le plus douloureux, c'est le fait d'être désocialisé, de perdre... Je ne me sens plus un mec. On perd une partie de sa virilité... Que l'argent puisse être érotique, c'est d'une violence inouïe. »

Cela impacte sa relation aux femmes, devenue impossible (ce qui alimente la perte d'identité virile), et sa relation aux hommes (s'extraire de la compétition virile) : « Fréquenter des femmes, c'est trop, trop d'efforts, trop de pression. Dans les lieux de rencontre, c'est la compétition acharnée entre mâles. Et c'est épuisant. »

Peut-on envisager une relation avec une femme quand on est chômeur ?

« J'avais une casquette de chef de projet informatique, donc je me raccrochais là-dessus. L'habit ne fait pas le moine mais là, oui. Ce n'était pas ma personnalité à moi qui travaillait, c'était... le professionnel dans le périmètre où il était à l'époque. Au chômage, trouver un équilibre avec une femme, ça c'est... Ça va être compliqué ; je suis en agence matrimoniale, mais ça va être compliqué pour... c'est un équilibre. Ce n'est pas ce qui me... ce n'est pas ma priorité quoi. J'y pense de temps en temps, mais sans plus » (Christian, 54 ans).

« Si j'étais allé vers elle... j'aurais peut-être eu peur de me détourner de mon objectif principal. Et c'est ça aussi qui est dangereux, c'est que la recherche d'emploi touche votre relation amoureuse. C'est hyper dangereux... Je sais que je n'irai pas donner tout l'amour attendu. Même si ça me fait mal, je préfère concentrer mon énergie à retrouver un emploi pour pouvoir retrouver quelqu'un » (Marc, 58 ans).

La perte d'emploi au masculin est plus souvent liée à « la honte », « une humiliation », « une chute »... La perte des attributs socialement valorisants du travailleur est évaluée différemment suivant les statuts sociaux associés. Les cadres « tombent de haut ».

« J'ai travaillé quinze-seize heures par jour sans compter, j'étais actif. Tout allait bien, j'étais un beau mec, bien habillé, une belle voiture. Un jour, tout s'est écroulé » (Marc, 58 ans).

Les autres perdent l'appartenance, le collectif de travail. Dans tous les cas, leur renvoi à la sphère domestique déstabilise les places, les positions genrées.

« J'étais à la maison. Elle me disait "Tu mènes la vie d'un retraité", et en fait, c'est assez vexant » (Frédéric, 54 ans).

« Avoir son compagnon dans les pattes à la maison » peut générer quelques tensions, voire des séparations. Et ce d'autant plus que le chômage dure (c'est-à-dire que les démarches de recherche d'emploi échouent) et que la division du travail domestique et familial n'est pas modifiée. Les « hommes traditionnels³⁹ » ne participent pas aux tâches domestiques : soit parce que leur métier les éloigne de la maison (routier, CRS, représentant de commerce...), soit parce que leur quête de reconnaissance et promotion sociales les mobilise essentiellement hors de la sphère familiale et domestique : la vie est ailleurs, dehors. Il revient donc

39. S. Pochic, « Comment retrouver sa place ?... », *op. cit.*

à leur compagne, lorsqu'elle a une activité professionnelle, d'assurer la conciliation travail-famille. Ce qui n'est ni simple ni sans sacrifices.

« J'ai eu mon activité professionnelle et elle a souvent été contrecarrée aussi par la difficulté à avoir des responsabilités en ayant une famille à gérer, en gérant un peu tout. Au final, je me suis retrouvée très centrée sur la famille... et ce n'est pas toujours ressourçant. Donc il y a eu un vrai isolement. Car il y a plein de choses à gérer : monsieur fait le bricolage, et madame fait la cuisine et tout le reste. J'ai besoin de sortir, de rencontrer des collègues, des pairs. Pour l'échange, pour l'estime, et parce que quand je suis à la maison, c'est difficile d'échapper aux tâches ménagères » (Éliane, 45 ans).

Pour les chômeurs-hommes traditionnels, les « occupations », telles que « s'occuper des enfants », ne sont que de pauvres substituts d'une activité professionnelle qui fait défaut. Aller chercher son fils à l'école serait même exposer l'enfant au désaveu social qui frappe le chômeur. Ici prévaut un sentiment d'inutilité : le chômage est vécu comme perte de contribution sociale, d'obligations sociales. L'homme se trouve délesté de toute pesanteur sociale. Le travail en moins apparaît là comme virilité en moins⁴⁰. On ne retrouve jamais ce trouble de l'identité de genre chez les femmes au chômage que nous avons rencontrées.

TRAVAILLER, POUR QUOI FAIRE ?

Sauf pour ceux qui ont une urgence à retravailler et donc à sortir au plus vite du chômage sans se poser trop de questions (pour diverses raisons, économiques, psychologiques, pour être en règle du point de vue des titres de séjour...), le temps du « sans

40. Pour une analyse très genrée – au masculin – des fonctions du travail et de l'expérience du chômage : F. Yvon, Y. Clot, « Le travail en moins. Une approche psychologique de l'activité », *Cités*, n° 8, 2001, p. 63-73.

emploi » est celui de l'émergence d'un questionnement sur le sens du travail, sur la place du travail dans sa vie.

Bernard, 64 ans, ingénieur, a une carrière ascendante dans l'informatique et devient cadre dirigeant dans une grande entreprise nationale. En couple pendant vingt-cinq ans, il dit qu'il a privilégié sa carrière à sa vie personnelle : « Mon travail m'a beaucoup occupé et je ne me suis pas trop occupé de ma vie privée, mais voilà, maintenant... » Alors qu'il a 61 ans, il est « tombé dans le chômage » après un licenciement inattendu : « Ça a été brutal », « J'aurais préféré... », enfin, travailler encore quatre ans ou cinq ans. » Il a été « liquidé, du jour au lendemain » dit-il, alors que le travail est « primordial pour avoir une vie sociale ».

Dans son discours, les valeurs de compétition, d'indépendance et de dépassement de soi dominant : « Être le capitaine de son bateau » ; « Ne pas dépendre de Pierre, Paul ou Jacques » ; « Je n'attends rien de qui que ce soit » ; « Tout est possible, faut s'en donner les moyens » ; « Faut chercher, faut s'adapter. S'écouter positivement, "tu es le meilleur" » ; « Essayer d'avoir une mentalité de combattant » ; « On ne m'a appris qu'une seule chose : être compétitif. [...] Si on n'a pas les ressources, on meurt » ; « Si on veut être en bonne santé, il faut s'en donner les moyens »...

Les valeurs qui ont guidé toute sa vie professionnelle semblent se fissurer au chômage. D'autres se manifestent progressivement et le conduisent à s'engager dans une nouvelle formation : « C'est important de prendre soin de soi, de faire ce qu'on pense être le mieux pour soi-même, de garder ses propres valeurs. » Se dégager de la suractivité, regarder en arrière et en tirer des leçons : « Il faut être spectateur de sa propre existence. » Bernard entame une formation de master pour la gestion de tutelle de personnes vulnérables, activité « loin de l'informatique, mais pas de mon cœur ». Accompagner la vulnérabilité implique de la reconnaître (de

l'éprouver ?) : il y a là une vraie rupture par rapport à ses engagements précédents.

Ainsi, la perte de l'emploi, de la santé, remet en cause ce qui était auparavant considéré comme acquis ou possible et recompose un nouveau paysage de « ce qui compte vraiment ». Ici, la perte laisse percevoir des gains. Le chômage, parce qu'il induit un repli sur la sphère familiale et amoureuse⁴¹, peut conduire les hommes à un déplacement et à d'heureuses découvertes : trouver enfin le temps de s'occuper d'une mère âgée et malade (Frédéric, 54 ans) ; renouer avec son père et partager les épreuves du chômage et de la recherche d'emploi : « J'ai revu ma vie, sa vie, on a beaucoup discuté. Donc ça c'est le premier effet *kiss cool* du papa et de son fils. Le deuxième effet, c'est qu'il m'a dit : "Enfin, mon fils, t'es pas un mauvais, t'as un cerveau. Regarde-moi, je suis malade, je suis tout seul. Ben toi tu recherches, t'es actif." Il m'a vu m'activer, m'affairer, faire plein d'entretiens. Il me dit "c'est un vrai parcours du combattant votre recherche d'emploi. Je n'aurais jamais pu, de mon temps, faire ça". C'est complètement absurde » (Marc, 58 ans).

Mais aussi c'est parfois l'occasion de faire la connaissance de ses propres enfants !

La réflexivité, l'introspection que favorise la perte d'emploi permettent de réaliser les deuils faits ou à faire ainsi que les bénéfices potentiels de cette métamorphose de soi et de sa vie. Réaliser sa vulnérabilité vitale et sociale renforce le niveau d'exigence à l'égard de choix de vie : « ne plus perdre sa vie à la gagner » et s'accorder le droit de construire une vie professionnelle et familiale plus en accord avec des aspirations et valeurs personnelles, avec la

41. H. Inanc, « Unemployment, temporary work, and subjective well-being: The gendered effect of spousal labor market insecurity », *American Sociological Review*, vol. 83, n° 3, 2018, p. 536-566.

santé également. S'ouvre alors une série de questions existentielles sur le sens de la vie, sur ce qui importe fondamentalement, sur son désir propre... C'est à ces moments-là que l'accompagnement peut s'avérer bénéfique.

Paul a eu, tout au long de sa vie professionnelle, une carrière ascendante. Au chômage, il mesure la rupture : « Piloter une équipe, ça vous oblige, c'est une charge, faut être capable de l'assumer correctement. [...] Sans emploi, c'est regrets et humiliation. [...] Tout ça vous mine, vous ronge tous les jours. Mes sentiments sont mélangés, mais ils font mal, tous les jours ça tape sur le système. Vous vous dites, putain une carrière comme ça ? Ce que j'ai fait ? Les diplômes et les sacrifices. Pourquoi tout ça ? Et tout ça s'effiloche petit à petit et n'a pas de valeur sur le marché du travail aujourd'hui. [...] À 55 ans, est-ce que je meurs socialement ? »

Ce questionnement l'ouvre à des critiques nouvelles pour lui : « Les gens ne sont pas des machines » ; « La qualité de vie, c'est de l'incantation ». Il regrette la priorité donnée à sa vie professionnelle par rapport à sa vie familiale : « Je me suis investi dans mon travail avec tous mes moyens, au détriment de mon bien-être, de ma vie familiale, de mes proches. J'ai un petit-fils : la première année je ne l'ai pas vu. Quand j'étais là, je n'étais pas là... Merde, qu'est-ce que j'ai loupé ? [...] Dans la vie d'avant, j'ai foncé, j'ai certainement fait des dégâts collatéraux. J'ai perdu des amis qui étaient chers, des amis proches, même dans ma famille... J'ai pensé gagner ma vie, gérer des projets que j'avais en charge, etc. Et si, le bien-être des collaborateurs en entreprise, ça, c'était important. »

Aujourd'hui, Paul souhaite un autre rythme, un « environnement plus calme, voir autre chose ». Il envisage de se lancer dans une activité libérale en hypnose, pour « pouvoir garder une certaine indépendance, souplesse, maîtrise, avoir le choix de

décider quand ça s'arrête ». Et parce que « c'est bien de voir les autres bien ».

La reconstruction de systèmes de valeurs à partir desquels est pensé le travail, le rapport au travail, semble privilégier l'activité en tant que créatrice de valeur d'usage, de lien social, de santé. Le « prendre soin » occupe une place centrale dans ces remaniements⁴². Prendre soin de soi, des autres, de son milieu de vie, du monde à transmettre aux générations suivantes...

Ces questionnements sur les finalités poursuivies professionnellement, mais aussi plus largement dans la vie, désincarcèrent la valeur du prendre soin, essentiellement rattachée aux métiers de la relation, métiers féminins, pour revisiter, globalement, la place et le sens du travail pour chacun.

Au chômage, le leurre de la séparation des sphères d'activités semble alors voler en éclats chez certains qui réalisent que leur polarisation sur l'activité professionnelle a été synonyme d'amputation de soi. Et potentiellement d'aliénation, par leur capture au sein d'un monde : celui de l'organisation productive avec ses visées propres. La conflictualité des attentes, principes, valeurs, finalités des différents mondes dans lesquels ils se découvrent engagés préserve de l'assoupissement dans une seule vision du monde, celle du monde productif arrimé aux valeurs marchandes, à la « réussite sociale ». La place accordée aujourd'hui au prendre soin pourrait bien être le socle de métamorphoses durables.

Émerge dès lors un désir de rééquilibrer l'usage *de* soi au travail du côté de l'usage de soi *par* soi. Non pas dans un repli sur soi et une illusion d'autosuffisance, mais dans le dégagement du principe d'une nécessaire adaptation à une réalité perçue comme

42. S. De Gasparo, « L'éthique du *care* : ça nous concerne tous ! », *Métis, correspondances européennes du travail*, 20 janvier 2022, [https://www.metiseurope.eu/2022/01/20/lethique-du-care-ca-nous-concerne-tous %E2 %80 %89](https://www.metiseurope.eu/2022/01/20/lethique-du-care-ca-nous-concerne-tous-%E2%80%89)

intransformable. Reprendre la main sur sa vie, ses actes, ses projets et y donner une place centrale au *care*, y compris en résistant aux rapports de pouvoir et de domination. Le *care* renvoie à l'« activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer “notre” monde de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie⁴³ ».

Ce souci de soi, plus manifeste dans les expériences d'une santé fragilisée ou d'une vie malmenée, est souvent analysé comme témoignant d'un repli individualiste. Pourtant, ces attentes ont une portée éminemment sociale et politique ; en effet, se reconnaître vulnérable, et donc dépendant d'autrui, permet de refonder autrement un être ensemble⁴⁴. Ce fondement s'opère sur la reconnaissance de la vulnérabilité du vivant, de la fragilité humaine, qui fait de chacun de nous un être dont il faut se soucier.

Lors des entretiens, des formulations multiples témoignent de ces déplacements :

« Retrouver ma famille, faire connaissance avec mes enfants » (Pierre, 55 ans) ; « J'ai revu ma vie, renoué avec mon père. [...] Une recherche d'emploi, c'est travailler sur soi et ça, c'est sortir de sa zone de confort. J'ai appris à prendre le courage de dire, j'ai besoin de vous. [...] La recherche d'emploi, elle m'a apporté une dimension humaine que j'avais en moi... chose que je ne faisais pas avant, l'écoute de l'autre, le travailler ensemble. [...] Je me suis amélioré... j'espère donner à mes enfants, à mes petits-enfants une meilleure planète et en tout cas des meilleures qualités de vie au travail » (Marc, 58 ans) ; « C'est fini le

43. B. Fischer, J.C. Tronto, « Toward a feminist theory of care », dans E. Abel, M. Nelson (sous la direction de), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, New York, State University of New York Press, 1991, p. 40.

44. L. Mozère, « Le “souci de soi” chez Foucault et le souci dans une éthique politique du *care*. Quelques pistes de travail », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14, 2004.

monde de "l'employé modèle du mois" » (Karine, 50 ans) ; « Je ne veux plus me faire manger par le travail, m'épuiser à la tâche » ; « je cherche un travail respectueux des gens » (Sylvie, 45 ans) ; « Travailler à fond pour le chiffre, non. Je ne me contorsionne plus pour répondre à des demandes impossibles. Pour moi, c'est de faire quelque chose ensemble, d'utile » (Éliane, 45 ans)...

Oui, le chômage a un sexe ! Les rapports sociaux de sexe dans la sphère professionnelle, mais aussi dans la sphère familiale et domestique, orientent la disparité des rôles sociaux et les épreuves rencontrées au chômage. La division sexuelle du chômage peut prolonger et accentuer la division sexuelle du travail, notamment quand le temps domestique, contraint, menace de concurrencer la recherche d'emploi. Ici, certaines configurations familiales sont déterminantes : la formule « familles monoparentales » élude le fait que ce sont principalement des femmes qui élèvent seules leurs enfants tout en travaillant. Les femmes et les hommes ne se trouvent pas dans les mêmes conditions d'emploi, ne connaissent pas les mêmes attributions genrées de métiers, de postes et de tâches, sont exposés de ce fait à des risques, pénibilités, formes de violence différents, et ne connaissent pas les mêmes exigences de conciliation des différentes sphères de vie.

Le temps du chômage, pour les deux sexes, peut être l'occasion d'un affranchissement des prescriptions de genre. S'il y a bien des processus genrés qui conduisent ou maintiennent au chômage, le chômage peut transformer les « allant de soi », au profit d'un retour sur « ce qui compte vraiment dans la vie ». Ces mutations supposent de chausser les lunettes du genre, de se dégager de la construction socioculturelle des rôles masculin et féminin, des stéréotypes sexués, et de penser, plus largement, genre humain.

Au fil des générations

Aux deux bouts de la chaîne des générations, les jeunes et les « seniors » sont particulièrement touchés par le chômage.

Le chômage des 20-24 ans a plus que doublé depuis quarante ans. La majorité des jeunes les moins diplômés savent qu'ils passeront par le chômage et la précarité avant de pouvoir s'intégrer dans la vie professionnelle. Sans travail, l'entrée dans la vie adulte, avec les critères qui la définissent socialement, est inaccessible : pas de logement, de vie en couple, d'enfant... Ceux qui sont définis par ce qu'ils n'ont pas (pas d'expérience professionnelle au sortir de la formation – voire pas de diplôme –, de permis de conduire, de « motivation »...) peuvent connaître une angoisse devant l'avenir, la peur de ne pas trouver de « place », d'identité professionnelle, des doutes lancinants sur leur « valeur », une faible estime de soi... et une santé qui déjà se dégrade nettement (maladies chroniques, surpoids, dépression...). « Que des jeunes, à peine entrés dans le monde du travail, soient sur la voie de l'exclusion, et que ce soit précisément la façon dont ils sont entrés dans celui-ci qui ait été excluante », est une piste de

réflexion qui mérite d'être explorée¹. Elle peut conduire à dépasser les « allant de soi » qui semblent se développer avec force : « les jeunes ne veulent plus travailler », « la génération Z ne veut plus de CDI »... Autant de discours qui contribuent finalement à rendre les jeunes responsables de leurs difficultés d'insertion dans un emploi durable, sans prendre en compte les mutations du marché du travail².

Du côté des seniors, une personne sur six de 55 à 69 ans n'est ni en emploi ni à la retraite. Ce sont majoritairement des femmes, des personnes peu ou pas diplômées. 45 % des personnes ni en emploi ni à la retraite de 55 à 61 ans sont sans emploi pour une raison de santé ou de handicap³. Les seniors sont les plus touchés par le chômage de longue durée. Autrement dit, toute sortie du monde du travail est synonyme de relégation durable. Pour eux, la réforme de l'assurance chômage conjuguée à la récente réforme des retraites risque bien de les pousser vers les minima sociaux, le RSA succédant à la réduction des allocations de retour à l'emploi (ARE). Ajoutons que plus d'un tiers des salariés ne se sentent pas capables de tenir au travail jusqu'à leur retraite. L'exposition à des risques professionnels – physiques ou psychosociaux – tout comme un état de santé altéré vont de pair avec un sentiment accru d'insoutenabilité du travail⁴.

1. P. Roche, « Santé malmenée, usure prématurée. Des jeunes salariés entre résignation et résistance », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. 11, n° 24, 2005, p. 21-40, <https://doi.org/10.3917/rips.024.0021>

2. F. Ihaddadene, « Les jeunes ont un autre rapport au travail », dans M.-A. Dujarier (sous la direction de), *Idées reçues sur le travail. Emploi, activité et organisation*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2023, p. 159-166.

3. INSEE, n° 1946, paru le 11 mai 2023.

4. M. Beatriz, « Quels facteurs influencent la capacité des salariés à faire le même travail jusqu'à la retraite ? », *DARES Analyses*, n° 17, 2023, p. 1-8.

L'EXPÉRIENCE DES JEUNES

Les plus jeunes générations n'ont pas été épargnées par les crises économiques, qui ont eu des effets considérables sur le marché de l'emploi et ont ainsi plongé une grande partie des travailleurs dans la précarité et l'insécurité de l'emploi.

Existe-t-il un vécu spécifiquement jeune du chômage ?

Le chômage est fréquemment décrit au prisme de l'épreuve, du déclassement, voire de la mort sociale. Ce qui peut contribuer à une représentation homogénéisée de l'expérience du chômage. Cette « vision sociologique du chômage qui le définit comme une expérience déstabilisante et traumatisante, une catastrophe entraînant humiliation, apathie, anémie, dépression, [...] s'appuie sur un profil particulier de chômeur : adulte masculin, chef de famille, licencié économique⁵ ». Nous avons vu précédemment que les expériences du chômage sont plus diverses.

En ce qui concerne les jeunes, donc ceux qui cherchent à entrer sur le marché du travail, on peut d'abord souligner leur forte « exposition » au risque du chômage : le taux de chômage chez les moins de 25 ans est de 16,2 % en juillet 2023⁶. Si l'on distingue différents types de parcours, il reste que, les concernant, c'est en majorité dans un contexte massivement marqué par la précarité et par des emplois (CDD, intérim, services civiques, emplois aidés...) présentés comme des transitions vers des emplois durables... qui peuvent s'avérer des chausse-trappes.

Certains construisent des *parcours d'insertion vers l'emploi stable* (par exemple, des jeunes diplômés de l'enseignement

5. Demazière (1995), p. 93, dans D. Chabanet, « Le chômage des jeunes en France : une "épreuve" diversement vécue », *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, n° 125, 2016, p. 24-31, <https://doi.org/10.3917/geco1.125.0024>

6. Un taux de chômage des jeunes en France supérieur à la moyenne européenne (13,9 %).

supérieur enchaînant de manière continue des emplois précaires tout en pratiquant à côté des activités socialisantes). D'autres se caractérisent par des *parcours d'adaptation à l'emploi précaire*, faits d'alternance entre CDD et périodes courtes mais répétées de chômage, des enchaînements de « boulots d'esclave » et de statuts intermédiaires (stages...) ; cela avec éventuellement des activités associatives et culturelles pratiquées irrégulièrement « à côté » du travail précaire. On trouve encore des *parcours de désaffiliation sociale* où se concentrent des jeunes sortis aux niveaux les plus bas du système scolaire. Ici, de longues périodes de chômage rythment ces histoires et des emplois de courte durée les ponctuent. Le travail au noir et/ou des formes d'économie informelle « de proximité » existent (échange de services). Enfin, on repère des *parcours de résistance à la précarisation* aussi bien du côté des jeunes diplômés de niveau bac + 2 que des jeunes de faibles niveaux de qualification. Ils pratiquent « en continu » plusieurs activités associatives, culturelles, sociales, économiques, sportives et politiques. Le contexte d'intensification des flexibilités et des mobilités favorise cette poly-activité, la réversibilité de situations de travail, les bifurcations. Ce qui ne manque pas de compliquer, brouiller, fragmenter le rapport au travail des jeunes⁷.

Le développement des intermittences du travail salarié chez les jeunes éclaire les défections ou la désaffection à l'égard du salariat. Il impose de se déprendre d'approches qui définissent le chômeur par ce qu'il ne fait pas, n'est pas, au profit d'une investigation sur ce qu'il fait et est. Les pratiques ponctuant la vie quotidienne des jeunes chômeurs peuvent être autant

7. L. Roulleau-Berger, « Travail flexible, bifurcations biographiques et nouvelles économies morales », dans P. Cingolani (sous la direction de), *Un travail sans limites ? Subordination, tensions, résistances*, Toulouse, érès, 2012, p. 209-222.

de formes de résistance aux types d'emploi et de travail qu'ils expérimentent ou dont l'expérience de leurs parents témoigne, qu'il s'agisse de modes de consommation reconsidérés, de pratiques de débrouillardise, de systèmes d'action visant à être acteur de sa propre vie et à fabriquer ses propres orientations normatives, loin du travail salarié, du rapport au temps, de nouvelles formes de sociabilité... Bien sûr, « plus l'identification au monde professionnel est forte, plus le sentiment d'échec et la perte de confiance en soi semblent importants⁸ ». Ici, les jeunes concernés appréhendent leurs échecs sous l'angle d'un manque individuel, et leurs ambitions professionnelles paraissent se réduire au fil du temps, rappelant que l'expérience du chômage est aussi un processus. Ils connaissent alors très tôt l'usure au travail. D'autres ont plus de ressources, sociales, familiales, un « capital confiance » associé à leur appartenance à la classe moyenne. Nous nous centrerons ici sur ceux qui sont identifiés comme « en difficulté » dans leur recherche d'emploi et qui font l'objet d'accompagnements spécifiques.

LES JEUNES ACCOMPAGNÉS DANS LE CADRE DE DISPOSITIFS D'INSERTION SPÉCIFIQUES⁹

Les jeunes inscrits dans un « processus de transition de l'école au travail¹⁰ » sont qualifiés de *Not in Education, Employment or Training* (NEET), c'est-à-dire « Ni en emploi, ni en études, ni en formation ». Cette catégorie regroupe des jeunes qui n'acquièrent pas

8. D. Chabanet, *op. cit.*

9. Cette partie a été rédigée par Virginie Althaus et Yvonne Joret.

10. M. Park, S. Lee, K.C. Nam, H. Noh, S. Lee, B.J. Lee, « An evaluation of the youth employment support program in South Korea: Focusing on the outcome of preventing NEET », *Children and Youth Services Review*, vol. 110, article 104747, 2020, p. 1, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104747>

« de capital humain par des voies formelles – à savoir le marché du travail ou l'éducation¹¹ ». Avant les années 1980, il était plutôt d'usage d'utiliser l'expression *status zero*¹². En 2020, la catégorie des NEET, qui inclut des jeunes âgés de 16 à 25 ans, regroupait 1,5 million d'entre eux¹³. Cette catégorie « statistique » demeure toutefois critiquée pour son hétérogénéité, ce qui a amené les experts de la question à opérer des distinctions plus fines au sein de celle-ci. Ainsi, on peut distinguer cinq sous-catégories : nouveaux diplômés du supérieur, bacheliers, mères éloignées du marché du travail, diplômés de l'enseignement professionnel et « sans diplôme » éloignés de l'emploi¹⁴. On observe comme ailleurs une élévation générale du niveau de qualification dans cette catégorie, tendance davantage marquée pour la population des femmes¹⁵.

Les jeunes NEET, répartis entre chômeurs et inactifs, sont particulièrement vulnérables sur le plan de la santé et sont plus susceptibles de développer un problème de santé mentale. Ils déclarent avoir moins de compétences « douces » (telles que la résolution de problèmes, le leadership et la gestion du temps) que les jeunes non NEET et seraient plus pessimistes quant à leurs perspectives

11. M. Mascherini, « Origins and future of the concept of NEETS in the European policy agenda », dans J. O'Reilly, J. Leschke, R. Ortlieb, M. Seeleib-Kaiser, P. Villa (sous la direction de), *Youth Labor in Transition*, Oxford University Press, 2018, p. 503-529, <https://doi.org/10.1093/oso/9780190864798.003.0017>

12. A. Furlong, « Not a very NEET solution: Representing problematic labour market transitions among early school-leavers », *Work, Employment and Society*, vol. 20, n° 3, 2006, p. 553-569, <https://doi.org/10.1177/0950017006067001>

13. J. Bernard, « Les jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation : jusqu'à 21 ans, moins nombreux parmi les femmes que parmi les hommes », *INSEE Focus*, n° 229, 2021.

14. Q. Francou, « Les "NEET", des ressources et des conditions de vie hétérogènes », *INJEP Analyses et synthèses*, n° 31, 2020, p. 1-4.

15. M. Danner, C. Guégnard, O. Joseph, « Les jeunes NEET : résistances et évolutions sur vingt ans », *Formation emploi*, n° 149, 2020, p. 61-85, <https://doi.org/10.4000/formationemploi.8059>

d'avenir¹⁶. Ajoutons que les jeunes NEET accompagnés par les missions locales cumulent une « couverture sociale insuffisante ou inexistante, une méconnaissance du parcours de soins et d'importantes difficultés financières¹⁷ ».

Pour explorer les situations, les parcours ainsi que les significations associées au chômage et aux liens entre travail, chômage et santé chez ces jeunes chômeurs, nous avons rencontré sept personnes entre 20 et 26 ans (moyenne d'âge : 23 ans), pouvant être considérées comme faisant partie de la catégorie des « NEET » avant d'intégrer des dispositifs d'aide à l'insertion¹⁸. Ces jeunes étaient tous accompagnés dans le cadre de dispositifs spécifiques (la Garantie jeunes ou l'Accompagnement intensif jeunes-AIJ¹⁹), dispositifs qui offrent un accompagnement individuel et/ou collectif en vue de favoriser l'insertion professionnelle. Le dispositif de la Garantie jeunes a été mis en place dans les missions locales depuis 2013 afin « d'amener les jeunes en situation de grande précarité vers l'autonomie par l'organisation d'un parcours d'accompagnement global, social et professionnel, vers et dans

16. S. Goldman-Mellor, A. Caspi, L. Arseneault, N. Ajala, A. Ambler, A. Danese, H. Fisher, A. Hucker, C. Odgers, T. Williams, C. Wong, T.E. Moffitt, « Committed to work but vulnerable: Self-perceptions and mental health in NEET 18-year-olds from a contemporary British cohort », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 57, n° 2, 2016, p. 196-203, <https://doi.org/10.1111/jcpp.12459>

17. S. Robert, S. Lesieur, J. Chastang, V. Kergoat, J. Dutertre, P. Chauvin, « Santé et recours aux soins des jeunes en insertion âgés de 18 à 25 ans suivis en mission locale », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 65, n° 4, 2017, p. 265-276, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.120>

18. Les entretiens ont été conduits par Virginie Althaus et Yannick Le Hénaff. Nous remercions vivement ce dernier, ainsi que les professionnels de Pôle emploi et de la mission locale qui nous ont accordé du temps.

19. Trois d'entre eux (Laurine, Nina et Pierre) étaient ou avaient été suivis dans le cadre du dispositif de l'AIJ à Pôle emploi et quatre (Alix, Anissa, Awa et Maeva) étaient accompagnés par la mission locale, *via* la Garantie jeunes.

l'emploi ou la formation²⁰ ». Le dispositif de l'AIJ, quant à lui, s'adressait, à Pôle emploi, aux demandeurs d'emploi de moins de 26 ans rencontrant des difficultés à trouver ou retrouver un emploi²¹. À l'heure actuelle, ces deux dispositifs sont remplacés par le contrat d'engagement jeune (CEJ), mis en place par les deux organisations d'accompagnement à l'emploi.

L'expérience du chômage sous l'angle des parcours

Comment les sept jeunes se sont-ils retrouvés au chômage ? Pour cinq d'entre eux, c'est à la suite d'une fin de contrat, qu'elle soit à leur initiative (abandon de poste de Laurine, démission de Nina) ou non (Anissa, Maeva, Pierre²²). Pour Awa, le chômage a succédé à la validation de son master, lorsque son stage de fin d'études s'est achevé. Sa situation peut ainsi être qualifiée de « chômage d'insertion²³ ». Enfin, Alix a abandonné une formation dont les conditions ont été dégradées par le confinement : cours à distance et annulation des stages prévus. Deux de ces jeunes, Anissa et Maeva, ont été confrontées à une rupture précoce de leur scolarité, au lycée. Au regard des récits recueillis, le « décrochage scolaire²⁴ » a façonné leur itinéraire et leur insertion

20. Article du décret n° 2013-880 du 1^{er} octobre 2013 relatif à l'expérimentation de la « Garantie jeunes », <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028022726>

21. Direction des statistiques, des études et de l'évaluation (DSEE), *L'accompagnement intensif des jeunes demandeurs d'emploi (AIJ)*, Pôle emploi, 2017.

22. Le contrat de professionnalisation de Pierre dans une entreprise du secteur des assurances arrivait à échéance. Il lui a ensuite été proposé un contrat de travail à durée indéterminée, qu'il a refusé.

23. J. Germe, « Chômage (*unemployment*) », dans J. Guichard (sous la direction de), *Orientation et insertion professionnelle : 75 concepts clés*, Paris, Dunod, 2007, p. 78-81.

24. Le décrochage scolaire est inscrit dans le Code de l'éducation aux articles L122-2 et L313-7. La lutte contre celui-ci vise à atteindre « une diminution du nombre de jeunes qui sortent de l'école sans diplôme », circulaire du 16 mars

professionnelle. D'une manière générale, les analyses soulignent que les jeunes non diplômés ont plus de risques que les autres de devenir NEET²⁵.

Le défaut d'insertion chronique associé au décrochage

Ce parcours, caractérisé par des difficultés d'insertion initiales qui s'inscrivent ensuite dans la durée, a déjà été présenté au chapitre 1 sur les histoires de vie. Il concerne des personnes qui ont généralement travaillé de façon épisodique, mais qui peinent « à trouver et à faire leur place » dans les situations professionnelles, notamment en raison d'une carence d'étayage familial (contextes décrits de maltraitance, de déconsidération...). Ce parcours « typique » permet de décrire, tout en considérant leurs singularités, les situations de certains jeunes, notamment ceux qui, comme Anissa, 20 ans, et Maeva, 24 ans, sont en rupture scolaire, et accompagnés par la mission locale. Si leurs trajectoires professionnelles sont relativement courtes du fait de leur âge, elles sont déjà caractérisées par des difficultés à s'insérer professionnellement et à « trouver et faire sa place » dès le temps de la scolarité.

Maeva est au chômage depuis un an et sept mois. Elle a arrêté sa scolarité au lycée, alors qu'elle avait intégré une classe de seconde en vue d'obtenir un bac professionnel « métiers de la mode. » Elle explique que ce décrochage tient à deux raisons : elle a été hospitalisée du fait d'une maladie rhumatismale inflammatoire, suivie

2010, citée par P. Bernard. Selon cet auteur, le décrochage scolaire est moins un concept scientifique qu'un « terme de consensus » pour les acteurs du système éducatif – les expressions « rupture scolaire » ou « échec scolaire » étant privilégiées par les chercheurs. P. Bernard, « Le décrochage scolaire en France : usage du terme et transformation du problème scolaire », *Carrefours de l'éducation*, n° 37, 2014, p. 29-45, <https://doi.org/10.3917/cdle.037.0029>

25. M. Danner, C. Guégnard, O. Joseph, « Les jeunes NEET : résistances et évolutions sur vingt ans », *op. cit.*

d'une dépression : « Quand je suis revenue au lycée, j'ai fait une petite dépression et au lieu d'aller au lycée, je tournais un peu en rond et j'ai fait un décrochage scolaire. »

Initialement, Maeva voulait être hôtesse de l'air. Toutefois, sa famille n'a pas pu financer l'inscription dans une école privée qui avait accepté sa candidature. Elle s'est ainsi orientée vers cette formation aux « métiers de la mode » par défaut. À la suite du décrochage, elle a « quitté l'école et a commencé à travailler directement », d'abord en tant qu'hôtesse d'accueil en entreprise (« de travailler là-bas, ça me faisait du bien »), puis comme employée polyvalente dans un parc d'attractions pendant environ trois ans. Elle s'est retrouvée au chômage à la fin du CDD dans ce parc d'attractions et au début du confinement. Elle a ensuite intégré le dispositif de la Garantie jeunes.

Maeva vit actuellement avec sa mère qu'elle aide financièrement avec l'allocation Garantie jeunes (un peu moins de 500 euros par mois²⁶). Elle préfère rechercher un emploi et déposer ses candidatures sur Internet afin d'éviter de sortir de son domicile. « Je n'ai plus la motivation », ajoute-t-elle. Elle essaie aussi de « trouver des ateliers en visio » afin de ne pas avoir à prendre les transports en commun pour se rendre à la mission locale. La situation de chômage s'éternise et elle le vit mal, car elle semble en endosser la responsabilité : « Je ne me sens pas bien d'aller sur le site de la mission locale pour chercher des ateliers, ça me fait me rappeler que pendant un an, je n'ai pas trouvé de travail. » Le fait de ne pas recevoir de réponse à la suite de ses candidatures pendant l'année de la Garantie jeunes lui a « mis un coup au moral, un gros coup ». La plupart des candidatures ne donnent lieu à aucune

26. En 2019, le montant maximal de l'allocation Garantie jeunes était fixé à 492,57 euros (source : <https://poem.travail-emploi.gouv.fr/donnee/garantie-jeunes-entrees>).

réponse, ce qui peut être mal vécu et dénoncé par les chômeurs²⁷, et probablement plus encore par les jeunes, notamment parce que l'absence de « feedback » ne contribue pas à l'apprentissage de la recherche d'emploi.

Pendant le deuxième confinement, Maeva s'est occupée de ses nièces de 2 et 4 ans. Mais cette activité, qui avait du sens pour elle (« Ouais, mes nièces, c'est tout pour moi franchement. [...] Pendant un moment, quand j'étais avec elles, j'oubliais tout »), n'a pas pu être investie dans la durée, car son frère a déménagé avec sa famille dans le sud de la France. Récemment, par suite de plusieurs crises de panique, elle est allée consulter un psychiatre qui lui a « diagnostiqué une autre dépression ». Maeva est suivie par un psychiatre dans un centre médico-psychologique (CMP) mais ne perçoit pas les bénéfices de ces entretiens : « Heu non... Il essaie, à chaque séance, il essaie de savoir comment je vais, quand on se voit, mais franchement je vois pas... » Elle ne sait pas comment faire pour aller mieux. Son père lui « préconise » d'aller faire du sport dans une salle, mais elle préférerait plutôt reprendre la natation, un sport qu'elle a pratiqué lorsqu'elle était au collège et qui, selon elle, lui était bénéfique : « Et franchement, quand j'en faisais, je pensais juste à nager, juste à faire des longueurs et je ne pensais plus à rien. Je ne pensais pas à la maison, je ne pensais pas à tout ce qui se passait autour de moi. » Qu'il s'agisse de ses nièces ou de la piscine, elle trouvait là des activités qui lui permettaient de s'extraire du ressassement de ses difficultés, « d'oublier tout ». Maeva ajoute encore qu'elle souhaite éviter le secteur de l'accueil à l'avenir, car même si sa première expérience en tant qu'hôtesse d'accueil s'est bien passée (« ils ont été adorables avec moi »),

27. A. Pignault, « Chômage et stratégies d'adaptation des personnes face à cette situation », dans P. Desrumaux, A.-M. Vonthon, S. Pohl (sous la direction de), *Qualité de vie, risques et santé au travail*, Paris, L'Harmattan, 2011, p. 209-218.

elle a été victime de harcèlement sexuel de la part d'un salarié de l'entreprise sous-traitante : « Il m'a fait une proposition heu... une proposition dégueulasse. Quand mon CDD s'est fini, je n'ai pas cherché à le convertir en CDI, je suis partie directement. »

L'insertion professionnelle de Maeva semble avoir été « chroniquement empêchée » par un cumul d'événements et de facteurs : l'impossibilité d'intégrer le cursus professionnel de son choix pour des raisons financières, le décrochage scolaire, le harcèlement sexuel rapporté au cours du premier emploi, etc. Relativement à la configuration du défaut d'insertion chronique, c'est visiblement la perte de l'emploi dans le parc d'attractions, suivie du chômage de longue durée, qui a contribué à la dégradation de la santé psychologique de Maeva, alors que l'activité professionnelle concourait à son maintien : « J'allais pas bien dans les mois précédents. De travailler là-bas, ça me faisait du bien. »

La santé « sacrifiée » et l'usure prématurée

La santé fragilisée des jeunes au chômage peut également être appréhendée au regard de trajectoires professionnelles marquées par un usage de la santé qui peut ici être qualifiée de « sacrifiée²⁸ » et les expose à un risque d'usure prématurée. Cette configuration particulière de l'articulation santé-travail renvoie à des situations (antérieures au chômage) caractérisées par une volonté, y compris chez les jeunes, de se maintenir en emploi en dépit de conditions de travail dégradées, autrement dit de « tenir » au travail, en reléguant au second plan les enjeux de santé²⁹ ». Les parcours

28. V. Hélaridot, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé. La quadrature du cercle », dans G. de Terssac, C. Saint-Martin, C. Thébaud (sous la direction de), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, 2008, p. 73-84.

29. *Ibid.*, p. 81.

d'Awa, Laurine, Nina et, dans une moindre mesure, de Pierre en témoignent. S'ils ont bien pris conscience de la dégradation de leur santé lorsqu'ils occupaient un emploi, la préservation de cet emploi demeurerait prioritaire par rapport aux enjeux de santé. Ainsi, Awa, 25 ans, souligne qu'il est « compliqué encore de ne pas sacrifier sa santé pour le travail », ou que la fatigue est « presque devenue un état normal ».

Nina a 23 ans, elle est au chômage depuis un an et demi. Contrairement aux plus « anciens » dans la vie professionnelle, Nina n'évoque pas de « rupture » ou « d'accident » qui caractérise généralement les parcours de « santé sacrifiée » des personnes au chômage. Cependant, elle fait état de signes de dégradation de sa santé physique (douleurs, principalement), malgré son âge et une ancienneté relativement faible dans le secteur de la restauration. Après une scolarité en classe SEGPA³⁰ au collège, Nina a obtenu deux CAP dans le domaine de la restauration (en collectivité puis « traditionnelle ») : « Ils ont décidé de me mettre en SEGPA et en SEGPA, on a le choix entre la cuisine ou le bâtiment. » À la suite de l'obtention de son second CAP, elle a travaillé dans un restaurant pendant deux ans. Une période de « travail acharné », dit-elle. Progressivement, des douleurs aux genoux s'installent, lui imposant des séances de kinésithérapie « le soir, après le travail ». Elle attribue en partie ces douleurs à l'activité professionnelle qui implique le port de charges lourdes : « parce qu'on avait des marches pas très, très droites et c'est un peu plus compliqué quand on monte des charges lourdes qui sont à la cave, en cuisine et du coup, je pense que c'est à force ».

Elle décrit également les compromis effectués dans l'activité, consistant à privilégier l'efficacité et la productivité, parfois au détriment de sa santé : « C'étaient des trucs de 5 kilos en sous

30. Section d'enseignement général et professionnel adapté.

vide et pour éviter de faire trois, quatre allers-retours, pour éviter d'avoir mal aux jambes, ben moi, je prenais 25 à 30 kilos et puis je les montais. Donc ça n'a pas aidé. Mais au bout de deux ans, c'est vrai que ça les [ses genoux] a pas mal abîmés. » Nina explique que s'il s'agit bien « d'éviter d'avoir mal aux jambes » tout en étant plus rapide et efficace, le compromis opératoire trouvé « n'a pas aidé » à résoudre ses troubles et douleurs au niveau des genoux. Dans ce milieu professionnel, il n'est pas rare de consommer des substances psychoactives (alcool, cocaïne...) afin de tenir et de faire face à la pénibilité du travail. Elle précise toutefois qu'elle a su se ménager des temps de « repos », mais en dehors des temps professionnels : « Moi, c'est le repos avant tout. » Ces temps dédiés à la récupération demeurent néanmoins limités, la durée du repos quotidien n'étant pas respectée par l'employeur : « Normalement c'est dix heures, mais c'est pas respecté [...] ça m'est déjà arrivé de partir à 1 heure du travail et le lendemain matin, il fallait revenir à 8 heures. »

Par suite d'un changement de propriétaire du restaurant, qui a contraint les salariés à travailler sans être déclarés pendant plusieurs mois, Nina a quitté cet emploi, tout en engageant une procédure au conseil des prud'hommes. Ensuite, elle a rapidement retrouvé un emploi dans une mairie, consistant à préparer les repas d'enfants scolarisés. Elle a démissionné au bout d'un mois et demi, en raison de mauvaises conditions d'emploi (« On n'était même pas au smic ») et de travail (isolement) : « Pourquoi vous m'avez laissée un mois toute seule, en sachant que, peut-être, j'aurais pu intoxiquer les enfants ? Même si j'ai les bases et que je fais très attention, ce qui n'est pas arrivé heureusement. » C'est à la suite de cette démission qu'elle a été accompagnée par Pôle emploi, dans le cadre du dispositif de l'AIJ. La crise sanitaire de la Covid-19 a contribué à retarder le retour à l'emploi dans ce secteur de la restauration. Nina évoque enfin la perspective d'obtenir un CDI,

suite à sa participation à une formation préalable au recrutement dans un restaurant. Toutefois, elle craint que le dirigeant de l'entreprise ne la recrute pas par la suite, car elle doit rapidement subir une opération bénigne (calculs vésiculaires). Face à cette difficile conciliation des enjeux d'emploi et de santé, Nina n'a pas d'autre choix que de subir l'opération, suivie de plusieurs semaines d'arrêt de travail : « Je travaille, elle [la chirurgienne] sait que je suis en cuisine et que je reste trop longtemps debout. En fait, ça va tirer, ça va faire hyper mal. Du coup, trois semaines, donc soit ça passe, soit ça casse... »

Nina perçoit donc la nécessité d'interrompre quelques semaines son activité professionnelle pour se soigner comme une menace, un frein à l'embauche qui lui a été promise. Sacrifier sa santé pour se maintenir à son poste dans l'espoir d'un CDI ? Nina explique également qu'elle n'a jamais eu recours à des arrêts de travail quels que soient ses douleurs ou problèmes de santé (« Je venais même les jours où j'étais malade »), à l'exception d'une seule fois : elle s'est absentée une semaine, car le patron du restaurant dans lequel elle travaillait ne respectait pas la durée légale de repos quotidien entre deux journées de travail : « Je n'en pouvais plus, même physiquement et mentalement. » Ces pratiques d'évitement des arrêts maladie constituent la norme dans ces TPE (très petites entreprises). Les salariés des TPE de la restauration, notamment, sont porteurs d'une éthique professionnelle « de l'endurance », construite au cours de la socialisation primaire au sein des classes populaires et renforcée par la socialisation professionnelle³¹. Dans le cas de Nina, tout se passe en effet comme si les pénibilités physiques et les contraintes inhérentes à son activité

31. E. Legrand, F. Darbus, *Santé et travail dans les TPE. S'arranger avec la santé, bricoler avec les risques*, Toulouse, érès, 2023, p. 39.

étaient endurées au nom d'une « morale de travail³² » : « C'est ça, alors que quand on travaille, on la [la santé] met de côté. En fait, pour moi, perso, je fais ça souvent. [...] Le genou ou un problème de dos, ça passe, mais une opération, on ne peut pas passer à côté, donc ça peut pénaliser. » L'exposition à des pénibilités multiples, combinée à une éthique professionnelle conduisant à les endurer, constitue probablement l'une des causes de l'usure prématurée des jeunes qui commencent leur carrière en exerçant de tels métiers. De ce fait, lorsqu'elle s'est retrouvée au chômage après avoir démissionné, Nina a d'abord mis en place des actions visant à atténuer la fatigue liée au surinvestissement professionnel. Si la démission du dernier emploi dans une mairie peut être considérée comme un acte de « retrait à temps³³ » de situations usantes, Nina n'envisage pas pour autant de réorientation professionnelle. D'autant plus que le dispositif proposé par Pôle emploi lui laisse entrevoir une possibilité d'embauche en CDI dans ce même secteur. Toutefois, son itinéraire professionnel – marqué par un risque d'usure précoce – illustre la manière dont certains jeunes dits de « bas niveau scolaire » peuvent potentiellement être confrontés à un processus d'exclusion « en deux temps³⁴ ». L'exclusion concerne d'abord leur *droit à la santé* – au regard de leurs conditions de travail dégradées – puis leur *droit au travail*, en raison d'un état de santé ne leur permettant plus de se maintenir en emploi ou de continuer à exercer leur métier initial.

Difficultés et ressources des jeunes chômeurs

Tous les jeunes rencontrés se sont exprimés relativement aux *institutions* qui les accompagnent (Pôle emploi ou mission locale),

32. V. Hélarlot, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé... », *op. cit.*

33. P. Roche, « Santé malmenée, usure prématurée... », *op. cit.*

34. *Ibid.*, p. 39.

à leur *perception des liens travail-santé et/ou chômage-santé*, ainsi qu'aux *activités* qu'ils réalisent, qui constituent pour eux des ressources et qui peuvent être considérées comme au service de leur santé.

La recherche d'emploi

Certains jeunes rencontrés ont évoqué les épreuves relatives à la recherche d'emploi, notamment l'absence de réponse suite à l'envoi de candidatures ou à la réalisation d'un entretien d'embauche. Awa, Maeva et Pierre, ainsi, se demandent comment interpréter ce silence, comment, sans aucune réaction, ils peuvent améliorer leurs cv, lettres de candidature ou présentations lors d'un entretien... Un silence déstabilisant, qui donne l'impression de postuler dans le vide, de n'être rien, pas même un interlocuteur.

« Ouais, je ne sais pas si c'est quelque chose de mon côté que j'ai mal fait ou s'ils ne sont pas intéressés... Je ne sais pas en fait, ne pas savoir ce qui se passe, franchement, c'est un peu dur » (Maeva).

« Je me dévalorise souvent. [...] Ben j'ai pas de réponse, en fait, c'est très, très long de candidater à des offres d'emploi et de ne pas avoir de réponse ensuite, pour savoir ce qui a péché, pour savoir ce qui manque dans notre profil » (Awa).

« Quelqu'un qui peut être fragile et qui n'est pas forcément optimiste ou qui est un peu désespéré, je me dis qu'à force... Il a un entretien, il est content et finalement, on lui dit "non". Je pense que la chute... La personne va mal le vivre. Mais même moi qui suis assez optimiste, c'est vrai que quand on met de l'espoir dans un emploi, c'est vrai qu'on est un peu déçu, c'est normal, mais il y a d'autres personnes qui peuvent le vivre encore plus mal, mais je me dis que voilà, si on avait ce côté "feedback" » (Pierre).

Les jeunes chômeurs rencontrés, pour la plupart néophytes, font l'apprentissage de la recherche d'emploi. Ils « découvrent

souvent dans la solitude la complexité de la tâche³⁵ » et n'ont qu'une faible visibilité des exigences du monde du travail. Par ailleurs, la mobilisation dans une recherche d'emploi peut comporter des risques d'épuisement, tant l'énergie déployée est à la mesure des angoisses devant le temps qui passe sans réponse ou sans contrat, même temporaire. C'est ainsi qu'Awa emploie l'expression de « burn out pendant mes recherches d'emploi³⁶ ». La quête d'un emploi mobilise en effet « une énergie comparable à celle déployée dans une activité précédemment exercée³⁷ » et peut donc conduire à des processus d'épuisement similaires, et ce d'autant plus pour les jeunes diplômés, désavantagés du fait de leur « déficit d'expérience ».

« C'est l'expérience qu'ils demandent à chaque fois, l'écriture de la lettre de motivation... Donc, c'est vraiment un bout, un bout de parcours et j'étais épuisée, quoi. [...] je n'avais plus de ressources physiques et intellectuelles » (Awa).

À ces difficultés s'ajoute la perception d'une faible prise en compte des troubles de santé dans l'accompagnement à la recherche d'emploi. En effet, les propos tenus par Laurine, Anissa, Maeva et Awa lors des entretiens suggèrent que les dispositifs d'accompagnement proposés n'intègrent pas suffisamment cette dimension. En tous les cas, elles ne le perçoivent pas, ce qui est en soi un problème.

35. D. Lhuilier, « Les chômeurs sont paresseux », dans M.-A. Dujarier (sous la direction de), *Idées reçues sur le travail. Emploi, activité et organisation, op. cit.*, p. 141-147.

36. Lors d'un second entretien réalisé avec elle, un an après le premier.

37. É. Hamraoui, D. Lhuilier, K. Portsmouth, A.-M. Waser, « Le burn out vu du chômage », *Revue française de service social*, n° 283, 2021, p. 59-66.

Les obstacles à l'accès aux soins et au travail de santé

Laurine, Maeva, Awa et Nina font état de difficultés d'accès aux soins. À l'exception notable d'Awa³⁸, elles n'ont pas perçu les dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle comme une aide potentielle à ce niveau. Les obstacles tiennent d'abord au « reste à charge » des dépenses de santé, qui peut conduire les chômeurs à renoncer aux soins³⁹, du fait d'un coût inabordable. C'est ce coût qui a, par exemple, dissuadé Awa de consulter un médecin lorsqu'elle était étudiante, alors qu'elle faisait une grossesse extra-utérine : « À défaut de pouvoir aller chez le médecin justement, puisque je ne pouvais pas y aller, vu que je n'avais vraiment aucun revenu, à un moment donné. »

Faute d'informations suffisantes sur leurs droits, Awa et Laurine ne savent pas si elles ont ou auront encore accès à une assurance santé complémentaire. La prise en charge effective de leurs dépenses de santé demeure ainsi incertaine, ce qui peut les amener à différer leurs soins. Par exemple, à la suite d'un « abandon de poste », Laurine, 26 ans, se demande si la complémentaire santé fournie par son ancien employeur est maintenue ou perdue ?

« Je me dis que demain si je vais chez le médecin, j'ai une partie des honoraires remboursée par la Sécurité sociale, certes, mais il restera une partie à rembourser par la mutuelle, je ne sais pas comment cela va se passer. »

38. Comme indiqué dans le chapitre suivant, Awa a pu bénéficier de la CMU et d'une complémentaire santé (complémentaire santé solidaire), du fait de l'intégration dans le dispositif de la Garantie jeunes.

39. I. Blanco-Cazeaux, L. Calderón Bernal, J. Chaput, M. Gautron, I. Malroux, G. Mugisho, A. Dastré, J. Pannetier, « Le renoncement aux soins des chômeurs en France », *Population*, n° 77, 2022, p. 77-116.

Awa a perçu l'octroi de la complémentaire santé solidaire (css) comme un « réel soulagement », car elle renonçait à se soigner, pour des raisons financières notamment. Toutefois, le maintien de cette couverture complémentaire de l'assurance maladie demeure incertain dans sa situation, car elle prend fin chaque année et son renouvellement dépend de plusieurs conditions.

Dans certains cas, si les soins sont effectivement remboursés ou pris en charge, d'autres obstacles, qui ne sont plus financiers mais d'ordre psychologique, constituent un frein à la mise en place effective de comportements visant à prendre soin de sa santé. Il peut d'abord s'agir d'une prise de conscience tardive des troubles du fait de l'occultation ou de l'euphémisation de ceux-ci, qui caractérise fréquemment les parcours professionnels de « santé sacrifiée », tels ceux d'Awa et Laurine notamment. Ainsi, après avoir occupé un poste d'agent immobilier en CDI avec une rémunération variable en fonction des performances, durant trois ans, Laurine⁴⁰ quitte son emploi « au bord du burn out ». Elle attribue notamment la survenue répétée d'infections urinaires, pendant qu'elle occupait cet emploi, au surmenage et à la suractivité : « Au bord de l'hospitalisation, je n'écoutais pas mon corps [...] Il fallait aller à cent à l'heure. » Lors de l'entretien, elle évoque aussi son recours à des substances psychoactives (tabac et alcool) pour « tenir » ce rythme ou pour décompresser le soir, après des journées de travail d'une longue amplitude horaire. Épuisée, elle finit par ne plus se rendre au travail, ce qui se traduit par un « abandon de poste ». La période de chômage qui a suivi a été saisie comme un temps dédié au soin de soi et à la restauration de son bien-être.

40. Le cas de Laurine a été présenté plus en détail par G. Amado, D. Lhuilier, « Place des conduites addictives dans les histoires de travail et de chômage », *Psychotropes*, à paraître.

Dans d'autres situations, le soin de soi, à la fois *cure* et *care*, s'inscrit dans des processus défavorables à son efficacité. Par exemple, Maeva estime ne pas voir les effets de ses séances avec son psychiatre, en dépit des médicaments prescrits pour traiter la dépression : « Ah oui, ça... Un peu... Enfin, il m'a donné beaucoup de médicaments à prendre. Mais franchement, aujourd'hui, je ne me sens pas différente de la première fois où j'ai vu le psychiatre. Mais il m'a dit qu'avec le temps, ça allait aller. Je repose ma confiance sur lui. »

Sur le versant du *care*, Maeva n'identifie pas d'activité qui pourrait l'aider à atteindre un « mieux-être » : « Franchement, il y a rien que je puisse faire où je me dise que je me sens mieux quand je fais ça, ou des trucs qui me zappent le moral. La plupart du temps, j'ai envie de rester allongée à penser à rien. Et je suis souvent fatiguée en ce moment, alors... »

L'accompagnement vers l'emploi

Les sept jeunes rencontrés se sont tous exprimés sur ce que l'accompagnement par Pôle emploi ou la mission locale a pu leur apporter. Ils ont notamment évoqué l'aide concrète et informationnelle fournie par les conseillers (aide à l'orientation, à la maîtrise des techniques de recherche d'emploi, intervention directe auprès des entreprises, sélection des offres d'emploi...). Celle-ci est jugée d'autant plus utile que les jeunes font, comme nous l'avons souligné, l'apprentissage des techniques de recherche d'emploi. Ainsi, ils évoquent tous, de manière positive, l'aide apportée dans la rédaction du cv, ou dans la maîtrise de telles techniques.

« C'est grâce à cet exercice-là que l'on a pu mettre en évidence mes qualités sur mon cv, c'est-à-dire l'esprit d'équipe, la rigueur – je ne sais plus, je ne l'ai pas regardé depuis six mois. C'est tout un tas de qualités. Et là, on se rend compte que c'est exact » (Laurine).

« Ça s'est très bien passé. Franchement, j'étais avec une petite équipe, super bien passé, et au bout de deux semaines, ça y est, elle avait tout, elle nous avait bien formés, on va dire » (Anissa).

Pour les bénéficiaires de l'AIJ, l'intervention directe des conseillers permet l'orientation vers des actions de formation préalables à un recrutement (Laurine, Nina) ou de soutenir une embauche (Pierre). Alix, 21 ans, qui avait « décroché » d'une formation d'aide-soignante vétérinaire, a pu la poursuivre au sein d'un autre organisme, grâce à la prise en charge financière de la mission locale. Les quatre jeunes femmes suivies dans le cadre de la Garantie jeunes font toutes référence à l'allocation perçue, qui représente une aide financière essentielle pour celles qui se trouvent dans les situations les plus précaires, comme Awa ou Maeva :

« La Garantie, c'est aussi pour moi un réel soulagement, déjà parce que je suis accompagnée et encadrée dans mes premières recherches d'emploi et ensuite juste pour le côté financier et médical, que j'ai sacrifié beaucoup trop auparavant » (Awa).

« Oui, j'habite avec ma maman. Après le premier confinement... puisque je n'avais plus de travail, c'était un peu difficile de payer l'appartement. On a eu quelques petits problèmes avec et... depuis, avec la Garantie jeunes, on avance petit à petit, et ça va de mieux en mieux » (Maeva).

Les activités au chômage

Les jeunes qui ont constaté une fragilisation de leur santé lors de leurs premières expériences professionnelles mettent généralement à profit la période de chômage pour s'engager dans des activités de restauration de leur santé : récupérer, se soigner, revoir ses priorités de vie, etc. Ainsi, Nina explique qu'au chômage : « On a largement plus le temps de prendre soin de soi, déjà de sa santé », alors que « quand on travaille, on la [la santé] met de côté ». Après avoir travaillé pendant plus de deux ans dans la restauration de

manière « acharnée », et ce, malgré des douleurs chroniques, elle investit l'entrée dans le chômage comme une « pause » :

« Au début, je ne vais pas mentir. Quand j'ai arrêté mon contrat pendant le mois de carence, j'en ai profité pour aller en vacances, me détendre, tout ça. Et au bout du troisième mois, il y en a déjà marre quoi. J'ai juste envie de reprendre une activité. »

Laurine, Awa et Nina ont également mis à profit ce temps disponible du chômage pour consulter des professionnels de santé. Awa, notamment, tenait à « s'assurer que tout allait bien ». En effet, elle a eu des problèmes de santé en stage et lors de ses études (crise de paludisme et grossesse extra-utérine) mais n'a pris conscience que tardivement de la gravité des symptômes (« Moi en fait, je m'en rends pas compte de toutes ces alertes de santé, je ne les perçois plus... »). Elle décrit ces deux épisodes successifs et rapprochés dans le temps comme « deux grosses prises de conscience ». La période de chômage qui a suivi la fin de ses études, bien que marquée par un « burn out » attribué aux exigences de la recherche d'emploi, lui a laissé du temps pour se soigner et réévaluer ses priorités de vie. À la suite d'une hospitalisation de plusieurs mois et d'un suivi régulier en CMP, Awa fait état d'un nouveau rapport à sa santé et aux soins : « Je suis très réactive maintenant [...] C'est devenu ma priorité la santé maintenant. »

De même, Pierre, 24 ans, qui pendant trois mois a cumulé trois emplois (téléconseiller la semaine et serveur dans deux bars différents le week-end, de 11 heures à 20 heures, puis de 23 h 30 à 7 heures du matin), a enfin « soufflé » au chômage. Le cumul de ces emplois répondait à des motivations avant tout financières : « C'était vraiment financier. C'était l'argent. Mais après, pour être honnête avec vous, en même temps, j'avais aussi un peu cette fierté de me dire "ouais, je bosse dur". »

La période de chômage lui a permis enfin de « prendre des vacances », de se livrer à diverses activités (sport, moto...) et aussi de « se libérer la tête, ne rien penser, juste se faire plaisir ». Quant à Laurine, nous l'avons vu, le chômage lui a permis de privilégier le développement et le soin de soi, dans une optique de restauration du bien-être, altéré par sa dernière expérience professionnelle en tant qu'agent immobilier. Elle s'est notamment investie dans une association qui vient en aide aux personnes les plus démunies, ce qui lui « a permis de se tourner vers les autres », de se sentir utile socialement.

LES TRAVAILLEURS PRIVÉS D'EMPLOI ÂGÉS DE 50 ANS ET PLUS⁴¹

Elles s'appellent Karine et Marielle. Ils s'appellent Paul et Marc. Toutes et tous ont en commun le vécu de l'expérience du chômage et d'appartenir à la catégorie des *seniors*⁴², plus exposée au chômage de longue durée que le reste de la population active⁴³. Ils sont statistiquement plus de la moitié à connaître des problèmes de santé contre 29 % pour l'ensemble des actifs. Ils font les frais de la chasse aux personnels âgés ou « âgisme » sévissant actuellement dans les entreprises. Les femmes sont en moyenne plus durement touchées que les hommes. Elles travaillent davantage à temps

41. Cette partie a été rédigée par Katherine Portsmouth et Éric Hamraoui.

42. Du latin *senior*, plus âgé. Loin de renvoyer à des déterminants objectifs, cette notion relève davantage d'une construction sociale. Aussi « l'attitude face à l'âge est[-elle] loin d'être socialement et économiquement neutre » (J. Dujardin, D. Randaxhe, A. Cornet, « La gestion des âges : réalités et défis », *Management et avenir*, n° 73, 2014, p. 123-133, <https://doi.org/10.3917/mav.073.0123>).

43. 58 % des personnes appartenant à cette tranche d'âge sont concernées contre, en moyenne, 42 % des personnes âgées de 25 à 49 ans (Solidarités nouvelles face au chômage, *Les seniors et l'emploi. Une situation paradoxale*, rapport sur l'emploi et le chômage, 2019, 8397132-2463-SNC-RAPPORTPLAIDOYER2019-WEB.pdf).

partiel, se retrouvent plus souvent en situation de sous-emploi ou condamnées à l'inactivité professionnelle sans être encore retraitées. Nombreuses sont les personnes « ni en emploi ni à la retraite ou en pré-retraite » (NERP) dans la tranche d'âge comprise entre 55 et 60 ans. Parmi les quinze personnes privées d'emploi, membres de l'association Solidarités nouvelles face au chômage (SNC), qui ont accepté de s'entretenir avec nous, nous en avons retenu quatre. Les critères de ce choix ont été la singularité des parcours de vie, la richesse des propos tenus et les enseignements que l'on pouvait en retirer d'un point de vue général.

Ceux-ci permettent tout d'abord de faire un sort à l'idée d'une passivité présumée des travailleuses et des travailleurs privés d'emploi, chez qui l'hyper-activisme déployé en situation d'emploi perdure, souvent source d'épuisement. Ils permettent de constater aussi le fait que tout débordement de vie suscite la crainte, dans une société qui a fait le choix de se priver d'une partie significative de son énergie vitale afin de répondre à des critères de rationalité financière. Ils permettent, enfin, de nous aider à prendre conscience de la violence extrême consistant à priver celles et ceux qui ont encore tant à apporter à la société – sur la base d'une imagination nourrie par l'expérience – de la possibilité de le faire. Pour s'en sortir, certains d'entre eux misent sur une adaptabilité plus grande, au risque de continuer parfois à se laisser « parler » par le discours de la performance.

*Parcours avec insertion professionnelle discontinuée
et marqués par la précarité*

Enfant non désirée, Marielle, âgée de 56 ans, a grandi à la campagne, avec ses deux frères, dans une famille « un peu macho » qui considère qu'une fille est faite « pour se marier et faire des gosses » sans avoir « besoin de faire des études ».

Durant son enfance et sa jeunesse, elle s'efforce de se libérer des normes de genre « pour exister ». Elle poursuit ses études sans le soutien de ses parents en vivant de petits travaux qu'elle fait au noir. Elle entre en conflit avec une enseignante qui lui refuse l'orientation qu'elle a choisie, mais parvient à décrocher un bac secrétariat en s'investissant le « minimum syndical ». Elle rencontre aussi l'injustice lorsque, à l'issue d'un test d'accès à une formation, celle-ci lui est refusée en dépit des bons résultats obtenus. Grâce à l'aide d'une tante, elle finit par obtenir l'accès à une formation comptable qui devait par la suite lui faciliter l'apprentissage sur le tas du métier de programmeur. Elle déménage en région parisienne à l'âge de 22 ans. Pendant près de dix-sept ans, elle apprend à valoriser son savoir-faire et grimpe les échelons dans « un monde d'hommes ». Elle passe du rang de programmeur à celui d'ingénieur. Envoyée en Angleterre, ses qualités et compétences la distinguent auprès de ses collègues de travail qui l'appellent *the French Lady*. Toutefois, à son retour en France, son entreprise a subi une réorganisation. Elle tente en vain d'obtenir son diplôme d'ingénieur par VAE (validation des acquis de l'expérience). Une demande de formation en MBA (Master of Business Administration) lui est ensuite refusée. Ce qui la pousse à accepter une offre de licenciement.

Quitte à connaître une baisse de salaire, Marielle s'engage alors avec passion dans la création d'un *concept store* (ou « magasin concept ») centré sur la thématique du végétal. Cependant, au bout d'un an, épuisée et amaigrie, elle est obligée de céder l'affaire. Elle passe d'un duplex à un appartement miteux, se nourrit peu et perd 10 kilos. Elle part ensuite au Touquet travailler dans un hôtel comme fleuriste, puis dans une galerie d'art que son employeur a offerte à sa fille pour l'inciter à revenir vers lui. Elle travaille sept jours sur sept, mais les relations avec ses employeurs se dégradent rapidement. Elle est harcelée, menacée physiquement,

contrainte de se mettre en arrêt maladie. Après une période de chômage durant laquelle elle nourrit des idées suicidaires, Marielle retrouve du travail auprès d'un gros fournisseur en électricité. Elle se donne entièrement, jusqu'à épuisement complet. « Comme figé », son corps lâche.

Dans les trois mois qui suivent, Marielle enchaîne ablation de l'utérus, pancréatite aiguë, ablation de la vésicule biliaire et tendinites aux épaules, avant de faire un séjour en hôpital psychiatrique, à la campagne. Son entreprise la licencie peu après son retour en invoquant des raisons d'ordre économique. Marielle s'adresse alors à un cabinet conseil RH en pleine expansion, qu'elle intègre en 2010 grâce au travail qu'elle a accompli pour accompagner gratuitement plusieurs de ses membres afin de les aider à décrocher un contrat pour former les directeurs de programme d'un grand groupe. Elle assure conjointement des formations pour les managers sur le leadership, le mentorat/tutorat, la gestion des risques, la prise de parole, le management multiculturel. Parallèlement, elle prépare un MBA en management international, financé par le cabinet, qu'elle obtiendra en juin 2012. Elle travaille beaucoup, s'épuise à nouveau car le cabinet est situé à Toulouse et elle vit à Paris... Elle sera licenciée fin mars 2012.

N'ayant pas deux années d'activité pleines à son actif au sein du cabinet, et pas de « poire pour la soif », elle se retrouve en difficulté pour payer son loyer. Travaillant à son compte comme consultante début 2014, elle doit interrompre son activité par manque d'argent : « J'ai "sur"-vécu aux ASS [allocations de solidarité spécifiques] de mai 2014 à mai 2015 ; les minima sociaux sont plus durs à vivre qu'un confinement ; on se sent rejetée. »

De mai 2015 à mai 2016, elle travaillera pour une association en contrat CUI⁴⁴ et connaîtra des difficultés avec l'un de ses responsables. En 2017, Marielle déménage à Tours où elle travaille pour un cabinet conseil parisien. Elle gagne « un peu plus que le smic » pour un travail de consultant. Elle connaît une nouvelle période de chômage à partir de mai 2019 et éprouve le sentiment de vivre en « décalage total » avec une société où les actes contredisent les discours. Elle considère que la communication avec Pôle emploi est devenue une folie :

« Vous ne pouvez avoir quelqu'un sans passer par un robot téléphonique ou par e-mail. Tout est fait pour vous faire sentir que vous êtes en train de mendier !... Après avoir travaillé et cotisé vingt-cinq ans, il vous faut remplir un journal des actions afin, soi-disant, de mieux vous orienter, mais vous ne pouvez vous empêcher de penser qu'il va servir à vous jeter dehors ! Tout cela pour recevoir des propositions d'emploi sans lien avec ses compétences : chauffeur de poids lourd, chauffeur de bus, éleveuse de vaches laitières, etc. ! »

Dans ses recherches d'emploi, Marielle s'est plus d'une fois trouvée en butte à un paradoxe :

« Les forces que l'on mobilise pour s'en sortir ne sont pas proportionnées aux attentes du monde du travail ; elles font peur ! Quand je suis motivée, et je suis une personne passionnée, mon énergie se voit. Je suis "trop". Et la société ne veut pas de ce trop. Elle n'attend pas des locomotives mais des wagons ! Je me souviens avoir fait peur à ceux qui m'écoutaient lors d'un entretien d'embauche sur un poste de manager de projet. »

Marielle estime qu'à son âge « on n'a plus de temps à perdre, il faut aller à l'essentiel », ajoutant :

44. Contrat unique d'insertion visant à faciliter l'embauche des personnes ayant des difficultés à trouver un emploi.

« Je pratique beaucoup l'émerveillement qui me permet, sans oublier ni la mort et la noirceur du monde, de regarder celui-ci dans toute sa beauté, à la manière de la comtesse de Noailles disant :

« Je me suis appuyée à la beauté du monde
Et j'ai tenu l'odeur des saisons dans mes mains
Comme une fleur ouverte où logent des abeilles
Ma vie a répandu des parfums et des chants
Et mon cœur matineux est comme une corbeille
Qui vous offre du lierre et des rameaux penchants. » »

Durant ses périodes de chômage, Marielle a connu une transformation de son rapport au temps : « En période longue de chômage, on ne marche plus à la même cadence. Au bout d'un moment on n'en peut plus. Si on continue à s'acharner, on s'abîme. Laisser advenir les choses, ce n'est pas être feignasse. J'ai l'impression de faire beaucoup de choses. »

Le chômage, ajoute-t-elle, est difficile à vivre : « On est un genou sur la gorge, serré dans un carcan ; la bureaucratie étouffe, vous cloue au pilori, vous lynche ; c'est vraiment violent. [...] On étouffe la créativité. On empêche la transformation des périodes de chômage en bulles de régénérescence, de développement ! »

Pathologies du surinvestissement au travail et chômage

Homme de terrain, Paul, âgé de 55 ans, marié et père de deux enfants, a débuté son activité professionnelle à l'âge de 20 ans. À la fin de son service militaire, en 1983, il est embauché comme receveur au péage avant de devenir cadre. Originaire de l'Aisne, il occupe, à partir de 1997, des fonctions de direction dans une société de péage, en Savoie, où il est chargé de mettre en place une réorganisation dans un climat social « extrêmement tendu ». Il vit de près la catastrophe du tunnel du Mont-Blanc, période de tensions au sein des équipes et de l'opinion publique. Il reprend en

parallèle des études universitaires et obtient un master en management stratégique et génie des organisations avant de prendre part au processus de modernisation des systèmes de péage, « dans le contexte du passage d'une notion de service public à une notion de rentabilité et de mise en concurrence ». Il accepte ensuite d'effectuer une mission à l'étranger qui le contraint à des allers-retours fréquents. Il soutient le rythme et supporte les charges mentale et physique imposées par un tel régime de vie. Au bout de deux années soumis à cette cadence forcenée, il s'effondre un matin devant la machine à café de son lieu de travail, à la suite d'un infarctus. Six mois plus tard, il retourne dans l'entreprise pour y occuper un mi-temps thérapeutique. À cette occasion, il prend conscience de sa fragilité et subit « un choc post-traumatique ». Il démissionne alors et décide de revenir dans l'Aisne, auprès des siens.

Il opte alors pour le statut de contractuel dans la fonction publique territoriale. Un tel choix le conduit à renoncer à des évolutions de fin de carrière nettement plus favorables. Il devient rapidement directeur-adjoint de l'exécution de projets de voirie, de construction et d'immobilier, au niveau départemental. Il se trouve alors pris dans des enjeux de pouvoir ; sa mission souffre d'une absence de définition claire et son travail a cessé d'être reconnu. Il compense en s'investissant davantage sur le terrain, en mettant « les mains dans le cambouis ». Il obtient en parallèle un master en gestion publique de l'ENA/Dauphine. Un changement politique survenu lors des élections régionales de 2015 le condamne au placard, à « une chute dans le néant ». Six mois plus tard, Paul accepte un poste dans les Landes, chargé d'une mission complexe de restructuration de trois laboratoires, et reprend les trajets aller-retour entre son lieu de travail et sa famille restée dans l'Aisne, se levant à 3 h 30 le lundi matin pour enchaîner des journées de seize à dix-sept heures... Le projet est « physiquement très éprouvant, extrêmement chaud, mais intéressant », juge-t-il. Un

peu moins de deux années plus tard, un lundi, son corps lâche : « La lumière s'est éteinte ; je me suis fait cueillir ! »

À la suite de cette nouvelle manifestation d'épuisement total, Paul reste « dans le brouillard » pendant plusieurs mois et se tourne vers les substances psychoactives (SPA) pour tenir. Il prend des médicaments : « De nouveaux amis comme le Lexomil, tous les substituts qui vous permettent de rester à peu près, à peu près sur terre, quoi. J'en passe ! Et puis il y a aussi eu l'alcool, enfin... C'est facile ! Voilà, ça va pas, boum, vous prenez un verre, deux verres, trois verres, et puis voilà, hein ! »

Paul fume davantage aussi, mange beaucoup et prend du poids. Il vit dans l'instant et a du mal à se projeter dans l'avenir. Le chômage est un *no man's land* et le trauma qu'il provoque est d'autant plus difficile à vivre qu'il est indicible. Paul le compare à celui des poilus de la Première Guerre mondiale. Il se dit transformé : « Vous n'êtes plus le même bonhomme ! » Paul évoque peu le chômage auprès de son entourage amical ou de ses parents :

« Je suis l'aîné d'une famille de six enfants, donc... Voilà, mes parents ont fait ce qu'ils avaient à faire, ils nous ont élevés, etc. Après, eux voudraient que tout soit parfait pour leurs enfants, et donc quand on en parle, je leur dis de ne pas s'inquiéter, qu'il s'agit juste d'une période à traverser, que je vais retrouver un job, que je vais faire autre chose. L'idée est de ne pas leur rajouter une charge d'inquiétude. Ils n'en ont pas besoin, surtout à leur âge ! Même si pour eux, c'est injuste, hein, la situation dans laquelle je suis parce qu'ils savent le parcours que j'ai fait et ma mère le vit comme une injustice. Mais bon, après, voilà, ce n'est pas le sujet de conversation, ce n'est pas un sujet qu'on évoque. Chacun a sa vie. Chacun son quotidien. Dire que j'ai eu des entretiens qui n'ont pas abouti à une embauche, que je suis au chômage, c'est compliqué. Le compteur tourne et ça devient pesant ! Psychologiquement, ça devient lourd. Et puis ça intéresse les gens à un moment donné. Voilà vous voyez bien que ça les..., que ça les embête. Avec le temps, j'ai appris à éviter d'évoquer ma situation parce que ça devient pénible. Je veux dire

que les gens sont compatissants au début, et puis le risque après, c'est d'être perçu comme quelqu'un qui est toujours en train de se plaindre. Par conséquent, j'évacue complètement le sujet quand je me trouve en compagnie de proches ou d'amis car ce n'est pas le sujet, enfin ce n'est plus le sujet... »

Paul s'efforce de mettre en avant « une façade présentable qui sans être tout à fait dans la norme ressemble ou laisse supposer que vous êtes un peu comme les autres ». Mais au fond de lui-même, l'atteinte de ses facultés cognitives consécutive à son burn out et le caractère infructueux de ses recherches d'emploi ont entraîné une perte de l'estime de soi et de tout élan vers l'avant : « Il faut [pour-tant] se réveiller, même si c'est compliqué, il faut se réveiller ! » Paul éprouve des phases d'angoisse, de stress, de panique, et un fort sentiment de culpabilité : « Chaque jour est un véritable crève-cœur, comme une épée de Damoclès ! » Il se représente le chômage comme « vallée de désespoir », terrain d'« humiliation » incessante qui « vous mine, vous ronge tous les jours, [et qui, à force,] vous tape sur le système » : « Que fait-on des chômeurs ? On les enferme dans des cases, on les enferme dans des représentations humiliantes, rabaissantes. On dit des chômeurs qu'ils coûtent à la société ! Ils font partie de ceux qui ne sont rien, qui ne rapportent rien, des inutiles. »

Paul se sent peu à peu gagné par un sentiment de dépersonnalisation : « Le temps s'écoule et quelque part, vous vous dépersonnalisez de plus en plus, enfin tout s'effiloche autour de vous. »

Paul se sent stigmatisé et discriminé par son âge qu'il vit comme une « sanction ». Il se sent de trop dans une société qui ne veut plus de lui, considéré comme inutile : « Avoir 55 ans en étant au chômage, c'est se retrouver dans les pattes de la société, la société du travail, c'est un peu comme ça que je pourrais presque le traduire, l'exprimer. [...] Mes filles font encore des études, j'ai

encore des charges importantes à payer, voilà que je ne le peux plus... il faut que je trouve des solutions, c'est pas... c'est pas facile. »

Paul se sent de plus en plus isolé, mis à l'écart comme les personnes âgées en EHPAD, vivant le chômage comme une incarcération : « Je ne dis pas que je fais une croix sur le calendrier chaque jour hein, pour déduire ma peine de prison, mais en même temps, c'est un peu ça quand même ! À cela s'ajoute le fait qu'être au chômage pendant la période du Covid équivalait à vivre un confinement dans le confinement. »

Pour se reconstruire, Paul se lance sur les chemins de France en parcourant le circuit de Saint-Jacques-de-Compostelle. Il se forme également aux techniques de l'hypnose qui l'aident à prendre du recul par rapport à sa situation. Il retrouvera un emploi dans un poste à responsabilités dans la fonction publique, proche de chez lui.

Parcours marqués par une dégradation de la santé au chômage

Âgée de 50 ans, Karine a connu un mauvais départ dans la vie en raison d'une enfance très difficile. Son père, kabyle, et sa mère, d'origine argentine, l'ont abandonnée à la naissance. Elle se dit issue d'une « famille décomposée », jetée dans une existence hantée par le souvenir de la mort de la cellule familiale. Étant la deuxième de jumelles, sa naissance a été une surprise pour sa mère : « déjà une non-existence », créant un vide que seule l'écoute de proches viendra par la suite partiellement combler. Sa mère l'a laissée à l'Assistance publique, tout comme sa sœur jumelle, un jour, sans rien dire, en quittant son travail, puis la Savoie pour Paris. Ce qui occasionnera une peine de cœur originelle, cause d'une frustration existentielle indéracinable : « Ma mère ne m'a pas acceptée ; elle n'a jamais cessé de m'abandonner. Le manque d'amour, ça dure toute une vie ! »

Ses grands-parents maternels, qui s'occupaient déjà de ses deux grandes sœurs, ont obtenu sa garde auprès des services sociaux. Hantée par la crainte d'un nouvel abandon, d'« être à nouveau foutue dehors », Karine s'est efforcée de devenir « une bonne fille !... » auprès d'eux, ravalant les humiliations occasionnées par leurs propos racistes : « Coupe tes boucles, on verra moins que tu es maghrébine ! » Les paroles de la chanson de Jean-Jacques Goldman « Tu n'es pas née jolie ! » ont longtemps résonné en elle. Elle en a retenu : « Il faudra que tu prouves tes capacités et t'imposes dans un pays qui n'est pas le tien ! » Elle n'a depuis cessé de ressentir une distorsion entre l'image de l'étrangère qu'on lui renvoyait, durant son enfance, et le sentiment d'appartenir à la France, et plus encore à la Savoie. Elle s'est longtemps sentie condamnée à une forme de nomadisme patriotique et vital : « Mon pays c'est la France, même si j'ai du mal à me sentir française ! De sang, je suis moitié algérienne, moitié française ! De vie, je suis anglaise ! » Plus tard, on devait penser d'elle qu'elle était « italienne ou brésilienne ».

Avec un BTS en commerce international qu'elle obtient en suivant des cours du soir, elle travaille dans le milieu bancaire durant quatre ans, puis une dizaine d'années en Angleterre où elle aura un travail valorisant. Elle part aux Pays-Bas où elle suit un homme auquel elle s'est attachée, elle peine à y trouver un travail. Elle décide de revenir seule en France où elle connaîtra « dix ans de galère, en CDD ou en intérim ». Elle se sent déclassée (« redégringolée »), contrainte d'accepter des postes qu'elle juge peu intéressants au vu de son expérience et de sa qualification. Elle passe « d'une boîte à l'autre ». Les trajets pour se rendre à son travail sont longs. Une parenthèse heureuse sauve un temps la mise. Grâce à un oncle directeur musical, Karine travaille pour une compagnie de danse baroque. Elle s'occupe des dossiers de presse et de la communication. Elle trouve cela « vraiment fun ».

La compagnie a une résidence dans un lieu prestigieux. Cela dure deux ans, à l'issue desquels Karine retombe dans l'ornière du chômage, cessant bien vite d'apparaître à ses yeux comme « période où on sème les graines » avant de récolter, pour être vécu comme facteur majeur de « ruine de nos vies ». « Déprimée, en fin de droits », et encouragée par sa conseillère Pôle emploi, Karine redirige à nouveau sa recherche d'emploi vers des postes d'assistante commerciale. Elle intègre le groupe M. Elle trouve les milieux de travail français pesants et n'en apprécie guère les codes : « En France, ils sont très méfiants... il ne faut pas trop se livrer..., manger le midi, c'est tout un protocole... Il n'y a aucune chance d'évolution si on n'a pas bac + 5, sorti d'une école de commerce. »

Certains collègues refusent de manger à sa table. Elle regrette le contexte « beaucoup moins hiérarchisé » qu'elle a connu en Angleterre : « Ils savent reconnaître les compétences des gens ! [En France], tu trouves le clone de ton ancien boulot ; c'est très difficile d'évoluer quoi ! Je me sens bloquée dans des emplois de qualification inférieure. »

À nouveau au chômage et connaissant des problèmes de santé, Karine évoque les affres de la précarité des emplois qu'elle venait d'occuper : « Si j'avais eu un CDI, je me serais mise en arrêt maladie ! » Sa conseillère Pôle emploi lui avait assuré que ses allocations seraient maintenues durant la durée de sa formation. Or, tel ne fut pas le cas, aggravant ses difficultés à payer son loyer. Vivant seule, Karine se replie davantage dans sa bulle, perd la volonté de se battre et se tourne vers des thérapies suscitant en elle l'espoir de trouver l'explication de sa destinée dans les arcanes de sa mémoire cellulaire. Elle s'était mise à boire quelques années plus tôt à la suite d'une grave dépression et de maux de dos très douloureux et persistants. Cette vulnérabilité psychique a sans doute augmenté l'impact du traumatisme vécu lors de la rupture

très abrupte de son dernier contrat de travail en CDD : « Je suis tombée sur des garces ! Tu te sens éjectée. On m'a prévenue à 18 heures pour le lendemain. Je l'ai vécu comme un douloureux écho à l'abandon de ma mère, qui a, lui aussi, eu lieu du jour au lendemain. »

Elle constate, amère, que le temps passant, dans ce genre de situation, « plus personne n'est là pour te demander si tu es encore en vie ». Cette vie qu'en dépit de sa solitude elle ne cesse d'associer à l'amour (« si on renonce à l'amour, à ouvrir son cœur, on renonce à la vie ! »), aux vertus de l'amitié, et au « désir de transmettre quelque chose de nouveau », à travers la création de cours de langue en ligne.

Fin de carrière : l'horizon inaccessible de l'emploi

Âgé de 58 ans, Marc a fait ses débuts dans le secteur technico-commercial en vendant des instruments scientifiques. Il est devenu au fil du temps responsable d'une équipe commerciale. Après un dépôt de bilan de sa société, il a obtenu le poste de directeur commercial d'une société de négoce de balances de laboratoire tout en éprouvant le sentiment d'une perte d'identité. Il a ensuite changé de société pour faire du commerce de détail d'instruments de pesage dans l'industrie, acceptant une division de son salaire par trois. Occuper ce poste lui paraissait plus cohérent. En 2004, la société a pris le tournant d'Internet. Très attiré par l'étranger, Marc se rend en Suisse, en Angleterre, puis en Allemagne. Il y travaille à la diffusion de l'usage d'un logiciel de pro-gestion (SAP) avant de faire de même à son retour en France, durant dix-huit mois. À l'issue de cette période, il demande une rupture conventionnelle et connaît le chômage pour la première fois en trente ans d'activité. Plusieurs époques constituent cette nouvelle période de vie. La première consiste en une « phase

d'euphorie » durant laquelle son cv « accroche ». Marc se considère alors comme « un très jeune senior » plein d'avenir. Une grave dépression de plusieurs mois succède pourtant bien vite à cette première « belle époque » du chômage : « J'avais les deux genoux à terre ! » Marc se fait alors accompagner par l'association Solidarités nouvelles face au chômage (SNC) dont il compare l'apport à celui d'« un vrai fleuve de vie ». Il sollicite aussi l'aide d'un coach afin de « remonter la pente ». Avec le recul, il parlera des « dégâts collatéraux énormes », des « impacts colossaux » du chômage. Il dit avoir éprouvé une grande colère « face au déni et au dédain » de la société, « le pire à endurer » et qui peut conduire au refus de s'alimenter. « Un vrai, vrai, vrai travail qui ne se fait pas tout seul » est nécessaire pour ne pas se laisser écraser par le poids d'une telle situation. Marc compare amèrement son parcours d'entretiens d'embauche à du *survival*⁴⁵ : « Il faut savoir être un Koh-Lanta⁴⁶, un héros-aventurier de la recherche d'emploi. Et dans cette épreuve sportive je n'en suis qu'à la demi-finale ! »

Le cancer avait coûté la vie à sa femme quatorze ans plus tôt ; l'incertitude liée au chômage détruisait à présent la sienne. « Dans la recherche d'emploi, tout est fait pour vous tenir vers le bas ! » Une humiliation qu'il sait reposer sur le mépris de toute singularité, conjugué à l'extrême violence d'un système expulsant sans états d'âme des millions d'individus dans la trappe de la non-existence sociale :

« Le chômage est vécu comme une honte. C'est un espace de relégation. On ne parle pas de ceux qui le vivent ! Il y a, à mes yeux, un renversement à opérer en créant un lien entre la population "active" et

45. Situation narrative mettant en scène des personnages en situation de survie, dans le champ cinématographique.

46. Nom d'une série télévisée d'aventures (2001-2013) inspirée d'une série plus ancienne, *Survivor* (1992), dont la première saison a été tournée dans l'île thaïlandaise de KohLanta.

celle privée d'emploi, elle aussi en pleine activité, contrairement à ce que l'on entend souvent dire, en permettant le rapprochement entre les deux mondes. Je rêverais d'une organisation syndicale qui opère ce rapprochement pour cesser de considérer le chômage comme une maladie incurable qui isole les chômeurs du reste de la société. »

En dépit du poids de cet isolement, Marc préfère rester seul, sur le plan affectif, tant qu'il n'aura pas retrouvé d'emploi : « J'ai besoin de me recentrer d'abord, de me repositionner, d'avoir une position sociale, dans le travail. » Le caractère coûteux en temps et en énergie psychique de cet effort de recentrement entraîne des effets délétères sur le plan familial :

« Mon attitude a inspiré une certaine peur à mes filles qui m'ont dit à plusieurs reprises : "Papa tu n'es plus le même !" Cela va au-delà d'un effet collatéral. Le chômage détruit toutes les relations sociales, y compris dans la sphère familiale où peuvent naître des disputes violentes. C'est parfois irréversible. Toute éthique personnelle visant à embellir sa vie et celle des autres peut trouver là un point d'achoppement irrémédiable. »

Lorsque la crise sanitaire de 2020 éclate, Marc se sent paradoxalement moins isolé et impuissant car osant solliciter l'aide de proches. Il demande conseil à son frère médecin et part rejoindre son père à Nantes avec qui il se retrouve en tête à tête. Ce dernier découvre les difficultés posées par la recherche d'un emploi. Marc récupère auprès de lui « l'énergie nécessaire ». Il a aussi davantage pris conscience de ce qu'il doit à la présence de ses filles, encore étudiantes, son point d'ancrage à la vie. Il parle de « renaissance » :

« La Covid m'a permis de prendre la mesure des choses et donné la force de me battre. J'ai découvert des gens. Quand j'étais en activité, j'étais le baron de mon entreprise, j'avais perdu de vue l'essentiel. Des amis perdus, je les ai retrouvés [après avoir su] faire le deuil de mon entreprise grâce à la force de la méditation. »

Marc dit vivre un « changement de valeurs radical ». Désormais priment pour lui « l'amour de soi, des autres, la combativité, la pugnacité, la volonté, l'honneur, la fidélité et la performance » : « J'ai besoin d'avoir des objectifs, de me sentir valorisé, ça me fait vibrer ! »

Marc attribue en partie sa nouvelle vision de la vie à une méditation sur les équilibres et le sens profond des choses : « J'aime bien le yin et le yang. Sans vie il n'y a pas de mort. Pour avoir senti la mort de près... elle est pour moi toujours présente. J'ai besoin de ce rapport de force. Mais vous ne pouvez braver la mort ; elle est une polarité nécessaire, non un objet de fascination. »

Confronté à l'injonction paradoxale d'être à la fois énergique, mais pas trop, afin de « ne pas asphyxier les autres », Marc connaît une nouvelle phase de dépression fin novembre 2020. Il comprend dès lors qu'il doit « écarter ce qui est toxique ». L'expérience du chômage lui semble inscrite dans le corps : « Si l'on n'est pas armé, il y a une certaine toxicité ! J'en ai marre, on n'a pas le droit de faire ça aux gens ! On ne mérite pas ça ! C'est un tunnel noir à un moment donné. »

Il exprime de la colère par rapport à sa recherche d'emploi qui lui demande « énormément d'énergie et de réflexion ». Il dit avoir suivi quatre formations avec l'APEC qui propose des outils « absolument pas personnalisés » sur Internet.

Se reconverter ? Devenir psychologue pour faire du bien aux gens ? « Pas maintenant ! » Marc estime en effet avoir « encore besoin d'un drapeau, d'une organisation ! »

Demandes et accès aux soins et aux droits

« Moi, est-ce que je suis malade ? Oui car j'ai été suivie par un médecin. Un burn out : j'ai été suivie par une psychologue du travail, un psychiatre. C'est difficile de dire qu'on est malade parce que ça ne se voit pas. C'est dans ma tête que je boite.

J'ai été licenciée pour inaptitude : je ne peux plus exercer ce métier.

J'ai une RQTH¹, on m'a dit "inscrivez-vous à Cap emploi". J'attends toujours depuis 2015 qu'ils m'appellent... J'ai été consolidée, je ne sais pas comment. Ça a été très difficile de batailler car j'étais très déstabilisée, on me demandait de suivre un chemin tortueux avec personne pour m'épauler, et au final tellement fatigant que j'ai laissé tomber.

Mon employeur m'a pris ma santé, la Sécu m'a pris mes indemnités, et pour finir on m'a collé un titre "travailleur handicapé". Ça fait très bien et même Cap emploi ne s'est pas penché sur mon cas.

Avant, j'étais monitrice d'auto-école. On rencontre beaucoup de personnes mais pas vraiment de liens, ça tourne. On commence tôt et on finit très tard. J'ai foncé tête baissée, je ne sais pas dire stop. Du coup, j'ai perdu mes amis, mes relations. En me donnant à 100 % à mon métier, je suis sortie de moins en moins. En travaillant, j'étais limite désocialisée ; au chômage, ça s'est accentué.

1. Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Aujourd'hui, il y a des hauts et des bas, des jours où je pourrais déplacer des montagnes, et des jours où je suis au fond de la vallée. Ces hauts et ces bas montrent que rien n'est acquis. Mais je suis paradoxalement heureuse de tout ce que j'ai vécu : ce qui ne tue pas rend plus fort. Je chemine encore. Le plus dur a déjà été fait. La maladie plus la perte d'emploi chamboulent tout, toute une vie, un mode de fonctionnement. La question du sens ? Je ne peux plus envisager la vie comme avant. Comment trouver un autre mode de fonctionnement, en tant qu'être ? Qui je suis ? Ce que je veux ? Avant, je ne me posais pas ces questions, j'avais la tête dans le guidon, au sens propre et au sens figuré ! Réussir à mettre des mots, ajuster le bon mot au ressenti : déjà ça sort, c'est un commencement, ça prend forme. Commencer à comprendre ce qui se passe en nous et autour de nous. Quand on comprend, on peut trouver la solution » (Naëlle).

Femme divorcée, sans enfant, à la trajectoire professionnelle stable, réussie, Naëlle « s'investit 100 % au travail »... puis s'effondre, épuisée, en 2013. Elle est licenciée en 2015 pour inaptitude et n'a pas retravaillé depuis. Elle a été expulsée de son logement.

À la suite d'un parcours interrompu à l'université (bac + 2 non validé), elle s'oriente vers le métier de monitrice d'auto-école, comme une opportunité. Elle s'y engage totalement, travaille sept jours sur sept, quatre-vingts heures par semaine, et compense ainsi sa vie de couple décevante : elle a fait un mariage « arrangé » par sa famille avec un homme venant d'Algérie qu'elle ne connaissait pas, il s'installe en France sans jamais travailler, vivant à ses dépens. Elle découvre que « c'est une escroquerie », qu'il a une femme au pays. Fragilisée, confrontée aux difficultés d'émancipation du poids des normes familiales et surtout paternelles, son activisme au travail permet une anesthésie de la pensée : « Je travaillais beaucoup, c'est aussi un moyen de ne pas avoir à se poser de questions, pas avoir à réfléchir. Ça m'allait parce que je n'avais pas à me confronter à mes choix de vie et au sens de ma vie, professionnelle, sociale et amicale. »

Pendant la durée de son arrêt de travail (deux ans), elle est suivie par le médecin et la psychologue du service de santé au travail. Aujourd'hui, sa difficulté à parler de sa fragilité psychique est toujours manifeste. Elle répugne à parler de son suivi par un psychiatre, les troubles psychiques étant à la fois jugés indéterminables, peu objectivables et honteux. Licenciée pour inaptitude, elle sera consolidée² par la Sécurité sociale. Elle n'en a pas été avertie, n'a pas eu de consultation avec le médecin de la Sécurité sociale pour établir cette consolidation. Elle n'a pas touché l'intégralité de ses indemnités journalières pendant son arrêt de travail.

Au chômage, elle s'inscrit à Pôle emploi. Ce qui lui fait perdre le suivi du service inter-entreprise de santé au travail. Cette rupture dans les accompagnements se prolonge avec son psychiatre : elle arrête rapidement ses consultations avec lui, considérant que cela ne l'aide pas assez sur le plan personnel ni sur le plan de l'insertion. Pendant deux ans, un conseiller de Pôle emploi cherche à l'orienter vers un retour à l'emploi sans succès. Elle effectue une formation de maître praticien en PNL³ et crée son activité de coach... sans succès. Elle est expulsée de son logement. Un temps hébergée par son frère dans un petit appartement, avec femme et enfants, en période de confinement, Naëlle finira par dormir dans sa voiture. Le conseiller de Pôle emploi, constatant son impuissance, l'oriente vers la psychologue de l'agence. Celle-ci lui propose un dispositif dit d'accompagnement global⁴. Ce qui permettra l'accès à un

2. La consolidation CPAM correspond au moment où l'état de santé est définitivement stabilisé, même s'il subsiste encore des troubles, et n'exclut pas la continuation de soins. La caisse primaire d'assurance maladie informe l'employeur que l'état de santé du salarié est consolidé et qu'il ne doit donc plus se voir prescrire des arrêts de travail au titre de son accident du travail ou de sa maladie professionnelle.

3. Programmation neurolinguistique.

4. Financée par le Fonds social européen, cette modalité d'accompagnement s'adresse aux personnes qui rencontrent des freins (sociaux, économiques...) à

logement social en urgence pour une durée de six mois. Naëlle est perdue : elle n'a pas compris pourquoi elle a été suivie par la CRAMIF⁵, pourquoi elle a une RQTH (par la suite de son licenciement pour inaptitude), pourquoi elle a été « consolidée », pourquoi on l'a orientée vers Cap emploi : elle s'y est présentée, on lui a dit qu'on ne recevait que sur rendez-vous et qu'elle sera convoquée. Elle n'a jamais reçu de convocation.

Naëlle a eu une vie professionnelle, un statut, gagnait bien sa vie. Elle vit sa situation de « demandeur d'emploi de très longue durée⁶ », sans emploi ni ressources, comme une disqualification, une dégradation. Elle a tendance à cacher, masquer, ne pas demander, taire, ne pas donner accès à ses difficultés. Le désarrimage des appuis dont elle disposait (un emploi, une activité investie, un logement) la conduit à l'errance. Sans chez-soi, elle ne pouvait aborder la question du retour en emploi. Et elle a encore aujourd'hui des difficultés à investir son nouveau logement. D'autant que sans ressources, elle n'a rien pour le meubler, l'aménager. Tout ce parcours est marqué par une lente dégradation psychique, sans soins, sans demande de soins. Des difficultés d'élaboration subjective se manifestent par un accrochage au concret, au factuel. Comme si elle s'absentait à elle-même du fait de la multiplication des difficultés. La défense par le clivage du moi favorise le déni et l'anesthésie des affects. Elle s'immobilise et ici d'autant plus que les accompagnements proposés éludent la question de la santé

leur recherche d'emploi. Elles bénéficient alors d'un double accompagnement réalisé à la fois par un conseiller de Pôle emploi et par un travailleur social du conseil départemental.

5. La caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF) est un organisme de sécurité sociale appartenant au réseau Assurance maladie.

6. En 2022, 72 % des chômeurs sont au chômage depuis moins d'un an et 57 % depuis moins de six mois. À l'opposé, 27 % sont au chômage depuis un an ou plus ; on parle alors de chômeurs de « longue durée ». 13 % des chômeurs le sont depuis au moins deux ans ; on parle alors de chômeurs de « très longue durée ».

psychique au profit d'abord de celles du retour à l'emploi, puis du traitement de sa situation sociale. Pas de diagnostic.

Sa conseillère lui propose divers dispositifs visant progressivement la reprise de confiance en soi : « valoriser son image », « perfectionnement numérique », immersion à Emmaüs Connect, en centre de formation... C'est finalement la psychologue de l'agence qui va travailler avec elle la reprise de confiance dans le lien et qui lui proposera de participer à un groupe d'échanges « Chômage et santé ». Elle y réalise à la fois un travail d'emplacement abandonné depuis longtemps, une réflexion partagée sur son histoire, et de nombreuses prises de conscience :

« Moi je suis à un stade où rien que d'y penser, c'est l'angoisse totale, je ne dis même plus aux gens que j'étais monitrice d'auto-école. Il y a la maladie, la perte d'emploi... ça chamboule toute une vie, ça remet en question tout mon mode fonctionnement, pour le logement, pour l'emploi, la redéfinition de moi-même, de mon être. Tout est remis à plat. Je ne peux plus envisager la vie avec les principes, les outils que j'avais. Bien sûr ils m'ont servie, mais aujourd'hui je suis dans le besoin de trouver un autre mode de fonctionnement. Ici, dans le groupe, c'est une façon de me sentir à nouveau être, plutôt que d'être constamment tournée vers soi-même. Et puis ça rassure de voir qu'il y a d'autres personnes, cela permet de relativiser, et d'en tirer la force de continuer son chemin. »

Dans les cas de paupérisation extrême, liée à la maladie, le risque de perte du logement est majoré. La peur d'être expulsé peut conduire à ne plus sortir de chez soi, à ne plus aller à ses rendez-vous à Pôle emploi ou dans les services sociaux, à s'isoler et au développement de pensées suicidaires. L'absence apparente de demande de soin des personnes en situation de précarité fait partie intégrante de leur souffrance et peut être entendue comme un symptôme. Cette absence masque une tout autre demande du sujet précaire, celle d'exister et d'être reconnu par et pour un

autre, grâce à l'expérimentation d'un lien intersubjectif permettant d'éprouver les qualités humaines de la rencontre, lien qui est à l'origine d'une réélaboration subjective du sujet.

L'histoire de Naëlle témoigne de nombre de difficultés évoquées ou repérées lors des entretiens, individuels ou collectifs, avec les chômeurs rencontrés. On y retrouve l'impact des ruptures d'accompagnement liées aux changements de statut (de salarié à indépendant ou auto-entrepreneur, de salarié à chômeur) ; s'y greffent les difficultés d'accès aux droits (nombreuses démarches administratives, complexité de celles-ci, incompatibles avec un état de santé dégradé) ou l'absence de mise en œuvre par les services ad hoc des droits ouverts ; s'ajoutent à cela la dégradation de la situation économique (paupérisation : dettes locatives, mesures d'expulsion, renoncement aux soins par manque d'argent, non-cumul des aides dont chacune est insuffisante), le non-recours aux suivis sociaux et aides sociales (par méconnaissance, par isolement, par honte), la faible place accordée à la santé dans les accompagnements socio-professionnels, l'impact de la solitude s'il n'y a pas de soutien familial... Une spirale du cumul des difficultés et dysfonctionnements s'installe, face à laquelle les processus de ré-élaboration psychique et de réaménagement des sphères de vie personnelle et professionnelle ne peuvent s'envisager que dans une temporalité longue. Dès lors, quels sont les moments-clés du processus de la demande d'aide, de soin ? Comment demander ? Comment savoir à qui demander ?

LA PRISE DE CONSCIENCE TARDIVE DES PROBLÈMES DE SANTÉ : DÉNI, EUPHÉMISATION, OCCULTATION

Chez ceux pour qui le travail est synonyme de peine, les indices d'une fragilisation de la santé restent banalisés. Nous avons déjà

évoqué cela à propos des parcours professionnels de santé sacrifiée. Cette figure du *tripalium*⁷ peut tenir à l'éducation, à la culture, à l'image de la vie de parents abîmés par la pénibilité du travail... Ainsi, Romain, 30 ans, chef de projet, en épuisement professionnel : « Ça fait du mal, oui ça fait du mal, mais après on sait que c'est pour un temps, donc voilà... Il y a le côté éducation et aussi la société judéo-chrétienne qui dit que travailler ça rime avec souffrance. J'en étais là et je me disais que si j'en chie, c'est que je travaille ; on en arrive à ce genre de chose pour justifier sa propre souffrance. »

Agnès, 60 ans, directrice d'établissement socio-sanitaire, et qui s'effondre en burn out, a aussi occulté la douleur, les malaises, un zona, les fluctuations de son poids (+/- 30 kilos) qui « disent quand ça va et quand ça ne va pas », des effondrements en pleurs... au profit de la « valeur travail » : « donner satisfaction à l'employeur », « réussir », « ne pas savoir dire non », « l'émulation, toujours faire plus », quête de valorisation. Elle évoque un message parental : « Combattre, ne pas s'écouter, marcher, foncer... pour réussir... comme eux. » Au chômage, un effondrement de ses défenses (activisme, refoulement et répression) permet un passage du « Je me fermais les yeux » à des révélations :

« Les douleurs sont apparues. Des douleurs au niveau des hanches, du dos, des bras... du coup, j'ai un peu plus le temps... pour mes séances de kiné à faire. Avant, je n'y allais pas... je n'avais pas le temps... J'avais... j'ai mal aux jambes, ça me revient maintenant, j'ai des varices, j'aurais dû me faire opérer mais je n'y allais pas. Ça fait très très longtemps que j'aurais dû me faire opérer des varices. Mais je ne voulais pas m'arrêter. »

7. *Tripalium* (dérivé des racines latines, *tri / tres* et *palis* – littéralement, « trois pieux ») est un terme latin faisant référence à un instrument de torture composé de trois barres de bois. Il est fréquemment considéré comme étant l'origine étymologique du mot « travail » en français, même si cette parenté étymologique est contestée.

L'absence de demande de soins peut tenir non seulement au déni, mais aussi à un fond dépressif. Dans le « trou », celui que constitue notamment un chômage de très longue durée, l'élan vital s'atrophie. Restent au mieux des stratégies visant à sauver la face, à masquer et se masquer ses vulnérabilités. Ou des stratégies plus radicales encore pour « se mettre à l'abri », se retirer du monde, du jugement des autres.

Ainsi, Fabrice, 44 ans, niveau licence en philosophie, qui a fait quelques « petits boulots » en parallèle à ses études, liste les pertes passées et actuelles : affectives (une rupture douloureuse avec une femme à laquelle il était attaché), de sa santé (il a des acouphènes par suite d'un accident du travail ; musicien, il a perdu ce à quoi il tient le plus : « Mes oreilles, c'est ma vie »), de son emploi, de sa jeunesse, de sa virilité (« Avoir un boulot, ça fait partie de la virilité »). Il se « soigne » en consommant divers produits (cannabis, alcool, cocktail de médicaments) et lutte de cette façon contre des idées suicidaires.

Il affirme avec détermination : « Je ne suis jamais malade... Prendre un rendez-vous, ça n'a jamais été dans mes habitudes. Je ne serais même pas venu aujourd'hui, je n'avais même pas envie de venir. Donc un rendez-vous pour un docteur, alors que je ne me sens pas malade... »

Seul l'accident auditif a mobilisé une recherche de traitement : consultations médicales et exploration de thérapies alternatives. Il n'a aucune demande de soins psychologiques, résiste aux « psy » au motif qu'ils seraient obnubilés par le complexe d'Œdipe, schéma d'analyse très contestable selon lui. Mais il reconnaît que sa rencontre avec une psychologue du travail de Pôle emploi « est différente ». Il entend ce qu'elle lui dit : « Madame X me dit toujours “vous ne voulez pas vous rendre compte que vous êtes en

dépression”. Mais oui. À l’époque, j’identifiais ça comme quelque chose, comme de la déprime. Comme un mal-être. »

Ses stratégies défensives sont à double portée, intrapsychique et intersubjective : il s’agit à la fois de ne pas reconnaître sa souffrance au risque de l’émergence d’idées suicidaires et de ne pas donner à percevoir sa souffrance aux autres (masque viril à entretenir, simulacre pour sauver la face).

L’impossible recours aux soins peut tenir encore à des histoires marquées par de lourds passifs avec le corps médical ou plus globalement le système de santé. La distance tient à la méfiance, voire au ressentiment.

Grégoire, 43 ans, sans qualification professionnelle (aucun CAP validé), connaît toute sa vie des alternances entre des périodes d’activité professionnelle et des périodes de chômage. Les postes occupés sont essentiellement physiques. Son parcours « sans insertion professionnelle » s’accompagne de consommations de substances psychoactives pendant vingt-sept ans.

« Je ne suis pas du tout docteur, je ne vais jamais chez le docteur, même avec la CMU [couverture maladie universelle], je ne m’en sers pas en fait. Je ne m’occupe pas trop de ma santé. Je l’ai tellement négligée pendant des années... Tant que ça va, ça va. J’ai un passif aussi avec le milieu médical. Il y a eu énormément d’erreurs médicales dans ma famille. Pour ma mère, c’était un fibrome mais en réalité c’était un cancer stade 2. Le médecin s’était trompé, il a quitté la région après ça, mais c’était trop tard. J’ai perdu un petit frère aussi, il est mort à l’âge de 2 ans, il a été transfusé en 1982 par du sang contaminé, j’avais 5 ans. Ça a marqué mes parents aussi, à l’époque, on leur a dit : “Circulez, il n’y a rien à voir.” Donc, je ne leur fais pas confiance... Mon père qui a été amputé du pied, début de gangrène, à cause d’une compresse oubliée pendant une opération d’un oignon au pied... Erreur médicale aussi. »

ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Les chômeurs ne disposant pas/plus d'accès à la médecine du travail, ils ne peuvent que se tourner vers un médecin généraliste ou un centre de santé. La pénurie de médecins est aujourd'hui bien connue et chacun sait la difficulté à obtenir un rendez-vous pour une consultation médicale en l'absence de médecin traitant. Ainsi Catherine, 61 ans, infirmière en EHPAD, raconte sa difficulté à obtenir un traitement, des médicaments antidépresseurs :

« J'en prends depuis le mois de juillet 2020... c'est là où j'étais vraiment mal. Je n'avais pas de médecin traitant et je n'en trouvais pas. C'est un de mes fils qui a trouvé grâce à ses potes. Je suis tombée sur un mec génial qui a mis des choses en place et j'ai enfin un traitement ! »

La médecine générale n'est pas nécessairement formée aux questions du travail (ce qui se manifeste par le peu de questions posées sur la vie professionnelle lors des consultations⁸, par « l'oubli » de déclaration d'une maladie professionnelle ou de qualification d'un accident comme accident du travail). Les tableaux de maladies professionnelles sont jugés complexes par une grande majorité des médecins généralistes, le repérage de l'origine professionnelle de la maladie aussi ; ils méconnaissent souvent les critères et les procédures administratives de déclaration. Il est vrai que la diversité des dispositifs en santé au travail, suivant les différents régimes (salariés du régime général, du régime agricole, des trois fonctions publiques, travailleurs indépendants), complique les démarches pour les médecins traitants⁹. D'autant que ces démarches sont chronophages et donc

8. Bien souvent, peu de temps est accordé à l'écoute du patient lors des consultations. Des médecins passent plus de temps à remplir les formalités administratives de prise en charge sur leur écran qu'à observer et échanger avec le patient (les postes de back-office de secrétariat médical étant souvent supprimés).

9. INPES, 2009.

susceptibles de faire exploser le temps consacré à chaque patient (la consultation durant quinze minutes). Ainsi, pour une demande de RQTH ou une demande de reconnaissance de maladie professionnelle, il est nécessaire de prévenir en amont le médecin afin qu'il planifie une consultation plus longue. En quinze minutes, il est impossible de remplir le dossier. Faire valoir ses droits oblige parfois à des recours juridiques (ce qui a un coût) pour gérer des différends avec la Sécurité sociale, les mutuelles, par exemple sur le calcul des indemnités journalières.

Quant à la « souffrance au travail », qui devrait s'entendre tout à la fois comme souffrance en emploi *et* au chômage, elle nécessite écoute et disponibilité. Elle est, semble-t-il, peu abordée ou bien en termes de prescription médicamenteuse. Au chômage, comme en emploi, des pathologies physiques, parfois graves, s'accompagnent d'une fragilisation psychologique ; de la même manière, des troubles psychiques peuvent se manifester sur le plan somatique de diverses façons. Ainsi, la souffrance au travail s'exprime bien souvent à travers des troubles du sommeil : les chômeurs rencontrés évoquent presque tous cette difficulté. Les réponses des médecins généralistes ne sont pas toujours à la hauteur des attendus. Occasions manquées d'une rencontre thérapeutique...

Romain, 30 ans, est chef de projet dans les assurances, en stress permanent : « Je travaille soixante-dix heures par semaine, de toute façon dans ce genre de boulot, même quand on n'est pas sur son PC et qu'on n'est pas au téléphone, on y pense tout le temps. Au bout d'un moment, c'est vraiment fatigant d'être toujours en apnée. »

Il perd 8 kilos en un mois et supporte de moins en moins l'aggravation de ses troubles du sommeil : « Moi le coup psychologique s'est porté directement dans le sommeil. Pendant cette période-là je me suis retrouvé, malgré mes mélatonines, malgré

tout ça, à dormir quatre heures par nuit. J'ai eu des périodes où j'essayais de n'avoir recours à aucune aide extérieure pour dormir. Je dormais deux-trois heures et c'est terrible. Parce que j'étais fatigué, j'allais au lit, je dormais vingt minutes et je me réveillais et je me rendormais quatre heures plus tard. »

Il finit par consulter un médecin :

« En gros, il m'a proposé soit de l'Atarax, soit des somnifères. À 30 ans, commencer une dépendance aux somnifères, ça m'allait moyennement. En général, on sait que ça perturbe énormément la chimie du cerveau et que dans ces moments-là, on a tendance à prendre du poids, on commence à avoir des idées un peu noires, tout ça... donc autant vous dire que pendant ces périodes-là, on n'a pas envie de se rajouter ça. Quand ça ne marche pas et que la tisane, la camomille et la méditation ne fonctionnent pas pour le sommeil... j'avais fumé avant et je me suis remis à fumer tous les soirs... tous les soirs. De la marijuana, parce que très clairement, par le biais légal, ce qu'on me proposait c'étaient des antidépresseurs ou des anxiolytiques ! »

Pour ceux chez qui la distance aux médecines est grande, qui ont perdu tout à la fois confiance en soi, en autrui, dans l'avenir, ceux qui se trouvent dans des situations dans lesquelles la souffrance est diffuse, n'est pas identifiée comme telle par le « patient », qui n'a pas de « demande », ceux qui ont fermé la porte, se sont coupés du monde, et du même coup d'eux-mêmes, et présentent tous les signes d'une profonde souffrance psychosociale (anesthésie du corps, des affects et de la pensée¹⁰), la « décongélation » du moi peut survenir brutalement. Elle se traduit par une demande impérative du patient, une « urgencification » du soin où l'immédiat prévaut, dans une déliaison de la temporalité, ce temps vécu qui assure une articulation entre passé, présent et

10. J. Furtos, « Conférence », dans *De la précarité à l'auto-exclusion. Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'*, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2009, p. 5-40.

futur. Après de longues périodes de déni, d'occultation, de congélation de soi, d'automédication éventuelle avec divers produits dont les effets sont manifestes et rapides (du moins avant l'accoutumance), la manifestation brutale d'une maladie ou l'aggravation brusque d'un état chronique conduisent bien souvent à l'hôpital. La crise amène aux recours aux soins par la porte des urgences. Douleurs intenses, intoxication éthylique, idées suicidaires ou tentatives de suicide, viol après de longues années de violences conjugales... font basculer vers une prise en charge sanitaire. Le soin ouvre au diagnostic et au « prendre soin de soi » à la suite de la validation et de la reconnaissance des troubles, de l'orientation vers des spécialistes, voire de l'accès au statut de malade. La crise permet le dégagement des empêchements à l'attention à sa santé et à l'accès aux soins.

Pia a 59 ans. Rédactrice de mode, elle est licenciée économique à 52 ans. Elle sait que le monde des médias a changé, que les CDI y sont de plus en plus rares et qu'à son âge, retrouver du travail dans un secteur marqué par le jeunisme sera bien difficile. La succession des refus ou non-réponses à ses multiples candidatures ouvre au « glissement ». On ne s'en rend pas bien compte dit-elle, mais « ça glisse, la dépression, l'alcool ». Sa consommation d'alcool, socialisée, régulée dans le monde des médias, perd toutes ses fonctions initiales pour se transformer en instrument d'anesthésie de sa souffrance, de cette perte douloureuse de sa place, de son métier, de son corps (elle a pris 13 kilos au chômage) et de son look de « femme du milieu de la mode », de sa jeunesse :

« Ça a glissé doucement, tout doucement. On ne s'en rend pas spécialement compte. Jusqu'au jour où je me suis sentie vraiment mal, des idées suicidaires... ça m'a fait peur, et j'ai pris mon téléphone pour appeler les urgences psychiatriques de l'hôpital de Y. Et là, je suis tombée sur des gens charmants qui m'ont aidée et m'ont aiguillée vers d'autres personnes. »

Les consultations, les examens médicaux, l'hospitalisation ouvrent au diagnostic, aux traitements, voire à l'accès à une reconnaissance de la légitimité de demandes jusque-là inaudibles, incomprises, parfois même désavouées, rejetées. Des douleurs, des symptômes inexplicables sont sources d'inquiétude, d'anxiété, de soupçons (est-ce une maladie ou de l'hypocondrie, maladies imaginaires ?), d'étrangeté à soi-même, d'incertitude sur les conduites à tenir, sur ce qui doit être fait, évité... Avoir accès à un diagnostic permet de (se) comprendre, de chercher des solutions, de s'interroger sur les différents traitements (médecines conventionnelle/alternatives), voire de devenir expert de sa maladie (la participation à un groupe de pairs est ici déterminante). Le diagnostic permet... ou pas, de s'engager dans un traitement, de développer le travail de santé.

Benoît, 39 ans, a été responsable informatique pendant dix ans. Il évoque l'apparition de ses premiers troubles au travail. Il se rend alors aux urgences :

« J'ai toujours été quelqu'un qui était mordu du travail, qui travaillait tard le soir... quand j'étais en réunion, j'avais des problèmes d'élocution qui étaient flagrants. Je bégayais, c'était pas normal. Là, ce qu'on a comme discussion, c'est correct. Mais quand j'ai eu ma première crise, c'était vraiment pas terrible. J'arrivais à masquer un peu, mais je sentais une gêne. Je ne sais pas comment expliquer ça. C'est assez particulier. Donc je bégayais, j'articulais mal, c'était assez mâché mes mots. C'était de la compote dans la bouche. Donc je me suis dit, il y a un problème. Donc, j'ai été voir l'hôpital. Ils ont fait des examens en pensant que c'était un AVC au début. Mais au final, il s'est avéré que c'était la sclérose en plaques. »

Il se rappelle avec précision la date du diagnostic :

« C'était juste un problème d'élocution. Donc je n'étais pas paralysé ni rien. J'y suis allé simplement faire des examens, pour me rassurer en même temps. Ils ont fait pas mal d'exams. Ma crise, je l'ai eue en

novembre, et j'ai eu le résultat le 11 décembre 2013. Il m'a annoncé directement que j'étais atteint d'une maladie chronique appelée la sclérose en plaques. Au début, on ne connaît pas, on regarde sur Internet... oh la grosse bêtise ! Internet, on a de tout et n'importe quoi, surtout beaucoup de n'importe quoi. »

Benoît persiste dans la mise à distance de la maladie, des médecins, des traitements.

Contrairement à Anne. Elle a 24 ans, deux CAP, a occupé quatre emplois, le dernier comme caissière dans une grande surface. Elle est licenciée pour inaptitude. Crise de douleur, hospitalisation :

« [J'ai eu] plein d'exams pendant que j'étais arrêtée six mois. J'en ai pleuré de cette maladie. Les spécialistes disaient "on ne trouve rien à l'examen". Ils m'envoyaient à droite, à gauche, se renvoyaient la balle. Arrêt de travail, reprise... Moi, j'ai besoin d'une vie stable, une paye stable... Je vais vivre avec, je sais ça. Ils ont cherché au début. Ça me rendait ouf de ne pas savoir ! Ils ont mis six mois à trouver. »

Diagnostic : une spondylarthrite ankylosante.

« Ça m'a mis un coup. J'en ai pleuré. C'est un rhumato qui me l'a dit. Et personne ne peut rien faire pour l'instant. Le médecin du travail m'a dit "il faut penser à vous soigner". Mais il n'y a pas de traitement !... j'ai des anti-inflammatoires quand j'ai des crises, c'est tout. Mais je ne suis pas reconnue à 100 %. Mon médecin traitant m'a dit "on attend que la maladie se voie dans les radios". Le diagnostic est une hypothèse. On peut avoir les gènes sans déclarer la maladie. Donc la maladie est dans mes analyses de sang mais pas dans les radios. Elle est dans mon corps en tout cas, les douleurs sont là ! »

Anne se démène dans sa lutte contre la maladie, repère ce qui amplifie, ce qui atténue les douleurs : « Quand on est vraiment stressé, les douleurs sont amplifiées. Souvent le moral joue sur la santé. »

Elle sollicite médecin généraliste, spécialistes, médecin du travail (avant son licenciement), psychologues, mission locale qui

l'orienter vers Cap emploi, vers la MDPH¹¹ (RQTH). Elle explique : « Faut que ça soit carré dans ma vie » : vivre avec son copain, faire une formation, travailler et faire un bébé à 26 ans – ne pas tarder vu l'évolution probable de la maladie.

Pour d'autres encore, notamment des femmes sous l'emprise de leur conjoint, parfois avec violence physique et psychologique, l'accès aux soins est une ressource inestimable. L'institution, le corps médical ouvrent des portes verrouillées depuis longtemps. Nous l'avons abordé précédemment à propos des histoires genrées de travail et de chômage.

SOUFFRANCE, DEMANDES, RECOURS AUX SOINS PSYCHIQUES

C'est sans doute en matière de soins psychiques que les difficultés sont les plus grandes : résistance à reconnaître, à exprimer la souffrance psychique, représentation des troubles psychiques comme étant associés à la folie et des professionnels du soin psychique comme des experts des « fous », défiance à l'égard du monde des « psy », méconnaissance de la diversité des offres thérapeutiques, carences du secteur public de soins et développement pléthorique d'offres privées sans disposer de critères permettant de faire un véritable choix, coût de ces soins inabordable pour nombre de chômeurs...

Les femmes semblent plus aisément se tourner vers ces soins. On note le peu de suivi en centre médico-psychologique (CMP) du fait à la fois d'une faible connaissance des recours possibles dans le service public, de délais d'attente très longs ou d'une simple réponse : « pas de place ». L'orientation conduit le plus souvent vers des psychologues en libéral ainsi que vers des thérapies alternatives (étiothérapie, thérapie en mémoire cellulaire,

11. MDPH : Maison départementale des personnes handicapées.

kinésiologie...). Le recours aux soins psychiques peut être vectorisé par la rencontre avec un premier psychologue, qui lui n'a pas comme fonction le soin mais peut contribuer à dédramatiser les troubles psychiques et leurs traitements. C'est notamment le cas pour les psychologues de Pôle emploi ou de Cap emploi.

Anne, à propos du double impact de sa maladie chronique et de la précarité professionnelle et sociale associée, évoque le recours aux « psy ». Au cours de son histoire, elle s'est déjà familiarisée avec eux. L'accompagnement psychologique est mis en lien avec son histoire familiale et ses angoisses, ses troubles du sommeil, ses cauchemars.

« Je vois une psy aussi et ça me fait du bien. Je fais un travail sur moi-même. Parce que je suis très angoissée. J'essaie de canaliser mes angoisses. Je suis stressée en deux secondes. Très sensible. C'est lié à mes histoires... Mon vrai père [elle a vécu avec un beau-père] est violent, alcoolique. [Mes parents] se sont séparés. Mon beau-père est très strict. Et ma mère très stressée. Le manque de confiance en moi, ça joue. J'ai vu un psy déjà au collège, c'est ma mère qui voulait. Après j'ai arrêté. Et puis un infirmier psy au CMP. Je ne l'aimais pas du tout. Il ne m'aidait pas. [...] J'ai eu une rupture avec un copain. Là, trop d'angoisses d'abandon... C'est mon ex-belle-mère, elle analyse beaucoup les gens, qui m'a orientée vers cette psy. Elle m'a dit "si tu soignes ta tête, tu vas aussi soigner tes douleurs". Et tu vas comprendre pourquoi tu es devenue si stressée. On ne naît pas comme ça, on le devient. Mais 70 euros la séance, c'est très cher. Elle est partie en congé maternité, mais depuis son retour je n'ai pas repris. Trop cher pour moi en ce moment. Ce n'est pas remboursé. Ça fait comprendre beaucoup de choses. Je l'ai vue trois-quatre fois, ça fait du bien. J'attends d'être stable financièrement pour y retourner. »

L'accès aux soins psychiques pose de nombreuses questions, celles de l'orientation, de la confiance, du coût.

« Ça devrait être accompagné par la Sécurité sociale, c'est impossible autrement. Quand vous avez un psychologue, c'est entre 65 et 90 euros la séance, ça peut être cher » (François).

« C'est vrai que c'est pour ça que j'ai mis du temps à aller voir une psychologue, parce que ce n'est pas du tout pris en charge » (Jeanne).

« Là on m'a dit que j'ai un an et demi d'attente, donc j'ai pris quelqu'un dans le privé. Après, c'est un coût » (David).

« Je n'ai pas de rendez-vous au CMP avant très longtemps » (Sophie).

« Je n'ai pas eu d'écoute ou très peu, j'étais accompagnée par une thérapeute au CMP en TCC¹²... Je n'ai pas supporté » (Éliane).

Voire, parfois, le refus de prescription :

« Vous êtes trop jeune pour avoir des troubles psychologiques. Donc je ne vais pas vous donner de médicaments psychotropes » (Jeanne).

SOIGNER L'ADDICTION ?¹³

Au travers des entretiens réalisés, on retrouve certains processus communs à la fois dans les éléments déclencheurs du dégage-ment de consommations ou conduites addictives et dans les ressources mobilisées. C'est là souvent l'aboutissement d'un long (aussi bien que haché) cheminement psychique. On peut identifier des phénomènes, des incidents, des périodes qui facilitent la bascule dans le sevrage ou dans la réduction des risques.

La crainte du licenciement est certainement la menace (réelle ou imaginaire) la plus redoutée, non seulement à cause des dégâts psychiques (autodévalorisation, marginalisation, dépression) qu'une telle exclusion occasionne mais aussi en raison de sa stigmatisation. C'est le cas également de l'irruption d'un accident

12. TCC : thérapies comportementales et cognitives.

13. Cette partie a été rédigée par Gilles Amado et Dominique Lhuillier.

grave de santé (burn out, infarctus, AVC), qui constitue l'alerte, la plus sévère que puisse donner le corps lorsque l'esprit se refuse à réaliser les dégâts déjà entamés. Il est alors difficile de maintenir des mécanismes de déni. Ce peut être encore la prise de conscience d'une échéance temporelle : ainsi Anne, grande consommatrice, qui va avoir 40 ans, affirme : « Il est temps d'en finir ! » Grégoire (43 ans), déjà évoqué, décide de ne pas attendre l'échéance prochaine de sa mort autoprogrammée et redoutée pour rompre définitivement avec les substances psychoactives (SPA). Ce peut être le constat du trop-plein : « J'en ai fait le tour », confie Alain, devenu expert multi-produits en fin d'apprentissage et d'exercice. Ou encore la conscience progressive mais définitive, donc enfin motrice, de la destructivité produite par certaines substances : « Les amphétamines boostent mais l'héroïne nous rend comme un légume », disait Max. On pense ici aussi au glissement alcoolique de Pia jusqu'aux idées suicidaires, au sentiment croissant d'esclavage de Pierre, à la « came » qualifiée de « tue-l'amour » par Max. Enfin, un sentiment croissant d'étrangeté par rapport aux autres mais aussi à soi-même, produit par le réveil d'angoisses psychotiques, sonne l'alerte.

Ce cheminement implique des ressources : pour « s'en sortir », l'accès à de meilleures conditions de vie semble constituer un passage obligé. Ce processus de sortie de la dépendance se construirait, au vu des données recueillies, en passant d'une structure à l'autre, d'un intervenant à l'autre, d'un produit à un autre (de l'héroïne à l'alcool, des produits de substitution combinés à d'autres produits...), et par l'appui de personnes ressources. De ce point de vue, la présence physique et psychique de la famille joue un rôle essentiel dans le soutien au sevrage. Lorsque celle-ci est absente ou défaillante, la rencontre de « tuteurs de résilience¹⁴ »

14. B. Cyrulnik, *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 2002.

est cruciale. Ce peut être une figure paternelle bienveillante, celle d'un alter ego (une personne du même âge, un[e] ancien[ne] ami[e] ayant subi des épreuves comparables et/ou disposant de compétences semblables), une famille de substitution.

Le décès d'une personne chère ne plonge pas nécessairement dans la misère ; dans la mesure où elle exerçait une forme d'emprise volontaire ou seulement éprouvée, une telle disparition peut entraîner finalement une émancipation. Ainsi en va-t-il, au décès de la mère de Pierre, de la libération de son rôle d'aidant familial (assumé au prix d'une consommation substantielle de SPA) dans lequel il avait été confiné sur décision familiale.

Le chômage peut être l'occasion de la découverte d'un temps enfin pour soi, pour prendre soin de soi. La mise en œuvre d'une telle préoccupation, qui met de côté autant que faire se peut des anxiétés trop vives, nécessite toutefois une forme de sécurité ontologique qui n'est pas donnée à tout le monde.

Le recours aux ressources institutionnelles joue également son rôle, bien entendu, rôle majeur dans la sortie des consommations. Les recours aux soins peuvent être déclenchés par une crise (intoxication éthylique, idées suicidaires ou tentatives de suicide...) qui conduit à l'hôpital et à une prise en charge sanitaire (comme pour Pia). De même, les institutions d'accompagnement vers l'emploi (Pôle emploi, Cap emploi, missions locales) représentent des institutions-relais susceptibles d'accueillir les demandes des personnes sous emprise de SPA ou qui font usage de produits par défaut de ressources alternatives pour soulager les difficultés rencontrées et les anxiétés associées. Elles peuvent jouer un rôle essentiel dans la sortie des errances et des addictions grâce à l'aide psychologique apportée à ces demandeurs (qui ne sont pas que d'emploi). À condition toutefois d'oser aborder avec eux la question des SPA, ce qui ne va pas encore de soi pour certains professionnels de l'accompagnement.

Certaines personnes au chômage ont également ou parallèlement recours à un(e) thérapeute, qui s'occupe du corps (yoga, danse, fitness, hip-hop, bio-énergie...), du comportement ou de la psyché (PNL, méditation, psychanalyse, psychothérapies diverses) de façon à calmer la souffrance, à retrouver l'énergie vitale, à tenter de donner un sens à ce qui leur est arrivé.

Max a fait plusieurs tentatives pour arrêter sa consommation. La première fois, en partant avec des amis « qui ne sont pas du tout dans ça » en balade dans les gorges du Tarn... – « J'en suis revenu nickel... tellement bien dans ma tête » –, avant de replonger. À l'âge de 25 ans, il s'est inscrit dans un centre d'addictologie qu'il a fréquenté pendant quatre années pour tenter de stopper l'héroïne (dont il consommait 3 grammes par jour). Le fait de « parler », d'« arrêter d'intérioriser » lui aurait fait du bien. En 2021, il décide d'y retourner parce que l'envie, le *craving* est revenu, qu'il ne parvient pas à arrêter seul avec du Subutex, et qu'il vaut mieux s'en faire prescrire au centre plutôt que d'acheter des fioles à 5 euros qui finissent par coûter cher. Mais c'est surtout la peur pour sa santé qui lui intime l'ordre d'arrêter, d'en sortir, de s'en sortir – « sinon, tu vas pas faire les 50 ans » –, les céphalées ne lui permettant même plus de réfléchir, un début de jaunisse finissant par l'alerter. Le retour chez ses parents depuis quatre ans semble également l'aider. Il aimerait rencontrer d'anciens « addicts » qui s'en sont sortis, une femme en particulier qui aurait un parcours semblable au sien « mais qui s'en est sortie définitivement », et puis avoir un rôle social en participant, par exemple, aux Restos du cœur, entamer une formation pour changer de secteur d'activité.

Le recours aux SPA ou à des conduites addictives sans substance s'inscrit dans le travail de santé¹⁵. Il s'agit là de recourir à *des ressources*, qui aident à soutenir les épreuves du travail, du

15. Ce que recouvre « le travail de santé » sera présenté au chapitre suivant.

chômage, de la vie personnelle. En ce sens, elles « soignent ». Mais ce sont aussi, avec l'intensification et la dérégulation des consommations (nécessité de consommer plus pour obtenir les effets recherchés ou du fait d'une amplification des épreuves), *des handicaps*, des freins lorsqu'elles conduisent à une vie sous emprise, à l'addiction.

Le travail de santé vise alors à s'en dégager (de la réduction des risques au sevrage). Ce travail ne peut se faire en se focalisant sur l'addiction-symptôme : il implique dans le même temps une transformation des milieux de vie et donc l'engagement dans des activités où se relier aux autres autrement que par la consommation de produits ou la conduite addictive. Dans cette perspective, la reconnaissance de l'expérience des usagers de produits et des stratégies déployées pour réguler conduites et consommations dans des contextes de vie et de travail peut ouvrir à des analyses plus systémiques et dynamiques. L'accès à l'emploi et l'engagement dans des activités investies sont ici des instruments essentiels de dégageement des addictions.

De manière plus générale, l'accès au travail soigne. Encore faut-il pouvoir trouver un travail compatible avec la fragilisation de la santé. Ici, l'accès au travail à mi-temps apparaît bien souvent comme le Graal ! Inatteignable, donc.

Lauriane, 43 ans, souffre depuis 2014 d'une affection de longue durée qui a fortement affecté sa vie professionnelle. Sur les conseils de la psychologue de Pôle emploi, elle a suivi une formation et obtenu le diplôme de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

« Travailler en association, c'est censé être plus facile qu'en libéral, sauf que moi je ne peux pas travailler à temps complet avec ma pathologie, j'ai des soins à l'hôpital... Visiblement, il n'y a aucune place pour du mi-temps, du temps partiel. Je n'ai aucune offre. C'est ahurissant. J'ai fait mon année d'études. J'ai tout donné. J'ai obtenu mon diplôme

brillamment. Il n'y a pas d'emploi. Enfin, il n'y a pas d'emploi à temps partiel. Le chômage et la santé, c'est compliqué. La santé et l'emploi en général, ça devient compliqué. Dès que l'on n'est plus dans les normes, c'est compliqué. Le fait d'avoir une RQTH est à double tranchant. Si on met ça sur le CV, il y a des boîtes qui ne répondent même pas. C'est censé aider, mais j'ai constaté que c'était discriminant. »

ACCÈS AUX DROITS, ÉPUISEMENT DES DROITS

Marie, 47 ans, est divorcée et vit seule avec son fils. Durant quinze ans, elle construit son parcours professionnel dans la communication interne en entreprise. Il sera très évolutif : elle commence comme attachée de presse, puis chargée de communication, et finalement occupera un poste de responsable de communication dans un grand groupe.

À la suite d'un licenciement en 2015, elle s'inscrit à Pôle emploi et décide de créer son entreprise de communication dans la presse et le multimédia, en bénéficiant de ses ARE (allocations de retour à l'emploi) pendant deux ans. Mais son associé disparaît subitement en 2018 : il repart à l'étranger. C'est à ce moment-là que survient l'arrêt de l'activité de son entreprise, accompagné d'un syndrome dépressif réactionnel. Elle devient bénéficiaire de l'ASS (allocation de solidarité spécifique, d'un montant journalier de 16,91 euros...). Elle ne retrouve pas de travail dans le secteur de la communication. En 2019, elle retravaille pour des raisons alimentaires comme serveuse : elle a un accident du travail, une chute. Puis comme vendeuse. Ce contrat sera interrompu par un diagnostic de cancer. Mais la durée de cette activité n'est pas suffisante pour lui permettre de recharger des droits à l'ARE, qu'elle a épuisés durant la création de son activité. Elle a épuisé aussi ses droits aux indemnités journalières (IJ) de la Sécurité sociale. Mais « par chance », dit-elle,

elle bénéficie de la gratuité des soins pour son ALD (affection de longue durée). Elle reste alors neuf mois sans aucun revenu : étant en arrêt maladie, elle ne touche plus son ASS.

La Sécurité sociale, en mai 2020, mobilise un rappel relatif à un reliquat de droits aux IJ datant de son activité salariée : elle a changé de statut en optant pour celui d'auto-entrepreneur afin de créer son entreprise. « Et quand on est auto-entrepreneur, la Sécu est complètement perdue. » Elle se réinscrit à Pôle emploi pour toucher au moins l'ASS (514,35 euros). Elle reçoit une pension alimentaire pour son fils (200 euros théoriquement, mais en réalité le montant est aléatoire car le père de l'enfant ajuste le versement aux résultats scolaires de l'enfant). Elle ne peut payer son loyer, accumule des dettes. Le bailleur bloque le versement de l'APL (aide personnalisée au logement) en ne lui communiquant pas les pièces justificatives. Manière délicate de faire pression, de la pousser à partir du fait de sa dette locative. Un jugement d'expulsion de son logement est rendu en mars 2020, avec une trêve jusqu'en mars 2021 au vu de son état. Elle vit dans la hantise de cette expulsion.

Elle n'est pas suivie par une assistante sociale de la CRAMIF (caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France) car elle n'est pas salariée. Une aide de son CCAS (centre communal d'action sociale) couvre les bons alimentaires et le paiement des factures d'énergie. L'assistant social de l'hôpital s'est occupé des indemnités de sécurité sociale impayées et a fini par demander une AAH (allocation adulte handicapé) en juin 2021. Elle lui a été refusée en janvier 2022. Une nouvelle demande pour obtenir une AAH temporaire d'insertion est en cours.

C'est un parcours difficile à suivre. À vrai dire, il nous aura fallu moult explications sur toutes les dispositions réglementaires, administratives, les droits et les conditions qui limitent les accès à ces droits, leur segmentation suivant les situations et les délais

de prise en compte des changements de situation, les trop-perçus du fait de ces délais, les demandes de remboursement alors que les droits potentiellement associés à la nouvelle situation ne sont pas encore ouverts... Marie, alors extrêmement fragilisée par l'irruption du cancer dans sa vie, a dû elle aussi aller à la pêche à ces informations essentielles, qui parfois lui ont été données trop tard.

À l'annonce du cancer, Marie décrit les difficultés rencontrées :

« On me met dans un protocole de soins mais jamais on ne me propose de m'aider à résoudre ces questions. On me balade entre le médecin traitant, l'hôpital, l'assistante sociale... Quand on est malade, on est désinscrit de Pôle emploi. Et donc on n'a plus d'indemnité chômage. Mais l'indemnité de la Sécu. Et quand on est auto-entrepreneur, la Sécu patine... Et quand on est malade, on est sans force. Comment aller chercher toutes ces informations ? »

Tout cela a fabriqué ce parcours de dégradation de la situation économique de Marie et ses difficultés d'accès aux droits. Comment peut-elle s'occuper de l'ensemble de ces démarches administratives complexes alors qu'elle a un traitement très lourd – opération du sein, deux ans de séances de chimiothérapie, de radiothérapie... – et qu'elle vit seule avec son fils de 16 ans ? C'est impossible, à la fois sur le plan temporel, sur le plan psychologique, sur le plan physique.

« Avec le cancer, on met tout entre parenthèses pour pouvoir se soigner. Face à la maladie, on n'a vraiment pas d'autre choix, il faut faire face à la maladie, on n'a pas d'autre choix que de "choisir" de se battre et de guérir. J'ai vécu une traversée de la maladie caractérisée par deux ans de traitement lourd où j'ai été dans un état de précarité extrême ! Les conséquences de la maladie sont une double peine : il y a l'aspect physique de la santé et des soins, très lourds à supporter ; et je m'enfonçais dans le chômage, la précarité financière, ne pouvant pas travailler, avec la menace de l'expulsion de mon logement. »

Comment faire face à un tel labyrinthe institutionnel !

SPST (service de prévention et de santé au travail) ; médecine du travail (chargée de la visite de pré-reprise après certains arrêts de travail, de l'aménagement du poste de travail, de l'inaptitude, du reclassement... mais il n'y a pas de médecine du travail pour les travailleurs indépendants, ni pour les demandeurs d'emploi) ; CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) ; IJSS (indemnités journalières versées au salarié en arrêt de travail pour maladie ; le montant et la durée de ces indemnisations en arrêt maladie dépendent du statut : privé, indépendant ou public... et demandeur d'emploi, « sous réserve que les conditions d'ouverture de droits aient été remplies ») ; Pôle emploi (en cas de problèmes de santé, accompagnement global, Parcours emploi santé, psychologue du travail de l'agence...) ; ARE (allocation d'aide au retour à l'emploi, ou allocations chômage : un revenu de remplacement versé par Pôle emploi aux demandeurs d'emploi « involontairement privés d'emploi » (*sic*), sous réserve de pouvoir justifier d'au moins 120 jours travaillés ; seules les périodes de chômage indemnisées comptent pour la retraite) ; ASS (allocation de solidarité spécifique, pour les demandeurs d'emploi ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage, soit 514 euros mensuels) ; RSA (revenu de solidarité active ; au chômage, le montant forfaitaire du RSA sera diminué du montant de l'allocation d'aide au retour à l'emploi-ARE) ; PUMA (protection universelle maladie, ex-CMU) ; CSS (complémentaire santé solidaire, qui remplace la CMU-C et l'ACS-aide au paiement d'une complémentaire santé) ; CRAMIF (volet « prévoyance », service social) et PDP (dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle) ; SAMETH (service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) ; médecin conseil de l'Assurance maladie (volet médical : arrêt de travail, reprise, consolidation, taux d'incapacité – ITP ou ITT –,

d'invalidité – 3 catégories) ; MDPH (maison départementale des personnes handicapées) ; RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) ; PCH (prestation de compensation du handicap) ; AAH (allocation adulte handicapé ; AAH et RSA ne sont pas cumulables : le montant du RSA sera réduit du montant de l'AAH ; même chose pour l'ARE : en fonction du montant d'ARE reçu, l'AAH sera réduite d'autant) ; AGEFIPH (Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ; AST (aide à l'adaptation des situations de travail des personnes handicapées) ; AETH (aide à l'emploi de travailleurs handicapés) ; FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) ; Cap emploi (accompagne vers et dans l'emploi les personnes handicapées et les employeurs, évalue la situation de handicap de la personne...) ; ORP (orientation professionnelle des personnes en situation de handicap) ; ESRP (établissements et services de réadaptation professionnelle) ; ESPO (établissements et services de pré-orientation)...

Quel mode d'emploi pour accéder à toute cette information, à cette multitude d'organismes, de dispositifs, de droits, de démarches ? Comment saisir la complexité des droits, leur complémentarité ou leur incompatibilité ? D'autant que de plus en plus de « guichets » sont remplacés par la dématérialisation. D'où des difficultés d'accès et d'appropriation des informations pertinentes, de mise en œuvre des démarches. La dématérialisation est un frein majeur d'accès aux droits pour une part importante des chômeurs, ce qui amplifie les inégalités sociales.

Une psychologue du travail de Pôle emploi raconte cette folle histoire : un demandeur d'emploi reçu en rendez-vous a perdu sa carte d'identité et son téléphone portable. Il a fait une tentative de suicide dans un canal de la région parisienne. Il doit refaire tous ses documents administratifs et notamment sa carte d'identité. Pour accéder à la procédure de pré-demande dématérialisée devenue

obligatoire, il doit passer par le site de l'ANTS¹⁶. Pour obtenir une réponse, il doit renseigner son adresse électronique... mais ne peut y accéder car il a oublié son code. Et, pour recevoir le code, il faut un téléphone... La psychologue décide alors de téléphoner à la mairie pour demander un rendez-vous sans passer par cette pré demande : « Il a vraiment fallu que je me mette en colère pour l'obtenir, qu'ils acceptent de le recevoir pour faire une demande de carte d'identité ! »

Du côté des institutions, les clivages entre la santé et le travail, entre l'emploi et le chômage, fabriquent des ruptures d'accompagnements socio-professionnels, des ruptures dans les accès aux droits, voire l'absence de droits. Ainsi, le droit au suivi médical des travailleurs n'existe pas : il s'arrête à la porte du salariat, ne concerne ni les indépendants ni les chômeurs. De la même façon, l'arrêt maladie relègue dans un hors-champ : associé à une suspension temporaire du contrat de travail, il suspend les accompagnements et conduit à une externalisation des démarches médico-sociales. Le cloisonnement des interventions entre ces institutions et des financements exclusifs entre eux, la multiplicité des acteurs fabriquent l'absence de recours aux droits¹⁷. Toutes les failles de ce dédale de dispositions se dévoilent. Alors oui, « quand la maladie s'invite, la précarité aussi », nous dit Marie. Difficultés dans le renseignement des dossiers de demandes (non-maîtrise de la langue française, analphabétisme, faible niveau d'études, non-maîtrise du langage administratif ou des aides et prestations

16. Agence nationale des titres sécurisés.

17. À propos du non-recours au RSA : en 2018, le taux de non-recours trimestriel moyen au RSA est ainsi estimé à 34 %, correspondant à 750 millions d'euros de RSA non versés par trimestre, sur le champ couvert. Un cinquième des éligibles au RSA seraient en situation de non-recours pérenne (trois trimestres consécutifs). Le non-recours au RSA est élevé chez les jeunes entre 25 et 29 ans (44 %) et parmi les diplômés du supérieur (54 %). C. Hannafi et coll., *Mesurer régulièrement le non-recours au RSA et à la prime d'activité*, dossier de la DREES, n° 92, 2022.

du champ du « handicap », y compris par des personnes ayant un certain niveau d'études), problèmes de compréhension des notifications reçues (là aussi, quel que soit le niveau d'études ou de maîtrise du français). Pourtant, dans la vie avec une maladie chronique invalidante, l'accès aux droits apaise. Il est essentiel !

« J'ai été amenée à rencontrer la psychologue de Pôle emploi parce que je ne peux plus continuer à pratiquer le métier que je faisais, professeur à domicile. Professeur à domicile, car ça me permettait d'avoir un volume d'heures réduit. Je ne pouvais pas travailler à plein temps parce que j'ai un souci de santé [sclérose en plaques]. Alors que je travaillais pas mal avec Acadomia, avec le confinement et du fait que ma santé s'est détériorée (je suis davantage fatiguée), je me suis retrouvée sans proposition de cours... et puis de toute façon je suis quand même fatiguée. Je me suis dit : qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je me lance dans la course pour rechercher des cours ? Est-ce que j'en profite un peu pour faire le point par rapport à ma santé ? Vous me voyez hésiter... parce que j'ai mauvaise conscience, je vais parler honnêtement : ça ne me manque pas de ne plus travailler. Depuis le confinement, ça fait une bonne année que je n'ai plus assuré de cours. Voilà, cela me va très bien. Je ne m'ennuie pas du tout. Je prends soin de ma santé. Je prends soin de moi. Je suis gâtée, parce que j'habite plutôt un bel endroit, je fais de la musique. J'ai souffert de travailler. Je suis très stressée. Je doute beaucoup de moi et maintenant c'est un soulagement. Mais j'ai en même temps une petite musique : oui... mais il faut bien assurer quelques revenus, donc... je perçois l'AAH, l'allocation adulte handicapé, et également l'Ass. C'est pour ça que je dis que j'ai de la chance, parce que je fais partie des cas qui peuvent cumuler les deux. Quand je dis que j'ai mauvaise conscience, elle est réelle » (Élisabeth, 54 ans).

La sclérose en plaques est une maladie qui survient le plus souvent lorsque la personne est jeune, et donc en âge de travailler. Les douleurs et une fatigue chronique sont handicapantes. Les traitements ne permettent pas de guérir de la sclérose en plaques ; ils préviennent les poussées et la progression dans les formes récurrentes. Mais le soupçon ou la culpabilité pèsent toujours car cette maladie est quasi invisible...

L'entrée dans un « dispositif » favorise l'accès aux droits. Par exemple, en cas de maladie chronique, le dispositif ALD, « affection de longue durée », permet que tous les soins soient remboursés à 100 %. Ainsi, Awa, 25 ans, ayant eu accès à la Garantie jeunes, a pu bénéficier de la CMU et d'une complémentaire santé (complémentaire solidaire) : « un vrai soulagement ». Elle finance ses séances chez un psychologue avec son allocation Garantie jeunes.

Toutefois, on observe nombre de ruptures des accompagnements avec le changement de statut, la sortie d'un dispositif n'étant pas nécessairement suivie par l'entrée dans un autre. Le salarié qui est en arrêt maladie dispose théoriquement des ressources de la CRAMIF, de la prévoyance, de la médecine du travail, du SAMETH... mais trop souvent l'anticipation des reconversions et licenciements n'est pas l'objet de propositions telles qu'un bilan de compétences ou une formation, alors qu'ils sont autorisés pendant la durée de l'arrêt. De même, lors du passage du statut de salarié à celui de demandeur d'emploi : l'accompagnement médico-social proposé par la CRAMIF aux salariés pour l'accès aux droits (pension d'invalidité, conseils relatifs aux maladies professionnelles ou accidents du travail...) est déterminant pour le niveau de revenus futurs ou pour la retraite. Il permet d'éviter la dégradation rapide de la situation sociale. Mais le demandeur d'emploi n'y a pas accès. Or le risque de désinsertion professionnelle se poursuit y compris durant le temps du chômage.

Les dossiers bloqués à dénouer sont pléthoriques. Linda, 58 ans, a travaillé vingt-neuf ans comme gardienne d'immeuble et agent d'entretien. Licenciée pour inaptitude, elle décide de tout quitter, son mari, son domicile ; c'est « un nouveau départ ». Avec ce licenciement, elle perd sa loge et plus rien ne la lie à son époux. Ayant subi depuis de longues années des violences conjugales et tromperies multiples, dont une dernière infidélité intrafamiliale, elle décide de partir. Elle se retrouve donc dans un département

qu'elle ne connaît pas, et dans une grande détresse sociale et psychologique. Elle a une indemnisation chômage qui peine à être calculée au taux plein car elle n'a pas réussi à récupérer toutes les attestations employeurs des particuliers chez qui elle travaillait. En regardant tous les documents qu'elle apporte pour leur entretien, la psychologue de Pôle emploi découvre un document d'acceptation de pension d'invalidité. Linda ne sait pas « exactement à quoi ça correspond » et surtout elle ne perçoit aucune pension. Elle accepte que la psychologue se connecte avec elle sur son espace Ameli. Une demande de rendez-vous est réalisée. Linda téléphone une semaine après : le versement de sa pension d'invalidité a été débloqué, les paiements en retard lui seront versés.

Odile a 58 ans. Non inscrite à Pôle emploi car en arrêt maladie, elle est néanmoins orientée par la MDPH vers la psychologue de Pôle emploi pour réaliser un bilan cognitif et définir une orientation dans le cadre d'un reclassement professionnel. Odile se présente très essoufflée lors du rendez-vous. Elle évoque une maladie auto-immune avec douleur aux articulations. Elle ajoute que son médecin renouvelle son ordonnance mais ne s'inquiète pas outre-mesure. Elle est en revanche très inquiète mais pour une autre raison : elle a eu un rendez-vous avec le médecin de la Sécurité sociale qui lui aurait dit que ses droits seraient épuisés : « je ne vais plus avoir droit à rien ». Au bout de deux ans d'arrêt, le médecin de la Sécurité sociale fait la consolidation et ne s'occupe plus des suites. D'où l'épuisement des droits en cas de maladie longue durée. À compter de cette semaine, Odile n'aura donc plus rien pour vivre. Elle dit n'avoir eu aucune autre information pour la suite, si ce n'est de « voir avec Pôle emploi ». Où justement elle ne peut être inscrite car en arrêt maladie ! Elle fait un malaise dans l'agence : appel aux pompiers, direction les urgences. Elle est hospitalisée en cardiologie. La psychologue essaie de contacter sans succès la CRAMIF, la Sécurité sociale. Elle contacte aussi la

MDPH pour demander une AAH d'urgence : la réponse est : « Voyez avec l'assistante sociale de l'hôpital. »

Le demandeur d'emploi qui a des problèmes de santé compliquant sa recherche d'emploi peut être orienté vers une prestation externalisée dite « Parcours emploi santé », qui dure six mois. Il aura aussi à opter pour le « bon » dispositif, ce qui n'est pas simple... Cela suppose de disposer des informations nécessaires. Par exemple, un arrêt maladie pendant le temps du chômage induit un passage en catégorie 4 (aujourd'hui catégorie D) à Pôle emploi : désinscrits, les demandeurs d'emploi doivent se réinscrire à l'issue de l'arrêt maladie. Le passage des indemnités chômage aux indemnités journalières de la Sécurité sociale se traduit de la façon suivante : le montant de l'indemnité journalière perçue est égal à 50 % du salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois précédant l'arrêt de travail (douze mois en cas d'activité saisonnière). Vous suivez ? Vous percevez la différence ?

Le fonctionnement en silo des différentes institutions favorise, au mieux, l'orientation des uns vers les autres ; mais il signifie surtout la disparition des partenariats : les conventions de répartition des publics ne sont pas des partenariats. Les freins à la coopération sont nombreux : les médecins de la sécurité sociale n'évaluent pas sur les mêmes critères que les médecins de la MDPH (les grilles d'évaluation diffèrent). La mise en avant du secret médical empêche la transmission d'informations. Les différents services étant débordés, l'orientation « ailleurs » allège la charge de travail... Ce qui a des effets délétères sur l'efficacité des accompagnements des personnes en difficulté. Une convention nationale a été signée entre Pôle emploi et l'Assurance maladie en 2020, « afin de renforcer les collaborations locales déjà existantes, co-construire une stratégie au niveau national pour lutter contre le renoncement aux soins et lever les freins au retour à l'emploi

« dus à une santé dégradée ». Mais quelles sont les dispositions prises, connues, mises en œuvre dans les agences pour renforcer les axes de collaboration entre ces deux institutions ? Partenariat veut dire travailler ensemble, mutualiser les expertises. Ainsi, dans un département, la MDPH a mis en place des équipes pluridisciplinaires réunissant les acteurs intervenant sur la question du handicap : ils étudient ensemble les demandes des personnes le matin et les reçoivent l'après-midi, à deux voire trois partenaires selon le type de demande. Un débriefing croisé sur les situations examinées permet décisions et préconisations dans des délais à la mesure de la gravité des situations.

La segmentation institutionnelle fabrique un autre problème majeur : les indus à rembourser.

Pierric, 50 ans, a toujours travaillé dans la peinture en bâtiment, il a même eu sa propre entreprise. Il souffre, dit-il, de « troubles mentaux avec hallucinations, de dépressions avec idées noires » et exprime « une impression d'acharnement ».

« J'ai 150 euros de pension alimentaire que je ne peux pas donner puisque je touche 300 euros de chômage. Je suis à l'ASS, mais je ne reçois que 300 euros parce que j'ai un prélèvement obligatoire de 230 euros, et ce pendant dix mois. Un trop-perçu que je dois à Pôle emploi. Là, je ne peux plus payer mon loyer et je suis expulsé normalement le 1^{er} avril. Pour chercher du travail, c'est compliqué aussi : j'ai le permis mais ce n'est pas facile de payer une voiture, les assurances, l'essence... Les problèmes d'indus ne sont pas de mon fait mais ils viennent s'ajouter à mes problèmes déjà existants. J'ai éprouvé un sentiment d'injustice. J'ai dû emprunter à un ami pour rembourser quand j'ai été mis en demeure de rembourser. C'est beaucoup d'énergie dépensée, c'est lourd à gérer. Si jamais c'était arrivé pendant ma dépression ou mes hallucinations... »

Les plus démunis dans ce parcours du combattant sont sans doute ceux qui disposent le moins de ressources sur lesquelles s'appuyer. C'est notamment le cas de certains exilés.

Kenda, 30 ans, a fait essentiellement de l'intérim, il se trouve sans emploi (plus de missions à lui confier). Il est en célibat contraint, sans enfant, sans domicile fixe, avec un léger retard mental, de l'illettrisme, une tuberculose, des troubles du sommeil, des maux de tête, des angoisses. « Je n'ai jamais été à l'école. Depuis que je suis né, j'étais à l'étranger jusqu'à l'école coranique. J'ai grandi, j'ai appris un métier manuel, la menuiserie. » Il a participé à l'activité agricole familiale en Mauritanie. Arrivé en France en 2011, il a suivi de nombreuses formations de remise à niveau, pas toujours menées à leur terme car il s'y sent en difficulté. Il a occupé exclusivement des emplois précaires de courte durée, des emplois aidés et a participé à un chantier d'insertion dans le nettoyage : agent d'entretien, ripeur... Son accès à l'emploi est freiné par son illettrisme : les emplois proposés sont très précaires, les consignes doivent être simples et l'activité « toujours la même ». Sur le plan de la santé, il évoque une tuberculose traitée mais aussi une très grande fatigue :

« La fatigue, c'est parce que je n'arrive pas à trouver un emploi, ma tête explose, ça m'empêche de dormir toute la nuit. Le médecin me donne des dolipranes pour les maux de tête et la fatigue, pour soulager. Si demain je trouve un poste de travail, ce sera mieux. Rien ne m'apaise. J'ai ma fiancée en Mauritanie depuis cinq-six ans, elle comprend... mais bon. J'ai 30 ans, il me faut un travail, je ne peux pas rester tout le temps comme ça. »

Un cercle vicieux immobilisant (au mieux), dégradant sans doute : illettrisme, difficultés en formation, accès à des emplois précaires, maintien en emploi difficile, pas de logement fixe, relation de couple impossible, projets, activités et voyages empêchés par le manque d'argent. Cela génère sentiment d'impuissance, isolement, troubles du sommeil, angoisses, maux de tête. Tout cela sans accompagnement.

6

Le travail de santé

Le travail de santé recouvre tout ce que nous faisons pour préserver, développer notre santé et ce dans toutes nos activités, nos manières de faire, de nous engager avec les autres, de faire usage de nous-mêmes dans nos différents milieux de vie. En effet, la santé, plus qu'un « état », est l'objet d'une construction et ce tout au long de la vie. « Se sentir moins bien » s'éprouve d'abord comme un empêchement ou un ralentissement de nos activités, aussi bien physique que psychique. Ainsi, une « petite santé » est souvent perçue, vécue comme fatigue, lassitude, pénibilité de certains gestes ; ce qui oblige à se ménager, à restreindre ou ralentir son activité. Inversement, la pleine santé est dynamique, propulsive, une sorte d'élan, le contraire finalement d'un état à préserver. La santé permet à chacun non seulement un libre exercice de ses capacités, mais un accroissement et une diversification de ses potentialités et actions, une multiplication de ses expériences et de ses découvertes, une adaptation à une diversité de situations. Autrement dit, de vivre non seulement bien mais mieux.

Cette perspective permet de se dégager des conceptions biomédicales de la santé et surtout de leurs déclinaisons hygiénistes

ou édéniques. Les informations et conseils donnés peuvent bien sûr contribuer à la réflexion sur le sens, les causes des troubles de la santé, de la maladie, sur les diverses modalités de traitement. Mais la dépendance, l'attente de prise en charge par un expert dessaisissent la personne de la prise en main de sa propre santé. Et c'est bien cette prise en main qui ouvre au travail de santé. Cette perspective permet ainsi de reconnaître la contribution active individuelle, mais aussi collective, à l'entretien et au développement de notre santé.

Avec les recommandations hygiénistes, la vie s'efface : elle serait à consommer avec modération, toujours soucieuse de ce qui la menace, en quête des bonnes manières de « s'entretenir » par la voie de multiples programmes de détection des prédispositions et des agents pathogènes. Il s'agit là de suivre les recommandations d'experts qui savent ce qui est bon pour la santé de tous : manger mieux, bouger plus, respecter des horaires de repas, de sommeil, éviter l'alcool, le tabac et autres produits toxiques, méditer, rire... Les programmes à suivre se multiplient, et on cherche désespérément dans ces programmes la place faite au travail¹... Chacun essaie au mieux et suivant ses possibilités, de reprendre la main sur les épreuves d'une fragilisation de la santé. Chacun est à même de faire appel à son propre jugement quand il en va de sa santé et sa « mesure » tient d'abord à ce qu'il éprouve, aux informations issues de la corporéité, de l'inscription de ce corps dans un environnement et des possibilités de transformation de celui-ci. La santé est bien une norme subjective dépendante du milieu dans lequel on vit : « L'homme ne se sent en bonne santé – qui est la santé – que lorsqu'il se sent plus que normal – c'est-à-dire adapté

1. Dans un service de santé au travail d'une grande entreprise publique, une affiche porte le titre : « Prévenir les accidents du travail ». Suit une liste de recommandations : « manger cinq fruits et légumes par jour, prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur, faire trois repas équilibrés par jour, me relaxer avant de me coucher... »

aux milieux et à ses exigences – mais normatif, capable de suivre de nouvelles normes de vie². »

La vie ne relève d'aucun modèle, on le voit parfaitement à travers la diversité des histoires déployées dans cet ouvrage. Même si des modélisations sociales tendent à imposer des normes, des prescriptions de rôles, de conduites, en termes de productivité, de sociabilité, de rythme, d'adaptation. Dans les normes sociales qui définissent le normal et le pathologique, la santé et la maladie, l'être humain garde l'initiative de son point de vue et s'affranchit, pour une part, des normes existantes, y compris des normes de travail. Sans doute parce que la vie est plus grande que les diverses segmentations qui fondent les attendus et prescriptions sociales en différents domaines. Nous ne sommes jamais seulement des « travailleurs ». Et nous avons à composer avec d'autres attendus, d'autres exigences, dans d'autres domaines de vie : familial, parental, conjugal, syndical, associatif, de voisinage, amical... La construction de compromis, d'arbitrages, de nouvelles règles visant à composer avec l'ensemble de ces domaines, est fondamentalement au cœur du travail de santé.

CONSTRUIRE SA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

On l'a compris, ce travail de santé se situe, pour l'essentiel, au-delà du champ médical. La construction de la santé tout au long de la vie (la santé comme normativité, c'est-à-dire capacité à construire de nouvelles normes de vie) doit être redéfinie dans une perspective globale, intégrant les différentes sphères de vie (au travail et hors travail), mais aussi les tensions, conflits externes et internes au sujet, et encore les projets de vie qui tentent de s'élaborer au fil des parcours de vie. Au cœur de ces processus, se

2. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, 2013.

déploient, dans l'activité même et dans les projections temporelles, des arbitrages, des compromis, des arrangements entre objectifs contradictoires. Car les dilemmes sont toujours au rendez-vous. Ils tiennent aux tensions concernant à la fois des exigences opposées entre les différents domaines d'activité et dans chacun d'eux.

Ainsi, comment tenir de front vie professionnelle et souci, soin de soi ? Comment arbitrer entre la nécessité de se préserver et la nécessité de préserver sa situation de travail ? Comment rendre compatibles les exigences du travail-emploi avec celles relatives au travail de santé réalisé dans les différentes sphères de vie ? Comment ne pas se faire absorber par son travail et, du même coup, manquer à l'appel dans la vie familiale ? Ou inversement, comme ne pas se laisser enfermer dans l'espace domestique ou envahir par les attentes familiales pour accéder à d'autres mondes, d'autres relations et activités partagées ? L'arrêt maladie, les temps partiels, l'intermittence (CDD, intérim, travail saisonnier), les sorties du monde du travail précoces sont des modes de régulation temporaire des contradictions entre ces différents genres d'activités ; comment les réguler autrement ? Une part essentielle du travail de santé recouvre ces régulations alternatives aux différentes formes de retrait permettant de suspendre les dilemmes.

Ce « travail de santé » comporte des activités de soin de soi au double sens du *cure* et du *care*, mais aussi des activités d'arbitrage entre exigences contradictoires, de construction des ressources internes et externes compensant les contraintes et difficultés rencontrées, des autoprescriptions réglant le mode de vie, la réorganisation des actes exigés par les prescriptions (professionnelles, sociales, parfois médicales) – afin de les ajuster aux contraintes des différentes sphères de vie comme aux désirs et aspirations personnels –, la réorganisation des tâches professionnelles, l'invention de nouvelles manières de faire pour construire des compromis entre exigences des milieux de vie et exigences de santé.

TRAVAIL DE SANTÉ EN EMPLOI

Fanny, 29 ans, a obtenu un CAP ; elle a donné naissance à sa fille, qu'elle élève seule, puis est entrée dans le monde du travail : deux ans comme ASH (agent de service hospitalier) dans deux hôpitaux (des CDD), huit mois de chômage, puis femme de chambre, employée dans une société de nettoyage pour des prestations hôtelières. Le CDI qu'elle a obtenu répond à ses attentes de sortie de la précarité, mais elle ne tiendra qu'un an et demi. Licenciée pour inaptitude, elle est aujourd'hui au chômage. Elle compare les ressources sur lesquelles elle pouvait compter dans son travail à l'hôpital et dans son activité de ménage en hôtel, pour réaliser un travail de santé tricoté avec ses activités professionnelles.

« Quand j'étais femme de chambre, on commençait à 9 heures. L'heure de fin était très aléatoire. Il fallait avoir terminé, donc parfois on dépassait. Des heures pas payées. Elles devaient être récupérées mais c'était très compliqué avec une petite équipe. J'ai pris ce boulot car je n'avais pas le choix, mais je ne le referais pas. Au quotidien, tu es tendue, stressée. Psychologiquement et mentalement, il faut tenir. La pression vient de l'équipe, il n'y avait pas de solidarité. Quand j'étais ASH, il y avait de la pression mais il y avait quand même une équipe. Quand quelqu'un n'allait pas, l'autre venait. Alors que dans le privé, pas du tout. Je suis une bosseuse mais j'ai besoin de respect et de travail en équipe. Le monde du nettoyage est fait comme ça : on n'est pas suffisamment pour s'entraider et avoir le temps de tout faire. C'est très mal reconnu, très mal payé. »

Mal payée, des horaires de travail élastiques, une forte pénibilité du travail... et un accident du travail : « J'étais dans une chambre ; j'allais ramasser le linge. En me relevant et en prenant le linge, ça a craqué. » Elle est blessée aux cervicales : « Le médecin du travail m'a dit : "C'est plus possible de continuer ça pour vous. Il faut faire une reconversion." »

Son licenciement a été finalement un soulagement. Mais aujourd'hui, au chômage, Fanny est coincée : ses difficultés financières la conduisent à rejoindre, avec sa fille, son compagnon qui vit en zone rurale et travaille de nuit. Sans permis, elle ne peut s'engager dans la formation qui lui permettrait une reconversion, ni accéder à des services de santé dont elle aurait bien besoin au vu de ses symptômes dépressifs (perte d'élan vital, asthénie, troubles du sommeil, de l'alimentation, prise de poids, tristesse, hypersensibilité, repli sur soi et isolement). Elle reste confinée chez elle, silencieuse pour ne pas troubler le sommeil de son compagnon en journée, et dresse la liste de tout ce qu'elle a perdu : perte de ses revenus, de son indépendance, de ses relations sociales, de ses activités extraprofessionnelles, de l'estime de soi, de son élan vital. Le travail de santé au chômage, qui pourrait lui permettre de restaurer sa santé fragilisée, est, dans ces conditions, suspendu, empêché, en défaut majeur de ressources accessibles : « C'est fatigant de vivre comme ça. Ce n'est pas moi, ce n'est pas ma vie. Entre la personne qui travaillait en ville et celle qui ne fait rien ici... Ce sont deux personnes. Je ne me retrouve plus. J'ai l'impression d'être un oiseau en cage. »

La prévention de la fragilisation de la santé dans l'activité professionnelle n'est possible que si existent, ou peuvent être fabriquées, des marges de manœuvre suffisantes pour la singularisation des manières de faire au travail et des formes d'équilibre entre les différents domaines de vie. La fabrique de ces marges (ajustement du geste, du rythme, des temps, entraide, transmission de savoir-faire...) suppose la coopération avec les autres.

Le travail de santé cherche à se déployer dans les milieux professionnels. Il oriente, transforme les activités professionnelles : réaménagement des rythmes et des horaires de travail, évitement des tâches les plus éprouvantes physiquement et/ou psychiquement, construction de stratégies de compensation de la

fluctuation des capacités productives, réévaluation des urgences et des priorités, réduction de l'exposition aux risques pour soi et pour autrui, composition avec le jugement des autres, notamment quand pèse la suspicion (a-t-il/elle vraiment des soucis de santé ?). Ce travail de santé sollicite à la fois un travail sur soi et sur ses milieux de vie. C'est pourquoi la santé n'est pas réductible à une affaire privée, personnelle. Elle est bien le produit de ce travail de santé, un travail qui convoque autrui. Quand autrui se dérobe, l'usure gagne et les processus d'exclusion se mettent en marche. L'activité de dissimulation et de gestion solitaire de ce travail de santé est source d'usure, d'épuisement, de précarisation de la santé somato-psychique et d'isolement. Ce qui est toujours manifeste dans toutes les histoires explorées ici.

L'expérience de la vie avec une santé fragilisée n'est pas que synonyme de perte(s). Elle n'est pas que dépendance, vie à l'économie, et consommation de soins. Une santé fragilisée s'accompagne certes souvent, comme on l'a vu précédemment, d'altérations fonctionnelles, de fatigabilité, d'insécurité, de conscience de la fragilité, de labilité des états physiques et psychiques, de réduction du champ des possibles, de ralentissement du rythme de vie, de changement du regard des autres voire de mise à distance... Mais l'éprouvé de limitations, de troubles divers, sollicite aussi la réflexivité, une introspection, qui permettent de réaliser les deuils faits ou à faire et les bénéfiques potentiels de cette métamorphose de soi et de sa vie. Car l'expérience de la vulnérabilité est source de transformations existentielles et de développement de nouvelles compétences acquises dans l'entretien et le souci de soi... et des autres. Quelle que soit l'origine de cette fragilisation (grossesse, règles douloureuses, vieillissement, maladies, usure prématurée au travail, accident, harcèlement, placardisation ou licenciement, handicap, deuil, séparation, exil...), elle sollicite le développement de stratégies de régulation et de compensation des difficultés, des

savoir-faire de prudence, des réévaluations des priorités, valeurs et manières de faire, pour construire des compromis entre exigences du milieu et exigences de santé. Ces stratégies et arbitrages ont une visée à la fois adaptative et développementale : ils visent la prévention de la précarisation sanitaire et sociale (dégradation de l'état de santé, perte de « l'employabilité ») et le développement du pouvoir d'agir du sujet sur lui-même et sur son environnement. Encore faut-il le pouvoir les construire...

Un tel pouvoir d'agir semble de plus en plus difficile si on en juge par la fréquence des situations de dégradation des conditions et du sens du travail.

Ainsi, Thomas, 41 ans, postier pendant dix-huit ans, a vu progressivement une intensification du travail qui a dégradé tout à la fois la qualité du service et sa santé.

« [À la Poste,] j'ai eu très vite une tournée à moi, j'avais ma zone avec les usagers, maintenant ils appellent ça des clients, je déteste ce terme ; les usagers que je servais, j'ai appris à les connaître, à les aimer, à leur rendre service et à avoir de la chaleur humaine par leur biais. Du coup les contraintes négatives étaient contrebalancées par le sens que j'avais trouvé dans mon métier. J'ai commencé ma tournée avec 460 points de distribution au bout de six ans je suis arrivé à presque 700 points de distribution ; on avait plus de boulot, de moins en moins de considération et de moins en moins de sens. Je presentais en mon for intérieur qu'arriverait un moment où je ne pourrais plus supporter ça. On dit souvent qu'on a mal au dos quand on en a plein le dos et pour le coup, effectivement, oui ! Quand j'étais extrêmement stressé au travail, ça loupait pas. J'ai un disque mort. J'ai fini par partir. »

À quelles conditions le travail est-il vivable si l'on considère que c'est aussi au travail que se développe la santé ?

Dans la sphère professionnelle, les contradictions sont nombreuses : non seulement du fait des conflits externes (conflits de prescriptions, de normes ou de valeurs), mais aussi de conflits internes liés à des objectifs, aspirations, désirs contradictoires. La

double face du travail est au cœur de l'ambivalence à son égard : le travail menace une santé déjà fragilisée et en même temps il est un instrument de lutte contre cette fragilisation. Pour le dire autrement, le travail « rend malade » et « soigne » à la fois. Aussi, s'y maintenir est source de difficultés majeures, mais s'en extraire (arrêt maladie) est synonyme de perte des autres et des étayages qui aident à affronter l'épreuve d'une santé altérée. On peut retrouver les mêmes tensions internes dans l'activité de formation : fatigue, contraintes, en même temps que développement de soi et projection dans l'avenir. La formation est mise au service de l'entretien de l'élan vital : elle est une forme de résistance à la précarité de la vie et à l'incertitude qui pèse sur l'avenir. Cette précarité de la vie renforce le niveau d'exigence à l'égard de celle-ci : il s'agit bien de ne plus perdre sa vie à la gagner et de s'accorder le droit de construire une vie professionnelle et personnelle plus en accord avec ses aspirations et valeurs.

À ces dilemmes s'ajoutent des tensions entre activités domestiques et activités de santé. La sphère familiale est sans doute la plus genrée de toutes et ce sont le plus souvent les femmes qui sont confrontées à ces questions : comment assurer l'exigence du maintien des activités auprès des enfants quand se conjuguent épuisement et angoisse ? La dégradation de l'état de santé des femmes, mais aussi des hommes, peut déstabiliser la répartition des rôles dans la sphère domestique et familiale : quand celle qui assurait l'ensemble des activités domestiques fait défaut, les tensions peuvent aller jusqu'à la rupture. Et quand celui qui assurait les revenus de la famille se trouve relégué dans l'espace domestique lors des arrêts de travail, il n'apparaît plus à « sa place ». Nous avons déjà abordé ces questions dans le chapitre concernant les comparaisons hommes-femmes.

Lors des arrêts maladie, bien des dilemmes se présentent aussi : comment conjuguer le désir de retrouver son métier, de renouer

des contacts, et la peur de reprendre le travail ? Peur également de différer la reprise du travail et de s'installer dans la « maladie », d'en faire un « refuge » qui isole et enferme. Désir de retrouver son poste et les stimulants de la vie professionnelle, tout en étant moins efficace, moins performant, dans l'obligation de demander de l'aide aux collègues et en se sentant coupable de leur donner une charge de travail supplémentaire. Comment choisir entre la sécurité du salariat, mais qui impose aussi des contraintes difficilement compatibles avec la préservation de marges de manœuvre nécessaires aux aménagements informels qui permettent de protéger sa santé, et l'insécurité du travail indépendant, qui donne néanmoins accès à une certaine liberté dans l'organisation de son propre travail ? Faut-il demander des aménagements de poste et d'horaires de travail pour se protéger, au risque de se voir confier des tâches de peu d'intérêt, de se voir mis à l'écart des opportunités professionnelles, voire de se retrouver dans un « placard » ? Comment savoir ce qu'on peut faire, ce qu'il faut éviter de faire, les manières de faire alternatives les plus efficaces, efficaces et économiques en énergie et efforts à la fois ? Avec qui échanger sur toutes ces questions ?

Clémentine, fonctionnaire dans une collectivité territoriale, est en arrêt de travail depuis plus de deux ans. Sa voix dit toutes les épreuves d'une vie fragilisée³. Pleine d'émotions réfléchies, elle nous saisit :

« La poche de souffrance est encore là, deux ans après. Et pourtant, Dieu sait que je me fais accompagner, que je travaille sur moi. Dès que j'ai commencé à mettre par écrit mon histoire, les larmes sont sorties. C'est décapant de traverser ça, très fragilisant. Et en même temps, je me dis : si enfin ça peut commencer à sortir... il y a peut-être un chemin vers la guérison... Dans cette équipe, je me suis tout de suite sentie bien.

3. N. Fagoo, A. Desury, *Santé mentale et travail : d'un coup, le silence*, 2021, YouTube, [youtube.com/watch?v=obwq15y08v0](https://www.youtube.com/watch?v=obwq15y08v0)

J'avais la chance d'avoir un travail qui avait du sens. Mais la charge de travail était énorme... J'avais bien conscience que je me détruisais. Un matin, mon corps n'a pas pu suivre. Le corps ne peut plus... C'est compliqué de rester en contact avec les collègues alors que j'ai quitté le navire. J'ai honte d'être aussi mal. Pendant la première année de mon arrêt, je n'avais qu'un objectif en tête : reprendre ce travail tellement j'y tenais. Là, au bout de deux ans, je sais que je ne peux plus reprendre ce travail. Le rythme, la pression sont ingérables pour moi par rapport à mes résistances. Et là, depuis quelque temps, j'en suis arrivée à penser que je ne veux plus. Je ne veux plus m'infliger ça. La réponse des RH c'est "on n'entame pas de réflexion avec les personnes en arrêt tant qu'elles ne sont pas aptes à reprendre le travail". Je trouve ça navrant. C'est contre-productif. Si un poste m'avait été proposé, peut-être que ça aurait fait jaillir des forces vives, des forces neuves... Vous me donnez l'occasion d'une parole au milieu du silence de l'arrêt. Donner la voix aux sans voix. Parce que forcément, l'isolement, l'exclusion font qu'on devient une personne silencieuse. »

Globalement, comment tenir ensemble préservation de soi et développement de soi ? Comment concilier l'engagement de soi dans une activité où s'éprouvent du plaisir, voire de la passion, et des formes d'économie dans l'usage de soi au travail ? Cette contradiction n'est pas propre à l'expérience de la vie avec la maladie. De nombreuses études montrent déjà que des activités éprouvantes pour la santé peuvent être aussi source de santé, que la quête de réalisation de soi peut s'effectuer au mépris du corps ou que les satisfactions tirées d'un « travail bien fait » peuvent contrecarrer la reconnaissance des limites, l'attention aux signaux de leur dépassement. L'attachement à la qualité du travail peut s'avérer un piège quand, pour préserver sa santé psychique, on met en danger sa santé somatique. Certes, il n'y a « pas de bien-être sans bien-faire » ; mais quand les conditions qui permettent ce « bien-faire » s'érodent, l'épuisement guette et la santé se dégrade. Nous l'avons vu notamment dans toutes les histoires de burn out, de plus en plus nombreuses.

Le développement du présentéisme, voire du surprésentéisme⁴, témoigne de ces euphémisations des problèmes de santé, une santé sacrifiée à l'autel de la qualité du travail ou de la préservation de son emploi. Nous l'avons souligné à propos des histoires de santé sacrifiée ou de précarité chronique. Le « tenir malgré tout » s'accompagne bien souvent du recours à la consommation de substances psychoactives (SPA-alcool, drogues, médicaments...). Formes de dopage en somme⁵...

Fabien, qui travaille dans le secteur du BTP, évoque cette tradition de la consommation collective d'alcool sur les chantiers :

« C'est pas que c'est un non-dit, mais c'est comme une sorte de coutume ou d'éducation qui est ancrée depuis des générations et des générations. Mon père évolue dans le bâtiment, il connaît ça aussi. Je pense qu'on n'est jamais obligé, mais quand tu dois te lever à 3 ou 4 heures du matin parce que tu habites dans le 94 et qu'il faut absolument que tu prennes le premier RER pour arriver sur Paris, et reprendre un train parce que ton chantier est en proche banlieue ; que tu démarres à 7 heures et demie, à toute période de l'année et même quand il fait super froid, que tu sais que toute la journée il va faire zéro degré, que tu vas te prendre de la pluie, de la grêle... Ça aide aussi de boire un coup ensemble, ça aide à tenir la fatigue, le froid... et la peur aussi, parce que des fois, on n'en mène pas large quand on travaille en hauteur. »

On retrouve là cette fonction classique de la consommation d'alcool : combattre la pénibilité du travail, prévenir la peur qui fait perdre à la fois ses moyens et sa place parmi ses collègues.

L'ennui ou l'angoisse devant l'incertitude peuvent aussi être « soignés » par la consommation de SPA.

4. Le surprésentéisme désigne le comportement du travailleur qui, malgré des problèmes de santé physique ou psychologique nécessitant de s'absenter du travail, persiste à s'y présenter. D. Monneuse, *Le surprésentéisme : travailler malgré la maladie*, Paris, De Boeck Supérieur, 1991.

5. R. Crespin, D. Lhuillier, G. Lutz (sous la direction de), *Se doper pour travailler*, Toulouse, érès, 2017.

Xavier, 40 ans, bac technique, agent de fabrication chez un constructeur automobile, est au chômage depuis deux ans par suite d'un licenciement pour motif économique. Il a commencé à fumer du cannabis au travail à l'âge de 19 ans pour rechercher « l'effet planant » qui contrebalançait la pénibilité de son activité. Cette consommation s'est doublée d'une prise d'alcool quotidienne : il travaille de nuit, chacun amène son repas, accompagné d'alcool partagé avec les collègues. Un temps de décompression, un vecteur de lien dans l'équipe. Ces SPA ont rendu les choses « moins monotones au travail... moins dures. C'était répétitif quand même, je n'y allais pas non plus par plaisir, j'y allais parce que c'était un emploi... c'était pas inintéressant... mais bon c'était toujours pareil. Je ne vais pas dire que ça me plaisait d'y aller... » Les périodes fréquentes de fermeture imposées par l'entreprise en réduction d'activité – cinq mois de travail, puis cinq mois à la maison, à plusieurs reprises – ont sans doute conforté sa consommation actuelle de cannabis (deux ou trois pétards par jour) et d'alcool (deux à quatre whiskys quotidiens), ce qui l'empêche de penser à l'avenir plein d'incertitudes et/ou produit ce qu'il appelle « un effet imaginaire ».

Ces usages de produits permettent de soutenir les efforts exigés, de masquer les difficultés, d'anesthésier les éprouvés associés, de stimuler l'énergie quand l'épuisement guette, de calmer la douleur qui empêche certains gestes, de mettre en scène une image de soi conforme, une image qui prévienne les risques de détection des « manquements » aux exigences attendues. Les usages de SPA peuvent être des moyens de réaliser un travail de santé, aussi paradoxal que cela puisse paraître : ils permettent de mieux endurer la pénibilité du travail, de compenser le défaut de marges de manœuvre nécessaires à la régulation des contraintes de travail, de pallier la carence des ressources collectives qui servent à l'organisation du travail. Mais ce faisant, ils servent à se masquer et à

masquer aux yeux des autres les limites éprouvées face à un travail qui n'est pas, n'est plus soutenable.

Aussi, il ne s'agit pas tant de changer de travail quand des difficultés sont éprouvées que de changer le travail : reconstruire les conditions qui vont permettre un travail de santé, individuel et collectif. Et ce, non pas seulement pour ceux qui vivent avec une santé altérée, mais pour tous.

Les pathologies du travail révèlent un empêchement du travail de santé en emploi qui va croissant avec l'intensification du travail⁶. Les analyses ergonomiques du travail en emploi montrent que l'empêchement de la singularisation du geste professionnel fabrique un geste « nécrosé » portant atteinte à la santé⁷ car le travail de santé est une dimension du geste professionnel au même titre que les savoir-faire de production.

Plus souvent, c'est vers 40-55 ans, ce moment médian de la vie, que les signes de fragilisation de la santé émergent⁸. 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, de transformation de situations professionnelles ou, quand ils sont déniés, à des formes d'aggravation qui risquent d'amener à une rupture dans la vie professionnelle, comme nous l'avons vu. Comment alors prévenir la répétition des processus qui mènent tout à la

6. P. Davezies, « Intensification, danger : le travail rétréci », *Santé et travail*, n° 57, 2007, p. 30-33.

7. F. Guérin, A. Laville, F. Daniellou, J. Duraffourg, A. Kerguelen, *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, Lyon, ANACT, 1997 ; F. Hubault, « L'approche ergonomique des questions santé/travail », *Mouvements*, n° 58, 2009, p. 97-102.

8. D. Lhuillier, « La privation d'emploi dégrade la santé », *La santé en action*, n° 463 ; *Prévention et promotion de la santé des 40-55 ans*, Santé publique France, 2023 p. 20-23.

Et aussi, cette excellente série de podcasts d'Elsa Fayner et Sara Monimart, *Travail au corps : comment santé et travail rebondissent au cours d'une carrière ?*, sur YouTube.

fois à la dégradation de la santé et à la porte de Pôle emploi ? Éprouver la dimension temporelle de son existence à travers des indices de fragilisation à la fois somatiques et psychiques sollicite une attention plus grande portée à la construction de compromis entre exigences de santé et exigences professionnelles. Cette prise de conscience de l'usure du corps, du vieillissement, des effets de formes de pénibilité du travail n'a cependant pas de destin univoque. Tout dépend des possibilités réelles et perçues de prendre soin de sa santé au travail/hors travail. 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 par 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.

Les jeunes, et notamment ceux qui ont peu de qualifications, tentent de résister contre l'usure prématurée (physique, mentale, psychique) et, plus largement, contre tout ce qui est susceptible de mettre à mal le corps. On peut retrouver à la fois lucidité, résignation mais aussi volonté de « ne pas se laisser crever au travail ». Pour eux, le champ des possibles est fort peu ouvert, et ils n'ont guère d'illusion sur leur vie professionnelle à venir. D'autant qu'ils ont sous leurs yeux les rudes histoires de travail (ou de chômage) de leurs parents. Pour autant, ils ne sont pas passifs. Ils tentent d'éviter les situations de travail les plus contraignantes, les plus dangereuses pour leur santé par des pratiques de contournement et actes de retrait à temps des travaux les plus usants. Mais on voit aussi que plus ces pratiques sont nécessaires, plus elles sont improbables⁹. Ceux qui, pour différentes raisons, s'accrochent à

9. P. Roche, « Santé malmenée, usure prématurée. Des jeunes salariés entre résignation et résistance », *Revue internationale de psychosociologie*, vol. 11, n° 24, 2005, p. 21-40.

leur travail qui les a déjà abîmés, qui y restent jusqu'au point de rupture, s'exposent à un vieillissement prématuré.

En emploi, le travail de santé peut être réalisé à côté de l'activité, pour se ressourcer (activités physiques, régime alimentaire, yoga...), ou bien transformer l'activité quand les régulations individuelles et collectives sont possibles. Pour les personnes au parcours précaire (emplois non choisis, contrats à durée limitée, changement fréquent d'emploi, poste en deçà du niveau initial de qualifications), le travail de santé est rendu difficile – en emploi et au chômage – du fait de l'implication psychique que requièrent chaque nouvelle candidature et chaque prise de poste, du fait également de l'insatisfaction éventuelle éprouvée à l'égard de l'activité exercée. Cette usure psychique et cette insatisfaction se doublent en période de chômage récurrent d'une anxiété liée à la pression financière et à l'incertitude face à l'avenir. Elle croît avec l'âge. Chez ceux qui vivent une difficulté chronique d'insertion sociale et professionnelle, le travail de santé est par définition problématique, pris qu'il est dans un système de souffrance psychosociale : l'absence d'emploi dans la durée, parfois de logement, la rupture active d'avec les proches valent perte de place et de voix. La personne n'exprime plus de demande et tente d'anesthésier sa souffrance en inhibant sa pensée, ses affects, les sensations du corps (notamment par recours à des substances psychoactives) ; l'impossible projection dans le temps empêche le souci de soi.

Nombre de parcours professionnels voient une dégradation de la santé précédant le chômage¹⁰. Elle conduit souvent à un

10. N. Frigul, « L'exclusion de l'emploi : rôle des atteintes dues au travail », dans A. Thébaud-Mony, P. Davezies, L. Vogel, S. Volkoff (sous la direction de), *Les risques du travail*, Paris, La Découverte, 2015, p. 129-132. ; S. Volkoff, A.-F. Molinié, « L'écheveau des liens santé-travail, et le fil de l'âge », dans A. Degenne, C. Marry, S. Moulin (sous la direction de), *Les catégories sociales et leurs frontières*, Québec, Presses de l'université Laval, 2011, p. 323-344 ; D. Dessors, S. Volkoff, J. Schram,

licenciement pour inaptitude médicale. Alors, la santé fragilisée s'importe dans la situation de chômage. Et le rapport santé/travail se fige dans un antagonisme des deux termes : « sacrifier » sa santé au travail ou la « privilégier » au détriment du retour en emploi¹¹.

TRAVAIL DE SANTÉ AU CHÔMAGE

Comment se reconfigure, au chômage, un travail de santé visant à prévenir ou réduire la précarisation sanitaire et sociale ? Y a-t-il place pour la construction de conduites répondant aux processus de fragilisation de la santé : savoir-faire de prudence ou d'évitement, recherche de situations soutenables, allocation de temps de soin ou de repos, aménagement des tâches de recherche d'emploi, construction de projets professionnels ajustés aux exigences de santé, choix d'emplois jugés non toxiques ?

On peut repérer, dans un premier temps, une diversité de formes prises par le travail de santé au chômage.

Le réinvestissement du corps

Le chômage (ou l'arrêt maladie qui le précède parfois) permet un réinvestissement de la corporéité du fait de la suspension de l'activité professionnelle, notamment chez ceux qui ont sacrifié leur santé au profit du maintien en emploi. Écouter son corps, percevoir des signes infra-pathologiques jusque-là déniés, tester ses possibles en acte, mobiliser des techniques compensant des

« Du "handicap de situation" à la sélection-exclusion. Une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques », *Travail et emploi*, n° 48, 1991, p. 31-47.

11. V. Hélaridot, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », dans G. de Terssac, S. Saint Martin, C. Thébaud (sous la direction de), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, 2008, p. 73-84.

troubles musculo-squelettiques (TMS), mobiliser son corps selon des déclinaisons choisies : sport, marche à pied, yoga, chant, vélo, gymnastique, méditation, relaxation, exercices de respiration... autant de formes d'un « prendre soin de soi » qui se poursuit et évolue dans le temps mais qui est crucial au début. Le premier temps est souvent celui du repos, du sommeil, de la réduction ou de l'effacement des traces laissées par l'hyperactivité ou les séquelles d'accidents, de chocs traumatiques. On note une plus grande attention à l'alimentation et plus généralement au bien-être, des décisions telles que faire un régime, arrêter de fumer, limiter l'alcool... et de premières questions sur ses priorités et ses normes de vie. En témoigne, par exemple, le soin porté à son cadre de vie recentré sur l'espace domestique (ménage, décoration, jardinage...), mais aussi vectorisé par une attention et sensibilité accrues à l'environnement, à la nature (marche, randonnées).

Johanna, 43 ans, élève seule son enfant. Aide médico-psychologique, elle travaille la nuit pour suivre une formation de moniteur éducateur le jour, qu'elle poursuivra ensuite par une formation d'éducateur spécialisé. « J'étais épuisée mais il fallait se relever, pour ma fille, qu'on ait un toit. » Licenciée pour inaptitude, elle s'effondre d'abord, puis se préoccupe d'elle-même : « Bon, maintenant, j'ai tourné la page. Il faut que je me repose, que je me retape. Fatigable, je dors tout le temps. » Sport, marche, perte de poids, multiples consultations médicales pour des problèmes de santé négligés : endométriose, hirsutisme, maladie de Verneuil... « Enfin, je m'occupe de moi, de mon corps, de mon petit chez-moi... et puis j'apprends à recevoir et pas seulement à donner. »

Des activités réflexives, symboligènes

Le chômage peut constituer une pause favorable à une introspection, dans une distance aux prescriptions sociales pour faire place au désir propre. Une quête de signification conduit au retour sur soi : sens de son histoire, de son rapport antérieur au travail et à la santé. Quand elle se déploie, cette réflexivité du Je objet de connaissance peut favoriser des prises de conscience autour de « ce à quoi je tiens » : retour à des aspirations empêchées, révélation de questionnements existentiels jusque-là impensés.

Valencia, 55 ans, trois enfants, a eu une trajectoire de manutentionnaire, de ménage et travail à l'usine comme intérimaire. Elle se retrouve au chômage avec des TMS prématurés et invalidants.

« Cela m'a fait drôle de me retrouver à la maison, mais en même temps je ne me suis jamais posée. Je n'ai jamais réfléchi en fait à ce que j'aurais aimé. J'étais dans une routine où j'allais bosser. Je rentrais, je m'occupais de mes enfants, du ménage. Le chômage m'a permis de me recentrer sur moi, d'avoir une meilleure connaissance de moi-même. »

Comme Valencia, nombreux sont ceux qui ont longtemps suspendu une réflexion sur la question du désir au profit des contraintes de nécessité. D'autres *a contrario* ont investi leur vie professionnelle au détriment d'autres sphères de vie et réalisent, après un burn out ou un AVC, leur vulnérabilité. Ce qui impose le deuil de la toute-puissance et la construction de projets alternatifs à l'hyper-activisme, vers d'autres modèles de vie. Les personnes réévaluent alors leurs priorités, un travail qui ait du sens devant désormais permettre de prendre soin de sa santé et de se sentir utile socialement. Cette « meilleure connaissance de soi-même » peut conduire à une décision de reconversion professionnelle, sans toujours identifier dans quelle activité.

Christelle (39 ans, bac plus 5, responsable marketing) évoque ce travail réflexif après un burn out :

« Au départ, j'avais une manager très rude, mais avec mes parents agriculteurs j'ai dû travailler durement toute jeune avec eux. Subir c'était mon rayon, donc en entreprise je supportais sans broncher. Pendant des années, je me suis épuisée d'abord... puis des désillusions [...] ça m'a atteint personnellement [...] je ne savais plus où était ma place et comme je me suis entêtée, un matin je ne pouvais plus me lever, mon corps ne pouvait plus avancer, une perte de confiance totale. J'ai eu beaucoup de mal à remonter. Au départ j'avais énormément honte. Ça malmène. J'ai arrêté de me fouetter, mais quand on va si loin, c'est plus dur de revenir, la confiance à regagner ça se travaille. Aujourd'hui, même si je ne sais pas trop où je vais aller, je me sens plus courageuse et libre de prendre le chemin que je souhaite. En fait je me suis choisie moi plutôt que d'être restée avec un salaire confortable, à vivre des trucs invivables, à gâcher le temps dont je dispose et à souffrir pour souffrir. Revoir ce que j'ai fait quand je travaillais : j'envoyais des pots en plastique par avion et parallèlement je disais à mes enfants qu'il ne faut pas acheter cela pour protéger la planète. Il faut arrêter cette distorsion. Si je trouvais quelque chose en lien avec l'environnement, ça me plairait. Ce serait dans le bon sens, même si c'est un grain de sable au milieu d'une dune, pour moi ce serait cela réussir. »

Éprouver le pouvoir sur son acte

Le travail de santé peut passer par des activités manuelles, à visée ou non créative : cuisiner, coudre, broder, tricoter, jardiner, bricoler, réparer, fabriquer, prendre soin des objets du quotidien (logement, voiture), peindre, sculpter, faire de la poterie. Quand elles ne sont pas seulement occupationnelles, elles constituent une expérience de soi dans un rapport concret avec le réel auquel se mesurer : expérience du pouvoir sur ce que l'on fait en termes de choix d'activité, de manières de faire et d'ajustement de l'action, d'évaluation des effets produits à

la fois sur la matière, l'objet, la situation transformés et sur soi, sa santé, ses symptômes, son bien-être. Les personnes se découvrent et développent des compétences pratiques : concentration, canalisation de l'effort, ingéniosité face aux difficultés, etc. ; s'autorisant la créativité, elles éprouvent le sentiment d'exister. En expérimentant cette capacité à agir sur le monde et à observer les effets de son action propre, l'usage de soi s'en trouve transformé : il ne s'agit plus d'exécuter des tâches ayant plus ou moins de sens ou d'intérêt, mais de se reconnecter à la réalité sensible et de ressentir le cas échéant la fierté du résultat obtenu. S'expérimentent ici le pouvoir sur l'acte, qui recouvre la libre part d'initiative et de réalisation, et le pouvoir de l'acte, mesuré à la transformation produite attestée par une trace observable¹². Voir (enfin !) « le bout de ses actes » sert incontestablement à cette visée de restauration d'une estime de soi massivement altérée par les expériences de « l'inaptitude », du licenciement et du chômage.

Henri, 60 ans, a occupé à partir de l'âge de 16 ans divers emplois (de préparateur de commande à gardien d'immeuble) chez dix-huit employeurs ; surviennent accident du travail, harcèlement, tentatives de suicide, dépression, jusqu'à un licenciement et une expulsion de son logement. Il raconte :

« Je voulais être menuisier-ébéniste, ils m'ont mis en peinture, j'ai quitté l'école. [...] Je suis un bricoleur. J'essaie d'occuper mes journées. J'ai refait tout l'appartement de ma fille en trois mois et demi, du sol au plafond. [...] J'adore la nature, les plantes, jardiner et voir les résultats de ce que j'ai fait, c'est beau ! Là, je fais de la décoration de Noël, de la création, chez moi, chez les voisins aussi, ils aiment ce que je fais. On peut inventer avec rien et voir le plaisir de tous... le mien. »

12. G. Mendel, *L'acte est une aventure*, Paris, La Découverte, 1998.

Temporalisation

Avec la perte du cadre temporel fourni par l'activité professionnelle, le chômage est une « épreuve temporelle¹³ », souvent sur fond de valorisation du passé par une dissolution du présent et une atrophie du futur. Cette désorganisation temporelle est renforcée lorsqu'un problème de santé surgit¹⁴ ou bien s'importe au chômage. L'absence de maîtrise du temps du retour à l'emploi peut générer inactivité (toute démarche étant jugée vaine), source d'ennui et de désœuvrement. Se dégager de cette impuissance suppose des occasions d'exercer ses capacités d'auto-orientation, ce que procure l'activité choisie. Celle-ci, dès lors qu'elle est finalisée, implique une organisation et une production temporelles, une circulation entre les catégories du présent, du passé et de l'avenir, une « temporalisation du temps¹⁵ » entendue comme production contrôlée d'un temps à soi. Elle concourt au travail de santé. Faire le programme de ses journées (« faire quelque chose le matin, pour être au moins contente d'avoir fait quelque chose, parce que si je loupe le train, ma journée est gâchée, amputée d'une dynamique ») ; se prescrire des démarches (« s'engager dans la programmation d'une série d'examens, de consultations médicales, toujours différées au travail ») ; hiérarchiser ses actions (« essayer d'être moins ambitieuse, plus tolérante avec moi ») et en planifier les étapes (« découper l'éléphant et se fixer de petits

13. D. Demazière, « Le chômage comme épreuve temporelle. », dans J. Thoemmes, G. de Terssac (sous la direction de), *Les temporalités sociales : repères méthodologiques*, Toulouse, Octarès, 2006, p. 121-132.

14. A. Strauss, J. Corbin, S. Fagerhaugh, B.G. Glaser, D. Maines et coll., *Chronic Illness and the Quality of Life*, Saint-Louis, C.V. Mosby Co, 1975 ; I. Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, 1986, p. 3-27.

15. C. Gaudart, « Les relations entre l'âge et le travail comme problème temporel », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 16, n° 1, 2014.

objectifs ») ; distinguer des temps de recherche d'emploi et des temps pour soi, pour se ressourcer (« Si on veut durer, c'est important, ça régénère, ça donne du souffle, sinon on se sclérose derrière cet écran qui nous avale tout entier » ; « des moments actifs et passifs dans la journée »). À ces stratégies de gestion du temps présent s'ajoute une « reprise en main » d'un passé qui hante, immobilise, engendre une fuite par le recours à des activités dérivatives (se « coller » à la tv, surfer sur Internet, s'agiter pour éviter le retour des affects anxiogènes ou dépressifs, boire pour oublier). Le passé peut être aussi re-signifié à travers l'activité réflexive et narrative, y compris par l'écriture¹⁶. La construction d'un récit de son histoire donne accès à une intelligibilité pour soi et autrui. Elle permet de nouveaux projets : ne pas retrouver les mêmes contraintes, faire le deuil des pertes (son métier, la sécurité du connu, les relations de travail investies...), réfléchir à des critères de vie différents, explorer de nouvelles pistes.

Sociabilité : travail d'emplacement et recomposition de différentes sphères de vie

Alors que le chômage et la souffrance isolent, le travail de santé nécessite l'entretien ou la reconstruction des liens aux autres. Ces liens peuvent être repoussés (phobie sociale, dégoût des humains) lorsqu'ont été subies des situations (de travail ou non) d'injustice et de violence ; sont privilégiés alors des liens virtuels (jeux en ligne, réseaux sociaux), la compagnie d'animaux domestiques ; d'autres investissent ou découvrent la relation à leurs enfants, à leur famille, sociabilité de proximité pouvant s'étendre aux voisins. Certains s'engagent dans un nouveau travail « d'emplacement ». Pas celui de la recherche d'emploi, mais celui qui cherche à faire

16. C. Le Bars (sous la direction de), *Réussir son burn-out. Récits de résistantes*, Toulouse, érès, 2022.

sa place dans un double mouvement de placement et de déplacement. Pour ceux qui ont perdu leur place avec leur emploi, avec les traces laissées en termes d'estime de soi et de confiance dans les autres, ce mouvement d'emplacement peut se réaliser en milieu bienveillant dans une activité collective (sportive, artistique, culturelle, citoyenne, bénévole, thérapeutique, formative...) ou dans des groupes de pairs (association de chômeurs, atelier Territoires zéro chômeur de longue durée – TZLD, groupe associatif de malades, atelier Chômage et santé proposé dans cette recherche-action...).

Lucas, 42 ans, magasinier, au chômage depuis six ans, s'engage, à la faveur d'une expérimentation TZCLD, comme bénévole dans un collectif de personnes privées durablement d'emploi (PPDE) participant à un projet d'ouverture d'une ressourcerie.

Caroline, 45 ans, manutentionnaire, « travaille » dans un syndicat de chômeurs : « J'aime bien venir à la même heure que les autres le matin quand ils vont au boulot. Je viens ici parce que je pense que c'est utile, cette sensation d'être dans la voiture à 7 heures et demie du matin pour aller au boulot comme tout le monde... Il y a plein de gens autour de moi qui ne savent pas que je ne travaille pas. Je suis hyper active. »

L'activité militante façonne un « nous » que la plupart des chômeurs ont perdu¹⁷ : « Nous, le noyau dur, on a tous la patate, on a tous des coups de blues, mais on se le dit. [...] C'est une famille. On se soutient les uns les autres. »

Ces activités socialisantes permettent de combattre la solitude « invalidante », de retrouver un sentiment d'utilité, de (re)constituer un réseau amical ou professionnel – « garder un réseau social, ça m'a aidé à calmer ces angoisses ». Les craintes, voire les anxiétés,

17. Y. Clot, J.-R. Pendariès, *Les chômeurs en mouvement*, Paris, Mission interministérielle recherche-expérimentation (MIRE), 1997.

sont apprivoisées lors de rencontres vectorisées par la reconnaissance des contributions singulières à ces activités collectives. Le regard validant des autres restaure la confiance, la capacité à aller vers l'autre, à faire avec lui. Ces activités permettent encore de recomposer ses domaines de vie en se dégageant de l'enfermement dans la seule sphère domestique et familiale.

Laurine (36 ans, BTS immobilier) travaille trois ans comme VRP salariée avec un fixe à rembourser selon les « affaires » réalisées dans son poste d'agent immobilier. Elle est licenciée après un long arrêt de travail :

« J'étais contente d'arriver au chômage, parce que je savais que j'allais avoir un peu de répit, me reposer vraiment, et prendre du temps pour moi. Et là, c'était trop, je ne savais plus quoi faire, je tournais en rond. Et puis le chômage m'a permis de me tourner vers les autres. Je me suis rendu compte que je n'étais pas bien, mais en fait, il y avait pire que moi : je suis devenue bénévole dans une association. C'est super ! Du coup, je prépare des sandwiches, je fais des maraudes en camion ou à pied. On rencontre les usagers qui ont plus ou moins besoin de parler, qui ont besoin du lien social aussi. Peut-être que c'est de cela dont j'avais besoin, c'est-à-dire de créer du lien. Ça fait plaisir de pouvoir se dire que l'on est utile. Je me suis redécouvert une passion d'aider les autres, et voilà. Et je suis beaucoup plus ouverte vers les autres maintenant. »

Les formes du travail de santé montrent une variation de leurs finalités et effets. On peut en préciser les différentes fonctions. La fonction de récupération se présente à l'entrée dans le chômage (décompresser, récupérer de l'énergie, améliorer son état général). La fonction de réparation vise la résolution d'un trouble somatique ou psychique. C'est là que s'engagent des demandes de soins ou des activités physiques et/ou psychiques. Une autre fonction vise, elle, le maintien, comme le fait de se protéger contre les sources de mal-être, de rechercher des activités permettant un soutien relationnel. La restauration de soi va quant à elle au-delà

du faire-face aux difficultés : le recouvrement d'une puissance d'agir est au principe de cette fonction. Enfin, la fonction développementale vise la construction d'un nouveau sens de la vie et du travail impliquant un nouveau rapport à la santé. Elle est portée par les projections dans l'avenir, qu'il soit professionnel ou non.

Ces cinq fonctions donnent lieu à différentes configurations. On le voit dans les histoires suivantes.

Céline (38 ans, études d'art appliqué) exerce des emplois de cadre en magasin d'artisanat, puis occupe un poste d'assistante juridique dans un cabinet d'avocats. Elle voyait là une opportunité de changement et de développement. Épuisée par une endométriose identifiée tardivement et un surinvestissement pour compenser le harcèlement moral de ses employeurs, elle fait un burn out, est menacée de licenciement pour faute, porte plainte et obtient une rupture conventionnelle. Elle s'installe chez sa mère ; s'ensuit un temps de récupération : « Le corps en profite pour lâcher tout ce qu'il n'a pas pu lâcher, il a une intelligence propre, comme s'il se mettait en nettoyage » ; cette période est combinée à une activité intense d'examens et de soins médicaux (fonction de réparation) où elle se sent « dépossédée » de son corps. Elle ne parvient pas à réaliser toutes les activités et démarches personnelles ou professionnelles qu'elle se prescrit chaque jour. Elle ne peut plus prendre soin de sa présentation pour des raisons financières et de retrait (coiffure, maquillage, habillement). Elle privilégie les activités gratuites comme la marche dans la nature qui lui fait beaucoup de bien. Elle se maintient ainsi dans un équilibre fragile mais réel, qui débouche, après deux années de chômage et de confinements sanitaires, sur des activités extérieures : elle apporte une aide administrative à un centre équestre, crée une association de femmes créatrices d'entreprise, est bénévole au sein d'un éco-lieu qui pourrait constituer une opportunité future d'embauche. Ces activités, conduites à un rythme qui respecte sa fatigabilité, restaurent son

image d'elle-même et sa confiance en l'avenir. Elle se sent utile. Ce temps de reconstruction qu'elle s'accorde dans des conditions de soutien (maternel), d'appropriation de la chronicité de sa maladie, lui permet de réparer l'épisode traumatique de son dernier emploi et d'aller vers un projet de vie où créativité et nouvelles significations associées à sa santé prendraient une place centrale.

Céline, en s'autorisant à suspendre le temps, à prendre soin d'elle, réalise un travail de santé par des activités qui contribuent à la construction (parfois inédite) d'un sens de sa vie et au développement d'un nouvel équilibre de vie. Le rôle des ressources sociales, de proximité ou non, est ici déterminant.

Christine, 55 ans, chef de service en maison d'accueil spécialisée, quitte son emploi (rupture conventionnelle), épuisée par deux cancers mais aussi par la souffrance due à une perte d'autonomie et de valeur dans son travail suite à un changement de direction. Malgré un besoin moral et financier d'emploi, elle n'a pas la force de reprendre une activité : fatigabilité, douleurs récurrentes, anxiété face à l'embauche, multiplicité des soins médicaux, sixième opération chirurgicale en sursis. Ne parvenant pas à « [se] restaurer », elle ne peut réfléchir à une manière « tranquille » d'appréhender un travail intégrant sa santé et son âge. Ses activités, tels la marche, des lectures multiples, des échanges artistiques sur Internet ou le jardinage, ne l'apaisent pas. Partie avec le regret de ne pas avoir fini ce qu'elle avait engagé dans son service, avec une amertume envers les « institutions violentes », elle ne peut se dégager de son idéal. À ce stade n'apparaît pas d'ébauche d'un projet professionnel. Pour Christine, le travail de santé est manifeste mais ne débouche pas, pour le moment, sur une restauration permettant de nouveaux choix de vie. Le travail de santé, processus de transformation de soi et de son environnement, est chez elle un travail sur la durée.

Garance, 57 ans, technicienne de laboratoire, a vu sa carrière « se déclasser » (emplois précaires peu qualifiés) en raison de déménagements dus aux mutations de son mari, militaire, et de la maladie grave d'un enfant. À mi-carrière, elle s'oriente vers le métier d'assistante maternelle afin de rester chez elle sur un temps partiel. Licenciée après dix-sept ans d'exercice sans en comprendre la cause, elle aborde le chômage avec « le corps qui lâche » (troubles croissants entraînant de multiples soins), une absence d'énergie pour ses activités quotidiennes (s'habiller, s'occuper de sa maison) et pour celles, créatives, qu'elle avait auparavant (sculpture sur papier, couture, calligraphie), ainsi qu'un sentiment mêlé de colère, regrets et honte bloquant toute projection dans un nouvel avenir, personnel comme professionnel. Ici, les problèmes de santé laissent Garance sans énergie, l'empêchant de provoquer une rupture dans une vie sans horizon. On voit une dégradation lente et continue de la santé.

La recherche d'emploi subit la pression temporelle des normes sociales et institutionnelles, auxquelles s'ajoutent l'incertitude, les évaluations et refus, les déceptions et découragements. Le « ne plus perdre sa vie à la gagner » suppose des ressources inégalement accessibles. Elles sont pourtant essentielles pour mieux prévenir les processus qui créent ou renforcent au chômage la désinsertion professionnelle. Les situations qui autorisent l'attention à la santé, celle-ci devenant le critère du choix de l'activité professionnelle recherchée, sont sans nul doute les plus favorables au travail de santé. Dans un monde du travail qui occulte cette attention à la santé, quelles sont ces situations ?

RESSOURCES ET CONDITIONS DU TRAVAIL DE SANTÉ

La prise en compte de sa santé émerge à des moments où le corps présente des symptômes qui altèrent le fonctionnement

quotidien. Cette prise en compte est dépendante du contexte de l'activité du sujet et de la place sociale qu'il y occupe. S'arrêter, être arrêté (burn out, arrêt maladie, chômage, etc.) ou encore se mettre à l'abri du monde social (défiance généralisée envers les autres, envers les institutions) ne suffisent ni à la prise en compte des symptômes ni à leur prise en charge. Ce sont bien plutôt le milieu de vie et les différentes sphères d'activités développées et investies par le sujet, la qualité du tissu relationnel, des interdépendances, qui le conduisent à se restaurer et se développer afin d'y maintenir sa présence, son influence, sa place sociale. La santé somatique et psychique mais aussi le travail de santé sont intimement liés à cette place sociale, c'est-à-dire à l'histoire et à l'épaisseur relationnelles construites dans différents mondes réels. L'analyse de ce que font, ne font pas, aimeraient faire les personnes dans leur contexte de vie permet de saisir les conditions du travail de santé.

Se faire soigner/se soigner en produisant du milieu

Nos systèmes de soin et de sécurité sociale sont conçus pour des patients assurés sociaux qui délèguent aux spécialistes de la médecine allopathique le traitement de leurs symptômes ; cela durant le temps de leur arrêt (chômage, maladie). La disparition des symptômes vaut pour guérison et la vie (devrait) reprend(re) comme avant. Les causes de la maladie n'entrent pas nécessairement dans le champ d'investigation. Seules quelques recommandations sur l'hygiène de vie (tabagisme, surpoids, sédentarité) peuvent être évoquées. En marge de cette médecine allopathique, une myriade de thérapies alternatives se développent et trouvent une clientèle en recherche de thérapies douces (sans effets secondaires, moins invasives) et d'une écoute sur des symptômes complexes car inscrits dans l'histoire du sujet et de son environnement. Les adeptes de ces pratiques alternatives cherchent à agir, à modifier

leur mode de vie, mais échouent la plupart du temps dans la transformation de leur milieu de vie. En effet, vouloir manger sain, sans alcool ni tabac dans des milieux – familial, professionnel, culturel – qui ne se donnent pas ces mêmes règles, conduit à des conflits ou à renoncer à ces résolutions. Se soigner demande en effet aussi de soigner son milieu, de recréer un milieu. Ce qui suppose d’occuper une certaine place dans son milieu.

Chantal parvient à transformer son milieu de vie. Elle a 57 ans, a commencé à travailler très jeune comme agent de services hospitaliers ; dans son éducation la valeur travail est centrale dans l’existence. Elle se forme pour devenir aide-soignante, exerce ce métier qu’elle apprécie et parvient à se faire une place dans un établissement où elle s’épanouit. Du fait de son investissement, sa direction et ses collègues peuvent compter sur elle, notamment pour les remplacements de collègues malades. Elle vit en couple, élève ses deux enfants. Vers 55 ans, elle ressent une fatigue physique et demande à la nouvelle direction des aménagements de ses conditions de travail. Après trente-trois ans de bons et loyaux services, elle pensait légitime d’obtenir des tâches un peu moins lourdes physiquement : « J’ai demandé à ne plus travailler dans les étages plus durs avec des patients tétraplégiques... » Cela lui est refusé. Peu de temps après, un cancer du sein est diagnostiqué. Elle le lie à un travail devenu trop lourd pour elle. Après deux ans de soins intensifs (opération, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie), Chantal souhaite reprendre un travail à l’hôpital, mais plus comme aide-soignante. Elle est licenciée pour inaptitude. Choquée, elle vit très mal cette mort sociale qu’elle considère comme injuste.

Bien entourée par sa famille – cette condition est essentielle –, elle poursuit les soins allopathiques et décide de s’investir comme bénévole dans une association de femmes touchées par un cancer

du sein. Elle y trouve du réconfort, une prise en charge psychologique, des activités physiques adaptées (escrime, sophrologie) et des activités créatives comme la couture. Cette association lui permet de développer des relations dans un milieu différent de celui de sa famille. Elle y construit sa place en réalisant des tâches qui font sens pour elle car elles sont utiles à d'autres : participer à des conférences sur la vie avec le cancer dans des hôpitaux, à des opérations ponctuelles (Octobre rose, Une jonquille contre le cancer...), à la confection de masques en tissu et à leur distribution. Sa place dans sa famille et dans cette association a été déterminante car, lors des moments de souffrance, de doute, elle a été soutenue : « Si je ne pouvais pas aller à la couture, les filles m'appelaient pour prendre des nouvelles. On n'est pas seul. »

Après deux ans de congés de longue durée, Chantal, fatiguée mais aussi transformée par la maladie – « je ne suis plus la même » –, s'interroge sur sa reprise d'activité. Elle ne peut envisager de terminer sa vie professionnelle au chômage et en même temps elle ne voit pas ce qu'elle pourrait faire d'autre. La fatigue, une baisse de sa capacité à mémoriser et de son énergie ne lui permettent plus d'envisager une formation longue. Peu à peu, grâce à ses échanges avec des professionnels de l'accompagnement (Cap emploi, psychologue dans le cadre de l'association de lutte contre le cancer) et dans les ateliers de pairs « Chômage et santé », elle réussit à se projeter dans une vie sans emploi. Deux conditions ont été déterminantes : le deuil de son métier et une prise de responsabilité offerte par son association grâce à la place qu'elle a su y construire. Interrogée sur ce qui lui permettrait de tourner la page de son métier d'aide-soignante, elle indique qu'elle aurait voulu un remerciement pour son investissement tout au long de trente-sept ans de carrière. Les échanges avec le groupe de pairs lui font comprendre qu'elle ne l'aura pas de la part de la nouvelle direction ; mais lors d'une séance de l'atelier, elle reçoit

les félicitations appuyées de sa conseillère Cap emploi qui souligne sa longue et belle carrière. Chantal indique combien ces mots ont été réconfortants et combien le compte rendu de l'atelier, parce qu'il acte quelque chose en laissant une trace écrite, qu'il atteste de son implication, de sa place occupée dans le monde professionnel, fabrique de nouveau son histoire. Progressivement, elle peut envisager de tourner la page le cœur plus léger. Dans ce même temps, l'association dans laquelle elle milite depuis trois ans lui propose de prendre des fonctions d'accueil dans un centre de vaccination contre la Covid. Elle saisit cette opportunité et retrouve, avec cette responsabilité, une nouvelle place sociale qu'elle juge importante voire supérieure à la responsabilité qu'elle avait en tant qu'aide-soignante. Une autre vie s'ouvre pour Chantal, avec de nouveaux défis. Dans ce nouveau monde du travail peuplé d'humains se souciant les uns des autres, comme bénévole, elle peut compter sur les autres et réguler ses heures de travail d'un seul coup de fil : « Pas la peine de se justifier, les filles comprennent et de toutes les façons on s'entraide. » Sa santé s'améliore, elle dort mieux, se sent apaisée et retrouve progressivement l'énergie qu'elle avait perdue.

*Relance du travail de santé par l'activité
et la création d'un nouveau milieu*

Ève, 49 ans, a exercé comme vendeuse, ouvrière en usine, auxiliaire de vie à domicile et enfin en SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) avant d'être obligée d'arrêter pour des raisons de santé. Un burn out, une grosse dépression, des troubles du comportement alimentaire... mais c'est surtout une lombosciatique couplée à une hernie discale qui la conduit à s'arrêter et à se reconverter, alors qu'elle a beaucoup aimé ce métier d'auxiliaire de vie. Elle souhaite mettre à profit cette période de chômage pour perdre du poids. Elle se dit obèse et se fixe un objectif clair :

perdre 40 kilos, ce qui devrait aussi lui permettre de soulager ses genoux très douloureux et d'être plus à l'aise dans ses déplacements. Son mari et surtout ses enfants l'aident dans ce régime qu'elle a co-construit avec sa nutritionniste. Sa fille la pousse à remonter sur son vélo. Ève est fière d'elle, elle pensait ne pouvoir faire qu'un kilomètre, elle parvient à en faire dix avec sa fille. Mais au fil des semaines, lors des ateliers de pairs, elle évoque tout un ensemble d'empêchements à poursuivre son régime : de mauvaises nouvelles, un entretien de recrutement qui la stresse, une contrariété, etc. Elle disparaît des réunions de l'atelier, comme si elle était gênée d'avoir à dire son incapacité à tenir ses objectifs. Grâce au travail réalisé dans l'accompagnement par Cap emploi, elle identifie un métier potentiel pour sa reconversion : celui d'animatrice scolaire, public qu'elle appréhende car elle ne le connaît pas. Quelques mois plus tard, elle revient dans l'atelier pour raconter son expérience auprès des enfants lors d'une immersion (période de mise en situation en milieu professionnel, PMSMP) dans une école. Cette expérience dans le monde de l'enfance l'a complètement transformée. Elle découvre sa capacité à créer des jeux pour les enfants et à en trouver constamment d'autres grâce à ses recherches sur Internet. Son récit, lors de l'atelier, est enthousiaste et nous montre l'intensité des affects dans ce partage avec les enfants. Elle découvre qu'elle peut créer des jeux, des objets, des histoires pour interagir avec eux, oublie de dire qu'elle ne compense plus ses angoisses avec de la nourriture et perd du poids sans même poursuivre de régime. Elle est radieuse et fière de sa place dans ce qui est pour elle un nouveau monde.

Le travail de santé constitue une activité dynamique d'exercice de sa puissance d'agir au sein de ses différents domaines de vie, qui suppose une autodétermination des conduites. Là est la « bonne » santé appréhendée, comme visée et comme résultat, par l'utilisation et le développement de ses ressources en lien avec

ses valeurs, le façonnage de ses milieux de vie, l'enrichissement qu'on retire d'eux, les interactions fructueuses avec les autres... Processus constructif et évolutif, le travail de santé est adaptation et création ; il permet de donner un sens à sa vie (la vie en général, la vie de travail, la vie familiale, etc.) et/ou d'éprouver sa vie comme porteuse de sens.

Face aux caractéristiques menaçantes pour l'intégrité physique et psychique de beaucoup de situations de travail ou de la situation de chômage, le travail de santé se constitue comme stratégie de prévention de leurs effets fragilisants ou de limitation des atteintes physiques ou psychiques qu'elles produisent. Au-delà, le travail de santé peut porter sur une « problématique de santé », c'est-à-dire sur une altération conscientisée de la santé. Cependant, cette altération n'est pas toujours identifiée, reconnue pour ce qu'elle est réellement (phénomène de déni) ou bien peut faire l'objet d'une euphémisation qui en diminue la gravité ou en occulte le caractère durable. Les personnes tentent coûte que coûte de conserver une vie de travail « normale » au prix, nous l'avons vu, d'une aggravation de leur « mauvais » état de santé et/ou de leur pathologie.

Lorsque la santé est dégradée au point d'obliger les personnes, après d'éventuels arrêts récurrents, à quitter définitivement leur emploi, le travail de santé a pour finalité première le recouvrement de la santé. On est face ici à un paradoxe apparent : la santé devient une préoccupation explicite centrale alors même que sa dégradation limite la capacité physique et psychique à mener ce travail de santé. En outre, le chômage, quoiqu'il puisse être parfois libérateur, mais parce qu'il est factuellement et symboliquement perte de la capacité à agir dans et par le travail, prive les personnes de nombre de conditions psychologiques et sociales favorables à une activité en santé et de santé. Le travail de santé demande alors du temps car il s'agit de créer de nouvelles normes de santé, sachant que c'est dans l'action – sous des formes multiples, nous

l'avons montré – que le travail de santé peut opérer une telle transformation du sens de la santé pour soi et des conditions de son maintien dans la durée.

La relation à autrui – proches familiaux, pairs partageant la même situation, partenaires d'une même activité sociale, sportive, etc., ou professionnels apportant une aide – est déterminante dans le travail de santé. Non seulement par le soutien dont elle permet de bénéficier dans un processus difficile de confrontation à soi et à ses milieux d'existence (et de transformation de soi et ces milieux), mais aussi parce qu'elle invite à se raconter. Le récit adressé à autrui contribue à un gain d'intelligibilité pour soi-même. Il rouvre la dynamique temporelle, soutient les perspectives créatives, favorise l'élaboration de choix personnels. Le chapitre suivant illustre de tels processus.

L'accompagnement des chômeurs

L'isolement, la solitude, voire le retrait et le silence, caractérisent bien souvent ces temps sans emploi (parfois très longs) aux prises avec des maladies, des souffrances, doublées d'addictions dans nombre de cas.

Aurore (25 ans) n'est pas reconnue comme travailleur handicapé :

« Pas du tout parce que, je vous dis, je n'ai jamais parlé à personne de tout ça en fait. Donc personne n'est au courant, même le médecin, pour lui mon ulcère c'est juste un problème normal et tout le monde arrive à vivre avec aujourd'hui, donc du coup ce n'est pas un problème en soi, ce n'est pas un handicap. Et personne ne connaît mes problèmes d'angoisse, mon agoraphobie... Je ne suis même pas sûre que ce soit reconnaissable tout ça. Si j'en parle au médecin, il va me dire que c'est juste pour ne pas travailler, c'est pour ça, autant ne pas le dire du tout, comme ça au moins... »

Comment les personnes parviennent-elles à entreprendre une démarche pour envisager un avenir qui ne nie pas leur trajectoire, l'intègre au contraire, ce qui suppose de la mettre en mots, en récit ? L'accompagnement, au sens d'un cheminement aux côtés

des personnes, cheminement qui offre du temps, se révèle un outil puissant qui permet, d'abord, d'explorer les épreuves du travail, du chômage, les altérations de la santé somato-psychique, les situations de handicap, ensuite d'envisager les possibilités de dégagement de ces épreuves, notamment par l'identification de ressources mobilisables dans *l'activité* au sens large.

Les échanges au sein d'un entretien avec un professionnel ou les discussions entre pairs stimulent et enrichissent cette mise en sens des histoires de vie croisant parcours professionnels et parcours de santé. L'expression de la subjectivité se fait alors d'autant plus (re)construction de soi, et non simplement traduction d'un vécu, qu'elle s'adresse à un interlocuteur présent. Ainsi, les entretiens individuels et les ateliers de « pair-aidance » proposés (à Pôle emploi, Cap emploi, par Solidarités nouvelles face au chômage – SNC –, Territoires zéro chômeur de longue durée ou les missions locales) contribuent à une évolution du regard que la personne porte sur ses conduites passées et présentes et sur ses perspectives : raconter son vécu du travail et du chômage, c'est adopter un point de vue parmi plusieurs possibles, qui en retour influence ses représentations et ses conduites à venir¹. Les personnes ont pu témoigner des changements opérés dans ces situations :

« Les questions posées m'ont forcée à analyser des choses et à faire des liens que je n'aurais peut-être pas forcément faits. En les verbalisant, je me rends compte de leur importance. Ces questions-là m'amènent à d'autres réflexions, c'est-à-dire à réfléchir sur "de quoi j'aurais besoin ?", je ne me suis jamais posé la question en fait » (Céline, 38 ans).

« En discutant, je perçois mon parcours et ce que j'ai fait toute seule et je me dis que c'est réel, je peux me faire confiance » (Chris, 39 ans).

1. D. Ezzy, *Narrating Unemployment*, New York, Routledge, 2017.

Nous allons successivement rapporter ici quelques lignes de force de ce que nous avons observé lors des entretiens individuels proposés aux personnes et au sein des ateliers réalisés sur plusieurs mois avec des groupes de pairs.

L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL

Vulnérabilité face au chômage et anxiété vis-à-vis de la reprise du travail

Céline (38 ans) explique ne pas tout dire lors des premiers entretiens :

« [...] J'ai mis du temps avant de parler de mes problèmes de santé. La peur du jugement, la peur d'être moins bien accompagnée parce que chaque organisme est normé. Il faut rentrer dans les cases et si on ne rentre pas totalement dans les cases, on peut vite être rejeté de ce système-là. Quelque part on ne dit pas tout. On fait attention. Mais en ne disant pas tout, on ne peut pas avoir une bonne idée de la situation, donc l'aide ne peut pas être complète. C'est mon point de vue. Donc oui, j'ai mis du temps avant de livrer d'autres données importantes qui n'étaient pas totalement liées à mon parcours professionnel mais pour autant corrélées et importantes à prendre en compte. Je segmente l'information. »

Lors de leur premier accueil à Pôle emploi, les personnes ne s'autorisent pas à évoquer leur problématique de santé, ne savent pas comment en parler ou ne se sentent pas invitées à le faire. Une première raison, d'ordre psychosocial, peut être avancée : la situation et les représentations qui s'y associent sont structurées, signifiées autour de la question de l'emploi. Se conformer aux attentes sociales (réelles ou supposées) de la situation, s'y présenter et y interagir avec aisance passent par une centration sur la sortie du chômage, soit la recherche d'un emploi. Une deuxième raison tient à l'absence d'articulation de l'emploi et de la santé dans la

conception commune que l'on s'en fait ; les deux sujets s'opposent plutôt : la notion de « santé », réduite à la présence/absence d'une maladie empêchant l'occupation d'un emploi, appelle un diagnostic médical et, selon son résultat, un traitement. Ainsi, le thème de la santé comme réalité dynamique de normativité qui convoque la subjectivité au sein de toute activité, dont celle du travail, n'est pas un objet d'échange formellement et institutionnellement constitué.

« C'est important d'être bien accompagnée au niveau santé quand on est demandeur d'emploi et qu'on a eu une rupture de contrat difficile, de pas rester seule dans son coin » (Paulette, 41 ans).

« J'aurais bien aimé avoir un accompagnement. Il suffirait de dire : "Comment ça va aujourd'hui ?" Parce que c'est toujours : "Est-ce que vous cherchez du travail ? Est-ce que vous avez regardé ?" C'est une pression, comme si on avait les parents encore derrière nous. Donc ouais, quelque chose qui me dise : "il y a quelqu'un qui s'inquiète pour moi et qui s'inquiète aussi de ma santé mentale" » (Laurine, 26 ans).

Ce que les personnes expriment dans les entretiens, c'est un mal-être psychique et physique engendré par une fragilisation ou une dégradation de la santé qui entraînent une limitation du potentiel d'action. La « réponse » qu'attendent les personnes dépasse alors la seule question de l'accès aux soins (information sur les organismes-relais, soutien aux démarches médicales, etc.). Ce mal-être est étroitement associé à une image de soi abîmée, à une perte de confiance, voire une dévalorisation globale de soi. La difficulté à saisir une telle problématique de santé pour le professionnel – et à « s'en saisir », pour la personne elle-même – est qu'elle n'appartient pas à un champ autonome, elle est intriquée dans l'ensemble des sphères de vie et d'activité de la personne, dont le travail ; s'ajoute à cela le fait que les personnes à la fois souffrent de l'absence d'emploi et redoutent d'y retourner. C'est pourquoi l'aide et le soutien dont ont besoin les personnes – souvent sans

les demander – pour restaurer leur santé, la reconstruire sous de nouvelles normes, ne relèvent pas seulement de l'entourage personnel ni des institutions de soin, mais aussi des organismes d'aide à l'insertion professionnelle.

« Pour moi, il y a différentes strates. La première c'est l'estime de soi. C'est sociétal. J'ai beau l'analyser, pour autant je le vis quand même dans mes tripes. Il y a eu un sentiment de honte parce qu'à chaque fois qu'on doit se présenter, malheureusement on doit se définir par son travail. [...] Donc en tant que demandeur d'emploi, bien évidemment que la réaction de l'entourage... on sent qu'il n'y a pas d'existence. On est défini par son emploi. Même soi par rapport à soi, nous avons tous besoin de faire quelque chose, d'avoir des retours, et là ça n'y est plus. Il y a également un problème de rythme, on n'a plus le même rythme. Quand on passe d'emploi à sans emploi, il y a un effet de décompression et de pression, [pression] qui n'est pas la même quand on est dans le monde du travail. À chaque fois, on fantasme le fait de se dire qu'on va se retrouver sans emploi, que c'est génial, qu'on va pouvoir faire ce que l'on veut. Du coup, ça dure un mois ou deux et après on se remet dans la pression. Donc voilà, il y a ce truc de décompression, fatigue intense où tout se relâche ; et ça ce n'est pas rien car dans cet espace de décompression, le corps en profite pour lâcher tout ce qu'il n'a pas pu lâcher. Il a une intelligence propre, comme si le corps se mettait en nettoyage. On va être plus malade, plus fatigué. Pour moi, ça a aussi un impact et je dirais après que c'est un peu plus pernicieux et progressif en fait, de revenir au corps, à l'estime de soi quand on est malade. Le rapport au corps est faussé. Le corps n'est synonyme que de souffrance, et c'est sortir de ça » (Céline, 38 ans).

« Ce que je voudrais, c'est reprendre confiance en moi, me sentir plus résilient. [...] J'aurais besoin d'accompagnement plus régulier, de béquilles pour m'appuyer. Le soutien que j'ai des autres, proches ou spécialistes, il est ponctuel, j'aurais besoin de quelque chose de plus fréquent, de plus personnalisé » (Thomas, 43 ans).

« On se retrouve tout seul et sans accompagnement lié à la santé. Il faudrait inciter les gens à faire plus de sport pour se sentir bien dans

son corps, peut-être aussi la diététique, prendre vraiment la personne comme un tout » (Sylvie, 45 ans).

La question de la reprise du travail malgré et avec une problématique de santé ne se réduit pas, on le voit, à une alternative binaire d'aptitude ou d'inaptitude « objectives » (physiques et psychiques) : la capacité subjective à reprendre et à exercer dans la durée une activité de travail constitue une dimension déterminante. Cette capacité perçue porte autant sur les aspects physiques (a minima la fatigue) que psychiques, telles la perte de confiance, la peur de l'échec ; elle peut évoluer positivement si elle fait l'objet d'un accompagnement qui la prenne explicitement en compte, ce qui signifie reconnaître la nécessité de suspendre la pression temporelle s'exerçant sur le retour en emploi.

« J'en suis arrivée à un stade où je suis incapable de retourner travailler, parce que mon corps parle, je suis tétanisée à l'idée de retourner travailler » (Isabelle, atelier Chômage et santé).

« Quand on est mal en soi, on sort d'une perte de confiance, parce qu'on a été abîmé par le travail. Là, je pense que ce n'est même pas possible de penser le travail, on revient sur des besoins complètement primaires. Et moi, je trouve que c'est ce qui manque énormément sur l'accompagnement » (Sidonie, 49 ans).

« J'ai arrêté de me fouetter mais c'est quand même difficile de reprendre confiance, quand on va si loin c'est d'autant plus dur de revenir ; la confiance à regagner ça se travaille et il n'y a pas de raison, ça malmène beaucoup... Sur mes valeurs, j'ai l'impression que l'on vit dans un monde où elles ne sont pas beaucoup recherchées, donc il va falloir creuser, prendre du temps ; d'ailleurs j'ai fait des webinaires avec l'APEC où ils parlaient d'économie sociale et solidaire, j'ai trouvé cela super, du coup au niveau des valeurs j'étais dans la plaque. Après, je n'ai pas de compétences-support mais je vais voir » (Chris, 39 ans).

« C'est exactement ça. C'est la peur de l'échec. Ça arrive, je pense, quand on quitte un emploi ; il y a des gens assez forts qui vont se dire "j'ai un

projet pro, je me donne ce temps et je me lance”, mais pour d’autres après un licenciement on se sent loser, ça entache la confiance en soi. Ce n’est pas anodin, c’est une rupture. Il y a un processus à faire. [...] J’ai eu plusieurs phases de chômage et à chaque fois, ça se renforce. Dans mon cas c’est de plus en plus courant et ça va devenir de plus en plus courant. Comment expliquer ça ? Plus il y a de chômage et plus on s’autodéprécie. Plus il y a de coupures, plus il y a d’arrêts, quelque part c’est aussi des remises en question. C’est à la fois une force et une faiblesse. C’est top de se remettre en question et de remettre en question sa vie professionnelle, pour autant, il faut que ce soit bien fait. Il faut que ce soit accompagné sinon on a vite tendance à partir vers la procrastination, l’autodépréciation et ça, ça se ressent » (Céline, 38 ans).

La posture d’accompagnement

Les professionnels ne sont pas préparés à s’écarter des thématiques habituelles de la construction de projet et de la recherche d’emploi (le cas échéant avec prise en compte d’un handicap). Face aux problématiques de santé qui ne s’expriment ni spontanément ni facilement, il est besoin non seulement d’un temps supplémentaire (entretiens plus longs et plus nombreux), mais aussi d’un rapport qualitatif au temps, tant dans le cours de l’entretien par une écoute attentive et active que dans le cours de l’accompagnement par une absence de pression temporelle.

« Ça demande du temps, ça veut dire que ça demande de l’écoute. Là, en fait, on saute direct, la personne se présente, elle donne son cv et puis on va directement aux compétences » (Marc, 58 ans).

« Si la personne a juste besoin d’être écoutée, c’est primordial. [...] Pour soutenir et créer une relation de confiance, j’ai besoin à un moment d’une sécurité avec un professionnel qui prend le temps de me poser des questions sans que je le prenne trop à vif » (Éliane, 45 ans).

« [Vous voyez tout le chemin que vous avez parcouru... (*psychologue*)]
Oui, maintenant c’est derrière moi et je suis là pour avancer. Il faut

me laisser avancer sûrement et doucement... bon pied bon œil » (Léo, 41 ans).

L'indispensable qualité de l'écoute est ce qui permet, au moment pertinent, d'aider la personne à aborder et à développer le sujet de sa santé et les questions et difficultés qui s'y associent. Les travaux de Rogers et ceux menés à sa suite ont montré, depuis de nombreuses décennies, en quoi l'empathie, le soutien émotionnel, une posture bienveillante sont des facteurs d'efficacité tant dans les dispositifs d'accompagnement que dans le travail² – dans le même temps où perdre l'opinion que trop de « gentillesse », trop de place aux émotions génèrent des postures contre-productives. Entendre et comprendre les affects des personnes, les stimuler dans une attention portée à leurs ressources psychiques, les convoquer sur des émotions positives³, tout cela est pourtant ce qui les aide à interroger leur mal-être, à le mettre à distance, et permet alors de rendre possible son dépassement.

« Plus de soutien émotionnel et psychologique, c'est ça dont j'avais le plus besoin quand j'étais en recherche d'emploi. [...] Finalement, je savais comment chercher, il y a plein de ressources, mais après, [il est important] d'avoir quelqu'un qui nous suit quand même en arrière-plan, qui nous revalorise un peu, qui nous redonne confiance » (Jeanne, 26 ans).

« Pour moi, il est important d'aller sur la situation personnelle, psychique, surtout avec ce qui se passe avec la Covid. Je ne veux pas de conseils, je ne veux pas d'expertise. Je veux des questions qui m'aident à me poser des questions » (Éliane, 45 ans).

2. D. Guédon, J.-L. Bernaud, « Empathie organisationnelle et soutiens organisationnels perçus », dans J.-L. Bernaud, P. Desrumeaux, D. Guédon (sous la direction de), *Psychologie de la bientraitance professionnelle*, Paris, Dunod, 2016, p. 39-51.

3. S. Rochat, E. Banet, « Choix professionnel, indécision et émotions », dans J. Masdonati, K. Massoudi, J. Rossier (sous la direction de), *Repères pour l'orientation*, Lausanne, Éditions Antipodes, 2019, p. 331-360.

« Sur l'accompagnement... psychologique, j'ai du mal à reconnaître que j'aurais besoin de me faire accompagner. Je ne suis pas prêt à ça alors qu'en fait, je suis sûr que ça aide » (Paul, 55 ans).

« Un truc qui est très peu abordé, mais que je trouve très intéressant, c'est : qu'est-ce qui me fait plaisir dans mon travail ? Qu'est-ce qui me fait plaisir à titre individuel, à moi ? » (Aline, 55 ans).

En résumé, nous distinguons quatre aspects dans ce qu'expriment les personnes accompagnées : le manque de contact physique, le sentiment de ne pas être compris dans sa singularité, le souhait d'un accompagnement soutenu, le besoin de sollicitude.

« J'ai juste besoin d'avoir quelqu'un en face. On manque de retours » (Jeanne, 26 ans).

« Il faut pouvoir rencontrer les gens et les contacter plutôt que de mettre tout sur Internet ; ce qu'on veut, c'est du face-à-face, être en contact ça fait du bien » (Christian, 54 ans).

« Je trouve que Pôle emploi n'apporte pas vraiment d'accompagnement personnalisé, il y a un côté impersonnel, générique, c'est comme ça que je le perçois, j'ai la sensation d'être livré à moi-même. Il y a tout un tas de services, pas de problème. Ça rejoint l'idée du mentor, j'aurais aimé un accompagnement perso vraiment sur la démarche de recherche d'emploi » (Thomas, 43 ans).

« [Qu'est-ce qui fait ressource pour vous ? (*psychologue*)] Vous. Vous étiez ma ressource la dernière fois. C'était très étrange ce qui s'est passé, je n'avais jamais parlé comme ça à personne, et d'ailleurs j'étais un peu gênée après, parce que, enfin je ne voulais pas que vous pensiez que je suis suicidaire par rapport à ce que j'avais pu dire. Mais vous, vous avez été une ressource parce que je me suis sentie mal puis bien. Donc il y a quelque chose qui s'en allait » (Christine, 54 ans).

La reconstruction de soi ne se résout pas dans une simple intervention externe de diagnostic et de résolution de problème délimitée dans le temps et dans ses objectifs. L'accompagnement prend tout son sens en ce qu'il soutient dans la durée le travail de

santé qu'accomplissent les personnes : les processus de réaménagement se font selon une temporalité longue.

« Il y a des hauts et des bas, des jours où je suis prête à déplacer des montagnes, des jours où je suis au creux de la vallée, il y a eu un long cheminement, j'ai beaucoup appris. J'ai encore un peu peur, rien n'est acquis, je n'ai pas toutes les réponses, même si je suis très heureuse de tout ce que j'ai vécu, je chemine encore. Il y a la maladie, la perte d'emploi chamboule toute une vie, cela remet en question tout mon mode de fonctionnement » (Naëlle, 56 ans).

« C'est quatre séances et puis après adviene que pourra, on se revoit dans neuf mois ou dans un an, [alors qu'avec] SNC, tous les quinze jours on se voyait, c'était vraiment précieux d'avoir ce soutien et de sentir que, en fait, il était inconditionnel. On pouvait parler des entretiens qu'on avait eus, des idées qu'on avait, de façon libre et à bâtons rompus » (Marc, 58 ans).

« Là, je me suis dit que j'allais prendre le temps de savoir ce que je veux faire, où je veux aller, cela passe par le fait de s'arrêter et de se remettre vraiment en question » (Nat, atelier collectif).

Au bout du compte, il ressort que l'entretien « accompagnant » est à la fois un lieu de soutien, d'encouragement, de stimulation du travail de santé que mènent par ailleurs les personnes et un espace propre de construction de significations constituant en lui-même un travail de santé, parce que la personne est reconnue et remise dans sa place de sujet.

« Là, en discutant, je perçois mon parcours et ce que j'ai fait toute seule, et je me dis : c'est réel, je peux me faire confiance. Il n'y a que moi qui ai une sensation intérieure... J'ai l'impression que je suis moins bien que les autres, mais si je regarde juste les faits, je crois que je peux » (Chris, 39 ans).

« Nouveau projet professionnel [police ou douanes] : là je me dis que c'est moi qui ai choisi et ce n'est pas un choix par défaut ; rien que le fait de pouvoir se dire ça, je trouve que c'est déjà pas mal. Parce que, on a beau dire, je pense que toutes mes études supérieures je les ai faites par

défaut. Rien que le fait de se dire que c'est moi qui ai choisi – j'ai choisi – de faire ça, je me dis "j'ai pris la bonne décision" » (Sylvia, 28 ans).

On voit dans la séquence suivante les questions interprétatives de la psychologue pour aider Garance (57 ans) à aller au bout de l'évocation de son mal-être, y mettre des mots, soit que ceux-ci « valident » le propos de la psychologue en le prolongeant, soit qu'ils s'en décalent pour produire le « mot juste », comme dans le dernier tour de parole où Garance à la proposition de l'idée d'abandon substitue celle d'inutilité.

« En fait, tout m'agace, je n'ai pas envie d'écouter de musique alors que d'habitude j'écoute de la musique, toujours quelque chose de gai... même pas de la musique triste ; je mets plutôt la télé, des conneries, des trucs complètement idiots qui ne servent à rien, que je ne regarde même pas mais juste histoire d'avoir du bruit dans la maison.

– Est-ce que vous auriez envie de crier, hurler ?

– Ça m'arrive, je le fais. Toute seule. Je m'en ferais péter les cordes vocales tellement je crie. L'envie de tout casser. Ça je ne le fais pas, ça me ferait un bien fou, des fois je vois une pile d'assiettes, j'ai envie de la balancer. Des fois j'ai envie de tarter quelqu'un ! Il n'a rien fait le pauvre, pas forcément lui, n'importe qui, j'ai envie de le bugner, je serais même violente je crois, je ne sais pas si je m'arrêteraï, tellement il y a de colère.

– Et c'est une colère qui est liée à quoi ?

– (*silence*) Je ne sais pas... J'en sais rien... Ben j'en reviens toujours au même point, le fait de ne plus avoir de travail.

– D'avoir été abandonnée ?

– Oui. De servir à rien, je pense que c'est plutôt ça. »

On retrouve ci-après, dans la séquence d'échange avec Céline, la part active que prend la psychologue à la fois pour soutenir le discours de Céline – et par là en favoriser le développement –, pour ouvrir sur des significations de déculpabilisation du vécu de

la situation de chômage, et enfin pour susciter chez elle un regard bienveillant et positif sur les apports de ce vécu. En parlant d'elle-même à Céline, la psychologue, qui se fait sujet d'interprétation (« j'ai l'impression que... » ; « j'imagine... »), convoque chez Céline un « je », sujet d'analyse de soi, de prise de conscience, de construction d'une autre image de soi (« j'essaye de me désidentifier... c'est-à-dire... je ne suis pas que ça »), nouvelle image de soi permise par un réel « qui fait du bien » auquel l'entretien « ramène » Céline, comme elle le dit – entretien qui lui-même incarne aussi ce réel.

« Voilà, tout ça c'est beaucoup de protocoles, c'est de la kiné, des thérapeutes, des IRM, plein de médecins qui travaillent de concert. Je crois que j'ai quatre-cinq rendez-vous médicaux par semaine. Donc il y a des temps de déplacement, souvent c'est à la Rochelle ou à Bordeaux ; autant vous dire que quand c'est à Bordeaux la journée saute. Ça me prend du temps et ça me prend aussi beaucoup d'énergie. Ça m'amène à me questionner plus en profondeur sur mon orientation professionnelle, parce qu'on est dans un monde du travail qui est de plus en plus compliqué, plus exigeant, où on n'accepte pas la faiblesse comme ça.

– J'ai l'impression que cette capacité de vous adapter, de vous mettre en retrait face à vos aspirations, à ce dont vous aviez envie, c'est quelque chose que l'on retrouve dès vos premières expériences professionnelles où vous deviez vous adapter, avoir une grande disponibilité. Vous vous êtes mise de côté et votre corps aussi par la même occasion. Aujourd'hui, il se réveille, vous fait comprendre qu'il est là et le fait que vous soyez sans emploi lui permet de reprendre toute sa place. Il occupe vraiment tout votre temps, j'imagine toute votre pensée aussi. C'est presque une activité à temps plein que de s'occuper de votre santé et de votre corps.

– Et tout l'enjeu, ça a été pour moi de travailler un maximum les douleurs pour essayer de m'en sortir pour justement délocaliser. Quand on a une pathologie, quelle qu'elle soit, à un moment il faut se dévictimer et se désidentifier de ça. Ce n'est pas facile, il y a tout un processus intérieur. Là, moi j'essaye justement de me désidentifier, c'est-à-dire... je

ne suis pas que ça. Mais c'est difficile de voir autre chose, à un moment donné il y a un focus qui se fait. On a du mal à voir ses compétences, ses capacités d'adaptation... que j'ai aussi développées grâce à la maladie et qui sont transférables sur un domaine professionnel. C'est tout ça en fait.

– Vous travaillez justement à ça, à vous désidentifier, vous défocaliser. En quoi ça vous fait du bien ?

– Par exemple, nos rendez-vous. Ça a toujours été de me ramener au réel. Je ne dis pas que ce que je vis n'est pas réel, mais ça a été de me ramener à des choses factuelles avec bienveillance. J'ai une énorme autodépréciation en fait. On est au chômage et en plus on a une pathologie qui s'est aggravée, c'est terrible. Et en plus, moi j'ai vécu, et je pense que je ne suis pas la seule, un parcours un peu chaotique dans le monde professionnel. Après, c'est comment on arrive à se relancer. Donc c'était aussi important que vous puissiez, avec un regard neutre et vos compétences dans le domaine de la psychologie, me dire qu'il y avait des éléments à regarder, optimiser. C'est ça en fait, m'amener à regarder certaines choses. Je pense que le chômage c'est une bulle. Il faut justement aller voir des personnes qui nous fassent sortir de notre bulle. On peut juger un peu les gens de feignants mais je pense qu'il y a très peu de personnes feignantes. On sort du système, il y a une perte de repères et je crois que tout l'enjeu est là.

– C'est ce que l'on disait lorsque vous évoquiez comment vous viviez le chômage, votre sommeil dérégulé, une perte de repères... Vous disiez aussi cette manière de vous présenter, avec les premières questions liées au travail, et la honte que vous pouviez ressentir.

– Et quelque part, quand on porte la honte ou la culpabilité, ce n'est pas une énergie qui propulse et qui nourrit pour aller bien se vendre sur le marché du travail ou pour bien se diriger. Ça a forcément pour moi un impact sur le physique.

– Pour revenir sur le travail de santé que vous faites actuellement, je repose ma question : qu'est-ce qui vous fait du bien ?

– Déjà, être comprise. L'espace d'expression sans jugement, c'est très important. C'est bien connu, dans la famille on a rarement ça... et en plus quand on n'a pas de travail. Ça c'est une première étape... un espace d'échange, d'écoute. Ce que j'apprécie encore plus, c'est d'être comprise et d'avoir aussi un retour. Il faut vraiment qu'il y ait cette part de "je vous ai entendue, comprise et moi je vous donne de la matière". Donc on repart avec des outils, des choses qui font leur chemin, qui contribuent à faire voir autrement, à impulser différemment. Je ne pense pas qu'on puisse proposer les mêmes outils à tout le monde, c'est une erreur. Il y a besoin de quelque chose de personnalisé.

– Oui, il faut que ce soit du sur-mesure.

– Presque oui, ces temps de parole et d'écoute sont importants mais parce qu'ils sont suivis d'actions et d'objectifs. Ça c'est important. »

Trouver et intégrer un métier compatible avec sa santé

Les personnes expriment souvent leur méconnaissance des activités qui seraient compatibles (et de celles qui sont incompatibles) avec les limitations engendrées par leur problématique de santé ; elles déplorent en corollaire l'absence d'un service qui apporterait une information personnalisée sur les possibilités d'emploi eu égard à ces limitations. Ce n'est pas la question de l'aménagement des conditions de travail qui est posée ici, mais celle des caractéristiques intrinsèques aux métiers et à leurs conditions d'exercice.

« Parfois on n'est pas à même de corréler un problème de santé avec une expérience professionnelle. On a besoin de personnes qui soient plus au fait de tout ça, pour faire des liens et nous aider à trouver nos propres solutions ou ressources. Il manque un service médical qui ait un pied dans ce monde du travail pour arriver à convertir les données médicales, le handicap, avec un jargon plus professionnel » (Céline, 38 ans).

« C'est compliqué de trouver la bonne entreprise, bien évaluer les besoins et mes contraintes et ce qui est possible dans la réalité actuelle » (Nadia, 52 ans).

Les candidatures à un emploi concomitantes à un problème de santé peuvent engendrer le sentiment d'une obligation de mentionner sa pathologie et de justifier de sa compétence malgré la maladie. Ou bien ce sont les CV qui font apparaître des périodes non travaillées, suscitant des interrogations sur les causes de ces parcours perçus comme « chaotiques. » Tout cela, qui jette le doute sur l'aptitude à travailler, affaiblit la présentation de soi (trop détaillée ou pas assez explicative) lors de l'entretien. Les personnes souffrent en fait d'un manque d'aide spécifique à la préparation des candidatures.

« Pour les candidatures, je gère, enfin... j'arrive à passer l'étape de l'écrit des candidatures et aux oraux, c'est compliqué parce que j'ai un trou d'un an dans mon CV. Donc je leur dis que j'étais en maladie. Et c'est : "Est-ce qu'il faut un aménagement de poste ? Est-ce que cela... Est-ce que vous allez... ?" Voilà, je pense que les gens s'imaginent que j'ai un cancer (*rire*). Non, j'en sais rien mais voilà, c'est très compliqué. Et physiquement, je n'avais pas de sourcils. Parce que là, j'ai été greffée au niveau des sourcils. Là, j'ai les sourcils qui repoussent. Donc, ça été très très compliqué. Je n'avais pas le droit de mettre des crèmes et j'avais le visage quand même un peu plus rouge. Donc, c'était très très compliqué, je pense, pour les employeurs, je peux comprendre, mais voilà » (Adeline, 41 ans).

« Lors de mon dernier entretien, mon approche n'a pas été la bonne, mon entretien je l'ai mal pris, et je m'en suis rendu compte après. Je pars d'un principe, c'est que quand on vous demande d'expliquer quelque chose, bah j'explique. Sauf que très souvent, on est trop long » (Damien, 47 ans).

« Ce n'est pas facile de parler de ses problèmes de santé. Peu importe le problème que ça touche, on est dans le domaine de l'intime, donc il faut le faire avec beaucoup de pudeur » (Céline, 38 ans).

« Clairement, tout seul je n'y arrive pas. Bah un CV, une lettre de motivation, un échange téléphonique, il faut que ce soit parfait, et comme quand je le fais ce n'est pas pleinement satisfaisant, je repousse. La

peur est là tout le temps. Les relations aux recruteurs c'est compliqué, il y a une notion de séduction, pour ne pas décevoir, maximiser mes chances ; je vais gamberger et du coup perdre du temps, il va y avoir un moment de flottement et ça peut aussi être interprété comme quelqu'un d'indécis. [...] J'ai tellement peur d'essayer un refus que je préfère rester dans l'inconnu, dans l'inaction, c'est plus rassurant de ne pas exister d'une certaine manière que d'être confronté à un rejet » (Thomas, 43 ans).

Une intermédiation avec les employeurs est ainsi souhaitable pour les sensibiliser non seulement, comme on vient de le voir, aux trajectoires professionnelles bousculées par les problématiques de santé, mais aussi à une compréhension des difficultés inhérentes à la reprise du travail. Cela passe par une organisation ad hoc de l'intégration dans l'emploi. Une condition de réussite de la reprise d'activité se trouve également dans l'attitude managériale de soutien développée, non seulement face à la fragilité des personnes, au manque de confiance en elles, mais aussi face à la nécessité de construire une nouvelle identité professionnelle, d'apprendre de nouveaux rôles, de trouver de nouvelles formes d'engagement professionnel⁴.

« J'ai à cœur de retravailler, mais je pense que mon rapport au travail est peut-être difficile ; par exemple, je ne comprends pas trop le second degré quand on plaisante, je prends l'agressivité des autres pour moi, alors que je n'y suis pour rien et je ne le vis pas forcément bien. [...] Il faudrait aussi que le chef verbalise plus ce qui va, ce qui ne va pas. Sans indication de sa part, j'ai tendance à penser que je suis nulle. Et ça, je pourrai le travailler avec l'emploi accompagné. Pour m'aider à dialoguer avec le patron. Je n'arrive pas à m'exprimer » (Marie, 44 ans).

4. A.-M. Vonthron, E. Vayre, « Réintégration au travail dans l'organisation après une longue absence : une transition professionnelle multiforme », dans I. Orly-Louis, A.-M. Vonthron, E. Vayre, I. Soidet (sous la direction de), *Les transitions professionnelles*, Paris, Dunod, 2017, p. 235-254.

Cette démarche d'intermédiation est ce qui a permis à Aurore (25 ans) de s'engager dans une formation en alternance au sein d'une entreprise dans laquelle elle avait réalisé préalablement une immersion exploratoire. Initialement enfermée chez elle avec une très forte phobie sociale (et de multiples troubles somatiques), Aurore s'est résolue à consulter un médecin après un patient travail d'accompagnement individuel. Un traitement contre l'anxiété lui a permis de ré-ouvrir son horizon social avec quelques amis choisis puis, de proche en proche, de franchir le pas de participer à un groupe de parole que nous avons animé avec la psychologue. Au cours des six mois de cet atelier mensuel, tout en conservant son accompagnement individuel avec la psychologue, Aurore a progressivement développé son expression, sa capacité à s'adresser à autrui ; elle s'est aussi de plus en plus préoccupée de sa présentation physique, moins pour satisfaire des normes sociales d'apparence que par plaisir de prendre soin d'elle-même (coiffure, maquillage, tenue vestimentaire...). Un contrat en alternance a suivi dans une entreprise d'informatique, domaine qui lui est familier, elle qui un an auparavant restait cloîtrée chez elle avec des jeux vidéo...

Développer des activités en groupe

Les personnes ont exprimé lors des entretiens leur besoin d'activités de groupe aux formes et finalités variables : groupes de pairs ou de parole dans la durée, séance ponctuelle de partage d'expérience, ateliers créatifs, ateliers d'écriture, de gestion du stress. Une dimension de réassurance est au principe de ce type de souhait, comme on le voit ci-après :

« Pour les personnes qui sont depuis longtemps au chômage comme moi, je pense qu'il faudrait des sortes d'ateliers qui permettraient de se rendre compte que ce n'est pas grave, qu'il y aura du mieux plus tard, la roue tourne, que cela va aller » (Laurine, 26 ans).

Les personnes à qui de telles activités collectives ont été proposées témoignent des bienfaits de cette modalité d'accompagnement qui apporte un recul sur sa situation en la comparant à celles des autres, fournit à chacun les savoirs d'expérience des autres et favorise un engagement dans l'action.

« Pour une fois qu'on nous donne la parole ! Quand on est au chômage, on peut avoir des dérapages, des choses qui s'installent, ça fait du bien d'en parler, qu'on nous donne la parole, qu'on ne dise pas qu'on attend dans notre canapé en regardant la télé » (Aline, 32 ans).

« Ça nous a donné un peu d'espoir parce qu'on était décalés du monde du travail. Ça fait du bien de s'exprimer, d'écouter les situations de personnes dans le même cas » (Alex, 31 ans).

« Mettre des mots sur les étapes par lesquelles on passe, ne pas culpabiliser, ne pas être seule. On va partager : nous avons plusieurs parcours et un rapport différent à la maladie » (Marielle, 47 ans).

Dans les ateliers d'échange, le récit de l'autre est une aide à l'élaboration psychique de son propre récit sur les situations passées et sur son actualité. Nous y consacrons la partie suivante pour illustrer comment le groupe de pairs non seulement permet une rupture de l'isolement et un soutien social dans son cheminement, mais aussi se fait lieu de construction de nouvelles normes personnelles de travail et de santé, celles-ci guidant les transactions avec l'environnement du marché de l'emploi⁵.

L'ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF

Bien que dans le champ de l'accompagnement à l'insertion professionnelle ou au retour en emploi les dispositifs prennent le

5. D. Lhuilier et coll., « Restauration de la puissance d'agir par un travail en groupe : retour sur les fonctions et transformations des clubs "Maladies chroniques et travail" », *Pratiques psychologiques*, vol. 20, n° 4, 2014, p. 249-263.

plus souvent la forme d'accompagnements individuels, la part des dispositifs collectifs est en développement du fait des apports du groupe aux processus de reconstruction et d'apprentissage de la recherche d'emploi. L'analyse des différents dispositifs d'accompagnement vers et dans l'emploi montre une relative standardisation du contenu et des outils mobilisés. La forme générique est celle d'un suivi et d'un contact régulier avec un référent, de la formalisation des engagements de chacune des parties, d'une alternance entre consultation individuelle et atelier collectif, de l'apprentissage de techniques de recherche d'emploi⁶. Au sein même des temps collectifs proposés, les séances sont bien souvent organisées de manière standardisée, privilégiant des étapes prédéfinies autour de thématiques séquencées, qu'il s'agisse de techniques de recherche d'emploi, de la construction de projets professionnels, d'expériences d'apprentissage favorisant la prise de conscience de caractéristiques personnelles, d'identification des intérêts ou des choix de buts.

L'accompagnement de groupe ne s'oppose pas aux accompagnements individuels, il les complète en offrant d'autres ressources. Le groupe de pairs permet le partage de souffrances et la levée de l'isolement dû à l'incompréhension de cette souffrance de la part de l'entourage. Il permet de dire ce qu'on ne peut pas dire ailleurs, et d'être entendu sans avoir à se justifier ni à faire la preuve de son mal-être. En amont de la construction de projet, avec sa dimension pragmatique – la conscientisation des conditions – et sa dimension programmatique – l'élaboration de buts et des stratégies pour les atteindre⁷ –, nous avons proposé

6. A. Fretel, « La notion d'accompagnement dans les dispositifs de la politique d'emploi : entre centralité et indétermination », *Revue française de socio-économie*, n° 11, 2013, p. 55-79.

7. J. Ardoino, *Les avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir*, Paris, Puf, 2000.

aux participants à des groupes de pairs, lors de tours de table, la présentation des actions engagées ou empêchées. Les participants ont en partage des expériences communes : une santé fragilisée et une vie au chômage en défaut de collectifs de travail. Aussi, le commun n'est pas la pathologie (qui peut être gardée secrète, parfois non diagnostiquée mais manifeste) mais la vulnérabilité éprouvée, à la fois vitale (morbidity) et sociale (désinsertion). Il s'agit d'expérimenter ici les enseignements de la pair-aidance⁸. Historiquement, ce sont les associations de malades et plus particulièrement les Alcooliques anonymes (AA) qui furent les pionniers des groupes d'entraide. Ils s'appuient sur la valorisation et le partage des acquis par l'expérience et favorisent la transmission, l'identification et la rupture de l'isolement. Le groupe fonctionne sur le principe d'une pair-aidance mutuelle, mode de fonctionnement courant dans les associations d'usagers en santé.

Plutôt que de centrer la réflexion collective sur la résilience, les attentes, les prédispositions ou le contexte, il s'agit davantage d'orienter les explorations sur les buts et conditions de l'action. « La finalité de cet agir est de (re)construire les conditions de possibilités d'un agir dans le monde, ce qui ne signifie pas que l'environnement n'est pas indispensable à cette action individualisée⁹. » En effet, les modalités d'agencement dans la durée

8. A. Bonnami, « La reconnaissance des savoirs expérientiels dans la formation de pairs aidants. Analyse d'un dispositif de formation au sein de l'IRTS Montrouge-Neuilly-sur-Marne », *Vie sociale*, n° 25-26, 2019, p. 225-242 ; G. Cloutier, P. Maugiron, « La pair aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française », *L'information psychiatrique*, n° 92, 2016, p. 755-760 ; L. Demailly, N. Garnoussi, *Aller mieux. Approche sociologique*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2017.

9. M.-H. Soulet, « Changer de vie, devenir autre : essai de formalisation des processus engagés », dans M. Bessin, C. Bidart, M. Grossetti (sous la direction de), *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, 2010, p. 273-288.

des trajectoires de santé et des trajectoires professionnelles ne dépendent pas essentiellement des pathologies ou du déclin des capacités fonctionnelles, mais plutôt des capacités à les compenser par des stratégies opératoires et relationnelles, par diverses formes de régulation. Encore faut-il que l'environnement laisse aux personnes une marge de manœuvre suffisante pour que ces régulations et modalités de compensation des limitations puissent se construire¹⁰.

Le dispositif collectif expérimenté (à Cap emploi et Pôle emploi) a été construit autour d'une activité commune : accompagner chacun dans ses tentatives d'analyse de ce qui l'immobilise et dans ses déplacements vers l'action. Au fondement de la dynamique de groupe que nous cherchons à favoriser, il y a la relance de la temporalisation, qui passe par l'activité car cette dernière implique une production temporelle, une circulation entre les catégories du temps : présent, passé et avenir.

Ces groupes se présentent aussi comme un lieu où les « sans voix » peuvent dire, éprouver des faits, être entendus. Ils favorisent l'intelligibilité de l'éprouvé, la subjectivation, la réinterrogation des normes sociales, des valeurs, des représentations. Ils ouvrent des possibles (une autre vie possible) et restaurent pouvoir et puissance d'agir grâce aux processus qui se développent lors des réunions.

Les ateliers « Chômage et santé » s'inscrivent dans une complémentarité avec les autres activités sociales, thérapeutiques ou de développement personnel auxquelles participent beaucoup de volontaires. Le groupe constitue un lieu suffisamment accueillant pour que les participants puissent y déposer ce qui les blesse, les

10. D. Lhuilier, A.-M. Waser, « Vivre et travailler avec une maladie chronique : différences et condition commune », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 80, n° 5, 2019, p. 375-385.

ronge, les enrage. Et construire un récit¹¹ qui puisse être entendu, compris par les autres et à partir duquel ils peuvent élaborer un futur compte tenu de ce qui s'est passé. Les ateliers visent l'émancipation par une alliance faite de réciprocité d'efforts, de ressources, d'idées¹² jaillissant du groupe, et par une reconquête d'une énergie vitale retrouvée grâce à l'activité¹³, qui suppose de (re)trouver-crée une place sociale dans laquelle chacun peut, durant un moment, croire, faire des expériences, tirer des enseignements, s'épanouir. Le propre de l'activité est, selon nous, la mise en lien, la créativité, la prise de responsabilité, toutes choses qui font santé. En participant, le sujet contribue à modeler le champ dans lequel il s'inscrit. Il y trouve une place qui l'engage, le consacre.

Un dispositif de groupe de pairs a ainsi été expérimenté avec des personnes suivies par Cap emploi. Coanimé avec des acteurs de l'accompagnement (conseillères en insertion professionnelle et psychologue de Cap emploi), ce dispositif a été mis en place avec des adultes en situation de handicap, « loin de l'emploi » et dont une majorité connaissent une rupture immobilisante, afin d'élaborer un projet d'activité tenant compte de nouvelles normes de vie¹⁴. Durant un an, cet atelier mensuel s'est tenu dans les locaux de Cap emploi. Il a regroupé une dizaine de participants âgés de 25 à 58 ans, dont une majorité de quadragénaires. Par les tours de table répétés à chaque séance, chacun reconnaît dans le récit des autres des éléments qui créent une proximité mais aussi et surtout une

11. P. Ricoeur, *Temps et récit*, tome I : *L'intrigue et le récit historique*, Paris, Le Seuil, 1983.

12. M.-H. Bacqué, C. Biewener, « L'empowerment, une pratique émancipatrice », *Revue Projet*, n° 5-6, 2013, p. 186-187.

13. M.-A. Dujarier, C. Gaudart, A. Gillet, P. Lénel (sous la direction de), *L'activité en théories. Regards croisés sur le travail*, Toulouse, Octarès, 2016.

14. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (1966), Paris, Puf, 2013.

émotion. « Je suis touchée par ce qu'Anaïs dit, j'ai vécu des choses tout à fait similaires. » Le registre émotionnel autorise à dire ce qui a été vécu, ressenti. Si le groupe oblige à contenir son émotion, il invite également à expliciter la situation afin d'explorer ensemble ce qui s'est passé et d'établir des liens. À l'issue de chaque séance, un compte rendu analytique était rédigé à partir de l'enregistrement audio de la séance. Adressé à tous les participants, il faisait l'objet d'échanges lors de la séance suivante.

L'analyse de ce qui se joue dans les ateliers Chômage et santé nous a permis de repérer un processus d'évolution passant par trois phases chez la majorité des participants (deux personnes, tout en continuant à participer à chaque séance, n'ont pu que répéter leurs empêchements multiples, voire affirmer les bénéfices du statut de malade en invalidité – dispensé d'obligation d'emploi). Nous allons illustrer nos observations par une sélection de deux cas, ceux de Louis et de Chantal : ils témoignent de façon exemplaire des tâtonnements mais aussi des déplacements opérés au cours des séances par l'activité narrative, le dialogue entre pairs, le partage d'expériences et la stimulation apportée par les initiatives prises par les uns ou les autres.

*Du déni au récit de ce qui s'est passé : subjectivation
et expérimentation d'activités personnelles et personnalisantes*

Le travail d'élaboration d'un récit de son histoire peut conduire à réinterroger des normes sociales, son propre rapport aux normes (familiales, professionnelles) ; il peut mener à une analyse de sa place dans les mondes sociaux traversés, des effets ressentis, ainsi qu'à une réévaluation des priorités, des modèles de vie¹⁵.

15. J. Curie (sous la direction de), « Durée du chômage et phases d'évolution des chômeurs », dans *Travail personnalisation, changements sociaux*, Toulouse, Octarès, 2000, p. 321-347.

Louis, 46 ans, a exercé comme barman dans un restaurant dans lequel il se sentait bien. Ce travail lui permettait d'avoir des relations conviviales et quotidiennes avec les clients. Cependant, le surinvestissement au travail le conduit à un divorce et à un AVC invalidant : il est en chaise roulante, paralysé du côté gauche. Au bout de six mois de rééducation, il récupère de la mobilité. Une insuffisance cardiaque l'oblige à repenser la vie qui serait possible pour lui. Au groupe, il décrit son quotidien au chômage : « Je fais de la marche tous les jours, deux, trois fois par semaine je vais à la piscine. Oui, je m'occupe !... Ce que j'aimerais maintenant, c'est juste incorporer un mi-temps. » Dans les échanges au sein du groupe, il martèle : « C'est la santé d'abord... il est hors de question d'avoir un deuxième AVC. » Et devant l'absence généralisée de régulation collective au travail, il prend conscience qu'il doit pouvoir résister, seul, à la tentation d'en faire trop. Un emploi à mi-temps se dessine. Au chômage, il a réduit son train de vie et il priorise désormais les activités favorables à l'entretien de sa santé. Les revenus du travail ne sont plus l'objectif majeur. Le travail doit contribuer à développer sa santé.

Chantal, 57 ans, a travaillé comme aide-soignante durant trente-sept ans dans un centre de rééducation. Un travail qu'elle a aimé, elle y était à sa place. En fin de carrière, les douleurs aux épaules et au dos se font sentir et elle demande un aménagement de son poste afin de pouvoir terminer sa carrière : « Un service à 80 % dans une petite unité avec des patients un peu moins lourds. » La nouvelle direction lui refuse cet aménagement. Peu de temps après, elle est diagnostiquée avec un cancer du sein. Après son congé maladie de longue durée, le bras opéré est douloureux et elle doit encore subir des traitements invalidants durant plusieurs années. Elle propose à sa hiérarchie de revenir sur un poste à l'accueil. Cette dernière la contraint à reprendre un poste d'aide-soignante de jour. Elle ne l'accepte pas et est licenciée pour

inaptitude après « trente-sept ans de bons et loyaux services ». Abattue, elle ne comprend pas ce qui lui arrive et reste bloquée trois ans. Elle est face à une contradiction qui la ronge : elle veut retravailler car c'est la norme, mais ne peut envisager une formation longue et ne sait pas si elle pourrait encore tenir un poste à 57 ans.

Dans les ateliers, elle ressasse les différents moments conduisant à son licenciement et qui nourrissent des regrets. Elle culpabilise de n'avoir pu terminer sa carrière comme aide-soignante, de n'avoir pas assez d'entrain pour se projeter dans un nouveau métier et appréhende une vie sans travail : « J'ai toujours travaillé, je ne veux pas être seule à la maison à ruminer vingt-quatre heures sur vingt-quatre, le licenciement, la maladie. » Au fil des mois, elle parvient progressivement à faire non seulement le deuil de son métier mais aussi du travail-emploi, grâce au bénévolat qu'elle fait dans une association d'entraide de patientes atteintes du cancer et à la valorisation que les membres de l'atelier font de son implication. Le déplacement qu'elle opère, de l'investissement au travail vers l'investissement associatif, ouvre des perspectives aux autres participants de l'atelier qui, alors, font part de leur parcours et enrichissent leur récit des expériences faites dans d'autres univers, faisant ainsi de leur vie au chômage une vie bien plus riche que celle décrite au premier jour de l'atelier.

En renouant avec des activités du passé, le groupe conduit chacun des participants à accroître l'intelligibilité de l'éprouvé qui se présente comme un appui pour orienter les choix de vie et efface progressivement la « page vide » de leur présent-futur – devant laquelle certains restent bloqués durant des mois, des années.

*Construction d'un avenir tenant compte du passé :
normativité*

L'accompagnement au service de la normativité – entendue comme la définition de nouvelles règles et d'un nouvel environnement de vie – vise à conduire les participants à élaborer un projet d'activité, de métier, d'emploi tenant compte de ce qui s'est passé. Pour cela, il est nécessaire de réinterroger les normes sociales, ses propres normes et d'en créer de nouvelles afin que l'activité, dont il s'agit de décrire les conditions, permette le développement de la santé, somatique et psychique. Ainsi, les tours de table répétés à chaque séance portent sur les activités quotidiennes des participants, ce qu'ils font, ne font pas, ne font plus, ce qu'ils aimeraient faire, pourraient faire, etc., sur ce que procurent ces activités en termes de bien-être, d'enrichissement, de remise en question, de subjectivation, etc.

Dans l'atelier, Louis définit clairement son objectif : reprendre un travail à temps partiel, qui lui permette de sortir de chez lui, voir du monde et s'engager physiquement, mais pas trop non plus. Il refuse de subir la pression et se donne une règle : « S'ils ne sont pas contents de moi ou moi pas content d'eux, je pars. C'est tout. La santé est prioritaire. » Après trois ans de chômage, il accepte une immersion de seize heures par semaine, non rémunérée, comme hôte de caisse : un nouveau métier pour lui, qui se présente comme un test, sans engagement ni de sa part ni de l'entreprise. À l'issue de la semaine, il est rassuré sur ses capacités et découvre un monde du travail bienveillant : « Là, je vois vraiment ce que je peux faire... cinq ou six heures debout, c'est jouable. »

Cette configuration atypique – choisir des conditions de travail plus qu'un employeur ou un métier – a surpris les participants de l'atelier. Pour la majorité d'entre eux, le retour au travail n'est

pas envisageable car les exigences des postes convoités sont trop élevées et non négociables.

Lors d'une séance, la conseillère Cap emploi de Chantal souligne son « beau parcours ». « Ça m'a fait du bien d'entendre ça et surtout de le voir écrit ! », rétorque-t-elle. La question posée par des participants : « Qu'est-ce qui vous permettrait de tourner la page ? » fonctionnera comme un déclic. Après plusieurs semaines de réflexion, Chantal indique au groupe que si elle avait eu des remerciements sur la qualité de son travail, son dévouement (les remplacements de collègues au pied levé, etc.), elle aurait pu partir le cœur léger. Son récit évolue au fil des séances et elle parvient à formuler que la qualité de son travail et son engagement n'ont pu être reconnus par la nouvelle équipe de direction en raison des objectifs de rentabilité – que n'avait pas son ancienne direction. À travers les échanges entre participants, elle comprend combien le monde du travail a changé : « Mes anciens chefs, ils n'auraient jamais pu faire ça. » Elle dit ne pas aimer ce monde du travail-là, ce qui lui permet de prendre de la distance. Cette recontextualisation la libère progressivement de son sentiment d'échec et de cette obligation qu'elle se faisait de travailler jusqu'à sa retraite. Sa santé, sa famille deviennent sa priorité. Une page se tourne et ouvre sur un avenir.

Dans l'association de soutien aux femmes touchées par un cancer du sein, elle participe aux diverses activités proposées et souhaite désormais devenir bénévole afin d'aider les autres. L'intérêt porté par les participants de l'atelier à ses activités associatives lui permet d'accéder à la reconnaissance de la valeur de cette activité bénévole.

Le groupe a été moteur des déplacements opérés par Chantal qui, comme Louis, envisage désormais les activités choisies, professionnelles ou bénévoles, comme ressources permettant de construire sa santé. Une santé individuelle qui, parce qu'elle

s'extrait de la sphère privée, trouve des résonances dans le groupe, se construit grâce aux expériences, aux déplacements et à l'intelligibilité favorisée par le collectif.

Transformer son milieu : s'émanciper, avoir une place sociale, développer sa santé

Se transformer ne peut se faire sans transformer le milieu, sans s'émanciper de certaines contraintes ou normes et se forger une place sociale. L'homme ne s'adapte pas, il (re)configure le milieu pour pouvoir s'y développer¹⁶. Les échanges pendant les séances portent non seulement sur comment se transformer (se mobiliser, calmer ses angoisses, sortir de l'isolement, perdre du poids ou stopper/réduire sa consommation de tabac, d'alcool ou de somnifères...), mais encore sur comment transformer son milieu de vie et/ou de travail pour pouvoir réaliser la renormalisation visée. Une participante handicapée par un surpoids dans sa vie quotidienne partage avec les autres ses difficultés à se tenir au régime décidé alors que le reste de la famille garde les mêmes habitudes alimentaires. Un autre, sous l'emprise de conduites addictives aux jeux vidéo, réalise que cette activité est commune au couple et qu'ils ne pourront s'en défaire qu'ensemble.

Louis, en revanche, fait la démonstration qu'il est possible, dans certains contextes, de transformer non seulement ses propres manières de travailler mais aussi son milieu de travail. Il parvient à faire de son poste d'hôte de caisse un poste à la mesure de ses attentes. L'obligation qu'il se donnait, au chômage, d'aller se promener en ville tous les jours était aussi motivée par le fait d'y faire des connaissances, « bavarder, discuter, passer un moment agréable ». Dans son poste d'hôte de caisse, il fait du passage en

16. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op. cit.

caisse l'occasion d'une rencontre : « Je vois du monde, on discute juste ce qu'il faut, "Comment ça va ?" etc. » Lorsqu'un client est au téléphone, il attend que la personne termine son appel pour la saluer et ne commence le traitement des articles sur le tapis que lorsque le client est disponible. Son travail n'aurait pas de sens pour lui si le client n'était pas avec lui durant le traitement de ses achats. Un sourire, un regard, deux ou trois mots lui permettent de ne pas se vivre comme une machine à enregistrer. Il attend considération et reconnaissance de la part des clients et entend bien les socialiser à cette attention. « Et s'ils ne sont pas contents, il y a des caisses automatiques. » Pour s'assurer d'être compris par ses collègues du magasin et sa hiérarchie, il a mis en discussion cette stratégie d'engagement des clients. Car cette attente de la disponibilité du client peut être évaluée comme une perte de temps, de rentabilité. Elle peut a contrario être considérée comme un service rendu, car certains clients, eux aussi, éprouvent le besoin d'une interaction. À la suite de ces échanges, Louis a obtenu l'aval de ses collègues.

En reconfigurant les relations au travail, Louis parvient à créer un milieu pour vivre en développant sa santé, se réjouit le matin de partir travailler et d'aider les autres participants de l'atelier qui s'appuient sur son expérience pour trouver des solutions à ce qui fait obstacle chez eux. Ainsi plusieurs séances de l'atelier ont porté sur la façon dont Louis a réussi à gérer la pression dans ce nouveau métier d'hôte de caisse pour lequel il n'a pas été formé. Il indique les astuces mais aussi le déplacement qu'il a opéré – se mettre en position de choisir un employeur et des conditions de travail qui respectent ses nouvelles normes de vie –, ainsi que l'acceptation du temps de l'apprentissage, faire des erreurs, perdre du temps pour chercher les bonnes réponses, etc. Si Louis devait subir la pression au travail au-delà de son apprentissage, le contrat moral qu'il a passé avec lui-même et qu'il a rendu public au sein du groupe le

conduirait à quitter son poste. Construction et maintien de la santé sont bien une affaire collective, de société.

DIALOGUE ET TRAVAIL DU SENS : UNE SYNTHÈSE

Les personnes au chômage ayant des problèmes de santé sont prises dans une tension entre la difficulté de parler de leur situation – parfois de la penser – et le besoin fortement ressenti de la verbaliser. Il s'agit de mettre à distance la culpabilisation qu'engendrent la perte d'emploi ou la difficulté, une fois au chômage, à agir non seulement dans la sphère du travail (dont les actions de recherche d'emploi) mais aussi souvent dans l'ensemble des sphères de vie. Cette tension appelle des modalités d'échange permettant de recouvrer une confiance en soi et, de là, une capacité d'agir projetée dans un avenir professionnel et de vie qui tienne compte de sa maladie ou de ses fragilités physiques et psychiques ; qui tienne compte dans tous les cas d'un nouveau rapport à la santé, soit de nouvelles normes de santé.

Nous avons observé que ces nouvelles significations attachées à un « vivre en santé » se construisent tout particulièrement, d'une part, dans le dialogue entre pairs et la coopération qu'il engendre, d'autre part, dans le dialogue de conseil avec un professionnel¹⁷. Au principe de ces deux modalités d'accompagnement, mais selon des ressorts différents, la mise en récit tant de situations passées que des activités (et non-activités) présentes est ce qui permet de faire évoluer ses propres représentations, de s'autoriser à le faire. Ainsi se construit un nouveau sens à donner à son système de vie qui intègre dans une cohérence d'ensemble des normes de santé et de travail propres à satisfaire ses valeurs. Se reconstruisent et

17. J. Guichard, M. Bangali, V. Cohen-Scali, J. Pouyaud, M.-L. Robinet, *Concevoir et orienter sa vie : les dialogues de conseil en life design*, Paris, Éditions Qui plus est, 2017.

se développent dans le même temps un pouvoir et une puissance d'agir (maîtrise des conditions d'action pour le premier, ressource motivationnelle intrinsèque à l'action pour la seconde) qui impliquent une autonomie de jugement et de décision et réconcilient les personnes avec le potentiel de réalisation de soi, et donc la part d'inconnu inhérent à tout projet d'avenir et à toute action avec autrui et dans le monde.

Conclusion

L'évolution du monde du travail, qui favorise intensification, précarisation, individualisation, parcellisation des tâches, turn-over, est préoccupante car elle impacte la santé mentale et physique, use prématurément. L'invisibilisation des privés d'emploi masque les processus qui conduisent brutalement ou progressivement à la porte de ce monde du travail, comme ceux qui maintiennent durablement hors des sphères productives. Le chômage est un observatoire de cette évolution préoccupante. Il éclaire les profondes transformations du rapport au travail, qui ne concernent pas seulement, quoi qu'on en dise, les jeunes. Aussi, se préoccuper du sort qui est réservé aux chômeurs par notre société est déjà un acte militant. Lever le voile jeté sur les chômeurs permet aussi de montrer que les injonctions à « traverser la rue » pour prendre le premier emploi disponible, accompagnées des contrôles « d'une recherche active d'emploi », sont à mille lieux de la réalité des questions à traiter.

Au terme de ce livre, nous – partenaires de cette recherche-action et auteurs de cet ouvrage – nous sommes demandé comment nous saisir collectivement, de façon responsable, des conséquences de cette évolution délétère du monde du travail. Que faudrait-il transformer, améliorer, repenser, à tous les niveaux ? Ceux de nos représentations d'abord, mais aussi des

soutiens, des accompagnements à développer et des dispositifs institutionnels à changer.

Pour mieux saisir l'imbroglie institutionnel qui fait du chômeur une « charge » à traiter, l'isole, pointe ses incapacités, il est utile, dans un premier temps, de revenir sur la construction sociale de cette catégorie et le traitement institutionnel réservé aux « bons » et « mauvais » chômeurs. Puis, en nous appuyant sur l'expérimentation « Territoires zéro chômeur de longue durée », nous verrons qu'il est possible de remettre « en activité » tous ceux qui ne sont pas parvenus à se raccrocher à l'emploi. Enfin, forts de cette expérience qui se développe sur tout le territoire, et des enseignements de cette recherche-action, nous avons recensé ici un ensemble de perspectives d'actions permettant de faire évoluer le « tomber au chômage » vers une transition entre des moments « actifs en emploi » et d'autres moments « actifs ailleurs », en formation, en reconversion, en famille, en voyage, en travail de santé, en travail associatif, etc. Ces moments permettent de se ressourcer, de se réorienter afin de trouver une place plus ajustée à ses besoins, de gagner en autonomie, en émancipation, pour, à son tour, aider, accompagner d'autres, agir collectivement.

RETOUR SUR UN DEMI-SIÈCLE DE POLITIQUE D'EMPLOI, DE CLASSIFICATION ET D'ASSURANCE CHÔMAGE¹

Malgré l'attention croissante des pouvoirs publics à la dimension sociale de la réinsertion professionnelle, les questions liées à la santé des destinataires des politiques de l'emploi, les chômeurs, n'ont jamais fait l'objet d'un traitement spécifique, alors même que les acteurs sur le terrain font état de l'importance croissante

1. Les paragraphes sur les politiques de l'emploi ont été rédigés par Carole Tuchsirer.

des problématiques médico-sociales et des difficultés qu'elles posent dans leur accompagnement.

Les arènes académiques, elles aussi, ont joué aux absentes dans l'observation de la relation santé/chômage. Pour donner sens au constat d'une relative vacance de travaux sur les questions de santé dans leur lien avec le chômage, peut-être faut-il revenir à l'histoire, en remonter le temps, lorsque furent conçues les premières formes d'intervention publique en direction des chômeurs. C'est à la fin du XIX^e siècle que la question de la prise en charge des chômeurs émerge pour leur venir en aide par des voies qui dessineront les contours d'une future et encore lointaine assurance chômage².

Dès cette époque, il n'est pas question de secourir tous les chômeurs et un véritable travail de classification se met en place pour isoler ceux qui seront dignes d'être secourus par l'État ou les caisses ouvrières. Séparer le bon grain de l'ivraie. La catégorisation effectuée par l'Office du travail en 1905 isole deux catégories de chômage : le chômage libre et personnel et le chômage forcé, immérité. C'est dans cette seconde catégorie que seront sélectionnés les chômeurs pouvant relever d'un secours s'apparentant à des allocations chômage. Les autres, les indigents, les vagabonds mais également les invalides, sont renvoyés vers des mécanismes d'assistance gérés localement par les institutions de bienfaisance. Plus précisément, les personnes atteintes de maladie, d'infirmité ou de limite d'âge (la vieillesse) ne pourront prétendre aux aides de l'État car elles sont supposées ne plus être aptes à travailler. C'est donc cette référence à l'employabilité, à la disponibilité immédiate sur le marché du travail et à l'obligation, en conséquence, d'être inscrit dans un bureau de placement qui trace la frontière des indemnisables et des non-indemnisables. La maladie est renvoyée à des formes de prise

2. C. Daniel, C. Tuchsirer, *L'État face aux chômeurs*, Paris, Flammarion, 1999.

en charge et à des structures autres que celles relatives aux institutions naissantes du marché du travail. Ainsi, dès les origines de l'invention du chômage³, la santé apparaît comme une incongruité dans la prise en charge des chômeurs, incongruité qu'il faut traiter en dehors du marché du travail et, au fond, il en sera ainsi tout au long de l'histoire des politiques d'emploi et d'insertion.

Au fil du temps, on pourrait affiner ce constat et avancer une hypothèse complémentaire, celle du rôle de triage social que la santé a joué dans la gestion de la file d'attente des demandeurs d'emploi. Un parallèle pourrait être effectué entre la santé et la vieillesse. Selon la conjoncture, l'âge a toujours servi en France de variable d'ajustement du marché du travail⁴. En période de chômage massif, la tendance a été de multiplier les mécanismes de retrait du marché du travail des personnes âgées (abaissement de l'âge de la retraite, incitation à la retraite progressive) pour assurer un traitement dit social du chômage. On a vu ce processus à l'œuvre dès le milieu des années 1970. À l'inverse, en période de tension sur le marché du travail et de pénurie de main d'œuvre, la tendance consiste à allonger l'âge de départ à la retraite et à freiner le recours aux mécanismes de dispense de recherche d'emploi pour maintenir en emploi les personnes âgées. Notre actualité récente autour de la réforme des retraites en a fourni une illustration magistrale.

Il en a été également ainsi, bien que dans une moindre mesure, avec la santé. Dès le milieu des années 1990, dans un contexte de chômage élevé (conséquence de la guerre du Golfe), de nombreux mécanismes indemnitaires ont été utilisés au niveau européen pour transférer vers les régimes d'invalidité des personnes relevant de l'assurance chômage. Cette éviction avait pour corollaire un retrait des personnes « invalides », devenues inaptes à l'emploi. Ce fut une

3. R. Salais, N. Baverez, B. Reynaud, *L'invention du chômage*, Paris, Puf, 1999.

4. X. Gaullier, *L'avenir à reculons*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1982.

des deux traductions possibles de la doctrine consistant à activer les dépenses dites passives d'indemnisation chômage (retour à l'emploi et/ou durcissement des conditions indemnitaires). Les périodes de reprise d'emploi ont, à l'inverse, donné lieu à des mouvements de bascule dans l'autre direction, en contrôlant le bien-fondé de l'entrée dans les régimes d'invalidité pour en limiter l'accès et inciter au retour à l'emploi des « invalides » redevenus aptes au travail sous l'effet de la seule conjoncture économique.

La place qu'occupent les problématiques de santé dans les politiques d'emploi n'est donc pas gravée dans le marbre et, selon l'état de la conjoncture, elle a pu donner lieu à des orientations variées, justifiées par des éléments de doctrine qui doivent autant, sinon plus, à l'état du marché du travail qu'à l'état de santé des chômeurs. Du reste, la santé en tant que telle n'a pas constitué un champ d'intervention spécifique des politiques d'insertion. Bien au contraire, elle est venue se fondre dans la notion un peu fourre-tout des « freins à l'emploi » au même titre que les problèmes de logement, de mobilité, de garde d'enfant, tout ce qui au fond ferait obstacle au marché du travail, alors même que nombre de ces difficultés sont le lot commun des salarié-es en activité, difficultés avec lesquelles ils, elles, composent au quotidien. On peut donc mettre en discussion cette notion de « freins périphériques à l'emploi » qui s'est imposée au début des années 2000 en désignant d'emblée les personnes atteintes de troubles psychologiques ou d'addictions diverses. L'enjeu visait (et vise encore ?) à les renvoyer vers des structures spécifiques de remédiation psychosociale qui ne relèvent pas de la compétence de Pôle emploi et à les écarter ainsi provisoirement, le temps du traitement et de la levée desdits freins, du marché du travail.

Dans la période récente, deux doctrines ont pu caractériser la façon dont les politiques de l'emploi et d'insertion se sont emparées du sujet de la santé des chômeurs. La première fut précisément

celle des freins périphériques à l'emploi, à l'œuvre en 2008 lors de la réforme du RMI et de sa transformation en RSA (revenu de solidarité active). Derrière le « A » du RSA, il fallait comprendre que le versement de l'allocation serait désormais subordonné au projet d'activer les allocataires pour les inviter à reprendre un emploi ou une activité. Dès 2008, la doctrine des freins périphériques à l'emploi s'est donc imposée pour de nouveau opérer une classification des allocataires selon leur proximité à l'emploi, en évaluant les divers freins qui pouvaient faire obstacle au travail de rapprochement de Pôle emploi avec les entreprises. Sous l'impulsion de Martin Hirsch, alors haut-commissaire aux Solidarités actives, une nouvelle réforme du RMI sera adoptée pour favoriser le retour à l'emploi des allocataires et rompre avec une vision supposée par trop assistancielle de ce minima social. L'activation du RSA va concrètement consister à entreprendre un classement des allocataires en trois catégories selon leur degré de proximité à l'emploi : ceux considérés comme aptes à l'emploi sont pris en charge par Pôle emploi, ceux relevant de l'aide sociale sont accompagnés par le conseil départemental et ses services sociaux, et une dernière catégorie, à cheval sur les deux précédentes, regroupe les personnes présentant des freins périphériques à l'emploi (addictions, santé, troubles psychologiques, mobilité, logement) que Pôle emploi va externaliser auprès de structures spécifiques⁵. Ni totalement « cas social » ni totalement apte à l'emploi, cette catégorie recouvre les cas de personnes dont ils convient de régler les problèmes une bonne fois pour toutes avant de les remettre sur le marché du travail. On mesure le caractère illusoire d'une telle vision qui fait fi du constat que la santé est le fruit d'une construction tout au

5. Par la suite, cette catégorie de personnes sera étendue aux demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi faisant l'objet d'un accompagnement conjoint du conseil départemental (volet social) et de Pôle emploi (volet emploi).

long de la vie et qui se modifie dans le temps, se dégrade ou s'améliore sous l'effet d'une pluralité de facteurs – un travail choisi et désiré notamment. La réalité a du reste montré toute la fragilité conceptuelle de cette classification. Sur le terrain, elle a donné lieu à de nombreux effets de transfert d'une catégorie à l'autre et à de coûteuses conséquences administratives. La rhétorique des freins à l'emploi a ainsi révélé les difficultés qui sont celles du service public de l'emploi pour les traiter dans le cadre d'un travail d'accompagnement qui aujourd'hui passe plus de temps à orienter les chômeurs d'une prestation à l'autre qu'à écouter leurs récits de vie pour prendre en compte leurs difficultés et parfois leur souffrance.

Une nouvelle doctrine va voir le jour en 2013 avec l'adoption d'un dispositif expérimental : la « Garantie jeunes » ; elle se situe dans une vision qui prend le contrepied de la doctrine précédente. Sa cible est dédiée aux jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation, ni en études. Au-delà de ces critères référés au marché du travail, la Garantie jeunes entend resserrer le ciblage sur les plus vulnérables d'entre eux. La précarité financière, la vulnérabilité sanitaire et mentale font désormais partie des critères à prendre en compte pour intégrer les jeunes dans ce dispositif.

La Garantie jeunes se base sur un référentiel novateur dit de la « médiation active », lui-même inspiré d'une logique de *work first* (le travail d'abord). Ainsi, la stratégie du *work first* conduit, sauf exception, à ne jamais donner la priorité à la levée préalable des « freins à l'emploi ». À l'opposé de cette doctrine, il s'agit d'amener un jeune qui est prêt dans l'entreprise. C'est une stratégie qui parie sur les mises en situation de travail pour faire émerger tant les difficultés à traiter que les projets à accompagner⁶. Si l'on s'attache

6. N. Farvaque, C. Tuchsirer, « La Garantie jeunes en pratique dans les missions locales, une expérimentation encadrée », DARES, *Travail et emploi*, n° 153, 2018, p. 15-40.

à mesurer les conséquences concrètes de cette doctrine sur les questions de santé, l'approche du *work first* consiste à relativiser l'importance de ces freins, à ne jamais en faire un traitement à part et à considérer qu'ils peuvent trouver une solution dans le cadre de cet accompagnement centré sur le travail. Sur le terrain, c'est une doctrine qui a pu pêcher par un excès d'optimisme et de banalisation des questions de santé ; celles-ci ne peuvent être éludées ni même traitées à la marge. Elles doivent être prises en compte pour penser le retour à l'emploi dans une temporalité et des conditions qui fassent sens pour les intéressés.es.

On ne peut oublier que les questions de santé ne constituent pas « la porte d'entrée habituelle » des structures composant le service public de l'emploi. C'est notamment le cas pour Pôle emploi et les missions locales dont le travail d'intermédiation est dédié à l'emploi. Même constat, plus surprenant, pour les Cap emploi qui ont connu une évolution similaire axée sur le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap⁷. Alors que les professionnels de l'accompagnement prennent la mesure de la demande d'un accompagnement holistique, ils sont régulièrement reconduits vers les outils du référentiel de l'activation. D'où, sans doute, les nombreux tâtonnements observés au sein des politiques de l'emploi et du service public de l'emploi pour traiter les questions de santé dans un cadre qui reste originellement, et encore à ce jour, celui du placement et, secondairement, du contrôle des chômeurs⁸. À la fin des années 2010, ce sont des citoyens qui s'emparent de l'idée de trouver un travail (qui ne manque pas) à tous ceux qui en sont privés. Un travail différent,

7. S. Dessen, « Handicap et accompagnement vers l'emploi : un accès restreint au service public Cap emploi », *Connaissance de l'emploi*, n° 185, 2022.

8. M. Muller, *Le pointage ou le placement. Histoire de l'ANPE*, Paris, L'Harmattan, 1991.

construit au sein d'associations avec les bénéficiaires, les fournisseurs, l'employeur, un travail riche de sens...

L'EXPÉRIMENTATION « TERRITOIRES ZÉRO CHÔMEUR DE LONGUE DURÉE », LA SANTÉ AU CŒUR DU PRINCIPE DE L'ACTIVATION DES DÉPENSES PASSIVES

L'expérimentation Territoires zéro chômeur de longue durée (TZCLD) vise à offrir, sur des territoires qui décident de s'engager dans une démarche de réduction du chômage de longue durée, un CDI à des personnes en grande difficulté d'insertion en contrepartie d'activités nouvelles utiles à la société (maraîchage, services à la personne, mobilité, transport, recyclage/ressourcerie, conciergerie). Cette expérimentation, débutée en 2018, a conduit à la création de onze entreprises à but d'emploi (EBE), le plus souvent sous forme associative, qui emploient des personnes durablement privées d'emploi sur la base du volontariat et du temps choisi. L'octroi d'un salaire, financé majoritairement par les pouvoirs publics et secondairement par le chiffre d'affaires dégagé par les activités créées, est justifié par les économies que réalise la collectivité nationale en remettant à l'emploi des personnes en grande difficulté.

C'est donc le principe de l'activation des dépenses passives qui est à l'œuvre dans ce projet territorial : il consiste à réaffecter sur le financement de l'emploi l'ensemble des coûts associés à la privation d'emploi. Parmi ces coûts figurent explicitement les coûts indirects considérés comme induits par le chômage et relatifs à la santé, au handicap, à la délinquance, à l'échec scolaire, etc.⁹. La remise à l'emploi permet ainsi d'économiser sur ces coûts,

9. AGEFIPH, TZCLD, ETCLD, *Organisation de collectifs de travail inclusifs. Analyse de l'impact de l'expérimentation Territoires zéro chômeur de longue durée*, février 2021.

gain auquel il faut rajouter les recettes nouvelles induites par la réinsertion économique de ces personnes (prélèvement d'impôts, de charges sociales, de TVA, etc.). Divers travaux d'évaluation ont été conduits pour apprécier l'impact de cette expérimentation sur les personnes, les territoires et estimer le gain réel de ce projet sur les finances publiques. Leurs observations ne sont pas forcément convergentes. Le rapport d'évaluation conduit par l'IGAS et l'IGF¹⁰ se montre d'emblée sceptique sur le modèle économique présenté par l'initiateur de cette expérimentation, ATD Quart Monde. Ces deux corps d'inspection contestent la force du lien de causalité entre chômage et santé que semblent établir les promoteurs de cette expérimentation. « D'éventuels liens de causalité entre chômage et santé sont difficiles à établir, notamment du fait qu'un état de santé dégradé peut être la cause du chômage. Par ailleurs, le bilan n'est pas toujours clair sur le point de savoir s'il envisage l'impact du chômage sur l'état de santé, ou sur les dépenses de santé [...]. Ainsi, il n'est pas évident que le retour en CDI des chômeurs de longue durée diminue les dépenses de santé. Il pourrait fort bien les augmenter, ce qui invaliderait les calculs mis en avant. » Et le rapport de conclure en ces termes : « Aucune analyse ne permet toutefois de chiffrer les économies de coût auxquelles la réduction du chômage de longue durée conduirait, que ce soit sur le plan des dépenses de santé ou des conséquences de l'emploi sur l'état de santé. » Si toutefois l'on se place dans une optique préventive consistant à améliorer *in fine* l'état de santé des chômeurs, le rapport réalisé par le comité scientifique en charge de l'évaluation de cette expérimentation parvient à des résultats plus engageants.

10. A. Perrot, F. Allot, G. Lallemand-Kirche, *L'évaluation économique de l'expérimentation visant à résorber le chômage de longue durée* (ETCLD), IGAS, Inspection générale des finances, avec la collaboration de la DARES, octobre 2019, p. 14.

L'évaluation par protocole contrefactuel (un groupe pilote et un groupe témoin non couvert par l'expérimentation) a permis d'observer un impact positif de l'expérimentation sur les conditions de vie des salariés des EBE sous de multiples dimensions et notamment sur les questions de santé. Il est ainsi dit dans le rapport final de l'évaluation du comité scientifique¹¹ que : « L'état de santé des bénéficiaires ou leur accès aux soins se sont également améliorés. Ainsi, début 2020, il est estimé que les salariés recrutés avant 2019 ont une probabilité plus grande de juger leur état de santé satisfaisant (+ 9 points) relativement à une situation sans expérimentation. De même l'entrée en EBE semble avoir réduit leurs chances de renoncer, pour des raisons financières, à consulter un médecin généraliste (– 15,2 points), un ophtalmologue (– 16,9 points) ou encore un dentiste (– 8,3 points). » Ces conclusions positives se retrouvent également dans l'étude du bien-être déclaré (diminution des problèmes de concentration ou de mauvaise estime de soi).

Globalement, il ressort de ce panorama relatif à la problématique de la santé dans les politiques de l'emploi le constat que cette prise en considération varie selon l'échelle géographique observée. C'est au niveau des acteurs locaux et des territoires, là où la rencontre avec les demandeurs d'emploi et les usagers des politiques publiques est effective, que les questions de santé sont soulevées : soit comme frein à la reprise d'un emploi ou d'un parcours accompagné (cas de la Garantie jeunes), soit comme perspective positive d'une politique de l'emploi alternative (cas de l'expérimentation TZCLD). À l'inverse, on constate le faible intérêt que cette problématique suscite au niveau national, là où s'élaborent les politiques de l'emploi dans une très grande majorité des cas.

11. *Expérimentation Territoires zéro chômeur de longue durée : rapport du comité scientifique*, DARES, avril 2021.

Au niveau local, en revanche, l'enthousiasme pour cette expérience est évident. Les enquêtes de terrain auprès des salariés des EBE indiquent le « changement de visage » des personnes¹². Elles sont transformées par le fait qu'elles reprennent pied dans la société, elles ont à nouveau un pouvoir d'achat leur permettant d'accéder à tout ce qui est nécessaire pour faire bonne figure (aller chez le coiffeur, s'acheter des vêtements et chaussures neufs, prendre une mutuelle pour se soigner, avoir de nouvelles lunettes, acheter une voiture, un scooter, passer le permis, etc.). Elles peuvent prendre soin d'elles-mêmes et, en allant mieux, elles peuvent aider leurs proches. Ce travail de soin, qui a été négligé durant toute la période du chômage de longue durée, est rendu possible par le temps choisi du CDI signé avec l'EBE. La reprise du travail demande du temps, un temps pour s'habituer à ce nouveau rythme de vie, un temps pour se reposer, prendre soin de soi et des autres. Reprendre pied dans la société, c'est aussi être considéré au niveau local par le travail qu'on réalise. Les nouveaux salariés de l'EBE indiquent avec force combien le retour de clients satisfaits – et aussi les échanges avec eux – leur met du baume au cœur. Faire quelque chose d'utile, aider les gens, avoir leur reconnaissance pour le service rendu procurent une énergie qui leur donne envie de s'améliorer, d'apprendre de nouvelles choses, de travailler plus longtemps (passer à plein temps) et d'accompagner ceux qui démarrent leur parcours dans l'EBE. L'EBE est leur affaire. Ils s'organisent ensemble pour que les locaux soient adaptés, propres, sont force de proposition pour aller chercher de nouveaux clients, décider de nouvelles offres de service, de points d'amélioration du service. Ils sont fiers de leur travail, de leur entreprise – ils y ont forgé une place –, ils ont des projets pour l'entreprise, pour eux.

12. Le film *Nouvelle cordée* de Marie-Monique Robin (2019), ainsi que les propos recueillis auprès de salariés d'EBE en témoignent.

Fiers d'eux-mêmes, ils s'étonnent à la fois de leur propre transformation et du résultat collectif, en très peu de temps.

À partir de cette expérience construite avec les chômeurs et des suggestions qu'ils ont faites tout au long des échanges, nous présentons une synthèse des actions qui sont susceptibles de faire évoluer, à tous les niveaux de la société – représentations, organisation du travail, dispositifs d'aides, accès aux ressources –, les conditions d'exercice de l'activité, les conditions d'emploi (ne se limitant pas seulement à des aménagements de poste), afin qu'elles soient soutenables pour tous.

DES PERSPECTIVES D'ACTION CONSTRUITES AVEC LES CHÔMEURS ET DISCUTÉES AVEC LES PARTIES PRENANTES¹³

Comment remettre l'humain, avec son histoire, son présent, son avenir, au centre de préoccupations communes ? Comment réarticuler les transitions entre les activités (emploi, formation, reconversion, etc.) et la santé à tous les âges de la vie ? C'est au cours des échanges individuels ou en groupe avec les chômeurs rencontrés qu'ont émergé des aspects permettant une compréhension plus fine des situations vécues qui conduit à faire évoluer nos façons de penser le chômage et donc d'agir. Ces observations font largement écho au livre blanc *Paroles de chômeurs*¹⁴, édité par une vingtaine d'associations.

13. Les professionnels de l'accompagnement, les associations d'aide aux chômeurs (TZCLD, SNC), Pôle emploi, Cap emploi, l'Assurance maladie, l'AGEFIPH, les syndicats.

14. *Paroles de chômeurs. Livre blanc*, 25 janvier 2022, tzclld.fr/wp-content/uploads/2022/01/Livre-blanc-Paroles-de-chomeurs.pdf

Reconnaître et valoriser les savoirs de l'expérience

Le cumul des représentations négatives du chômeur et du malade constitue un double stigmatisme qui définit la personne par ses déficits : perte de la santé, privation d'emploi, sentiment de manque d'utilité, de défaut d'employabilité... Ce qui est condensé dans la formule de « l'inaptitude » : elle est vécue comme une disqualification suggérant la réduction de la personne à ses empêchements, avec un déni des compétences acquises, y compris dans le travail de santé – au travail et au chômage –, et l'absence de réflexion sur la transférabilité de ces compétences. Ce qui produit de l'enfermement (suspension temporelle : projection barrée par défaut d'appui sur le passé), de la honte (image dégradée de soi auprès des membres de la famille et de la société) et donc du repli et du silence (cacher le stigmatisme).

L'expérience de la « vulnérabilité » (fragilisation par une santé altérée et l'absence d'emploi) sollicite la construction de nouvelles capacités, de nouvelles compétences qui gagnent à être reconnues. Reconnaissance qui permet de valoriser ce temps du chômage, le travail de recherche d'emploi, le travail réalisé pour se reconstruire, les savoir-être et les savoir-faire associés. Or la lecture univoque de la maladie, des troubles de santé, en réduisant ceux-ci aux déficiences, aux handicaps et donc à la fermeture de l'horizon des possibles, y compris en matière d'accès à l'emploi, fait l'impasse sur une autre transformation : réaliser la fragilité de la vie renforce le niveau d'exigence à l'égard de celle-ci. Il s'agit bien de « ne plus perdre sa vie à la gagner » et de s'accorder le droit de construire une vie professionnelle plus en accord avec ses aspirations et valeurs personnelles. S'ouvre alors une série de questions existentielles sur le sens de la vie, sur ce qui importe fondamentalement, sur son désir propre... Pour ceux qui disposent de ressources sociales ou de protections qui les préservent de la précarité, le temps du congé

maladie, du chômage, peut être un temps de reconstruction pour réévaluer la place qu'on veut accorder au travail dans sa vie. La réflexivité que suppose la réévaluation d'un projet professionnel, la construction de stratégies de recherche d'emploi, mais aussi la mobilisation et l'entretien de soi, de son énergie et de ses motivations, le travail émotionnel réalisé pour soutenir les épreuves des non-réponses, des refus de candidature, tous ces apprentissages développés dans la vie au chômage et en quête d'emploi méritent d'être connus et valorisés. Reconnaître enfin les activités réalisées et les compétences qui s'y construisent !

De plus, l'expérience de la perte d'emploi et du chômage peut recomposer un nouveau paysage des identités sexuées. Peut s'opérer alors une réévaluation des positions genrées au masculin et au féminin par la double épreuve d'une santé et d'une insertion professionnelle fragilisées. Cette réévaluation passe par une déstabilisation des positions relatives entre les sexes et par la reconstruction de systèmes de valeurs à partir desquels sont pensés le rapport vie professionnelle/vie privée, la place du travail dans la vie, le rapport travail professionnel/travail domestique. Dans l'univers domestique, justement, l'absence de travail professionnel peut être l'occasion de participer aux tâches du foyer.

*Accompagner en considérant la personne dans sa globalité,
sa pluralité*

Dans la prévention de la désinsertion professionnelle au niveau de l'accompagnement des personnes en recherche d'emploi, les dispositifs collectifs sont déterminants. Ils permettent un travail de restauration de la santé (collectiviser le travail de santé) et de la capacité de travail par la reconstruction du sens et du lien au travail, entendu ici comme lien aux autres. Les participants à ces groupes de chercheurs d'emploi sont divers (âges, sexes, métiers, durées,

réurrence du chômage, pathologies...) mais ils ont en partage des expériences communes : une santé fragilisée et une vie confinée dans l'espace domestique. L'isolement voire la solitude sont bien souvent au rendez-vous lors de ces temps longs sans activité professionnelle. L'appui sur l'effet de miroir de la relation entre pairs, gage de confiance, favorise le développement des capacités réflexives sur les expériences de travail, l'entraide et le soutien par l'échange d'expériences et l'apprentissage de démarches de retour en activité et en emploi. Il s'agit de construire ensemble les ressources individuelles et collectives permettant d'accroître la puissance d'agir, altérée par les épreuves du travail, du chômage et d'une santé dégradée.

Plusieurs formats d'activité de groupe sont souhaités (ou plébiscités à la suite d'une expérience de ce type) : groupes de pairs ou de parole (sur plusieurs mois), séance ponctuelle de partage d'expériences, ateliers créatifs, ateliers d'écriture. Ils redynamisent, apportent un recul sur sa situation par comparaison avec les autres, rompent l'isolement, donnent accès à chacun aux savoirs d'expérience des autres, lèvent des freins, fournissent une expérience de coopération, favorisent l'engagement dans l'action. Dans les ateliers d'échanges, le récit de l'autre, d'une séance à l'autre, est une aide à l'élaboration psychique de son propre récit sur les situations passées et sur les actions en cours ou en germe. La participation à une activité de groupe requiert chez certaines personnes une préparation en amont et donc une phase de transition en accompagnement individuel.

Au-delà de l'importance de ces dispositifs collectifs, les questions de santé, notamment lors du premier accueil des chômeurs, trouvent difficilement une place dans les accompagnements vers l'emploi au sein des organismes qui n'ont pas ces questions comme « objet » explicite. Les personnes ne s'autorisent pas à évoquer leur problématique de santé, ne savent pas comment en parler ou pensent prendre des risques à en parler ; les professionnels

n'introduisent pas ou ne savent pas aborder ce sujet, notamment quand aucun indice ne le rend présent dans l'échange. « Nous ne sommes pas des soignants », disent les professionnels de l'emploi. Mais le soin médical n'est pas la santé. Accompagner, ce n'est pas seulement dispenser du conseil, faire des suggestions, apporter des informations, c'est aussi aider à une restauration de l'image de soi dégradée qu'engendrent la fragilisation ou l'altération de la santé et, avec elles, la limitation du potentiel d'action. C'est ainsi soutenir le « travail de santé » puisque l'image de soi et la confiance sont une dimension majeure du « prendre soin de soi », prendre sa santé en main. Le travail de santé ne se fait pas seul : son accompagnement relève de toutes les sphères d'activité des personnes (outre, le cas échéant, du champ médical) : sphère privée, sphère sociale et sphère du travail, dont les organismes dédiés à l'insertion professionnelle.

Les notions d'écoute et de dialogue ont fortement irrigué les postures d'accompagnement. Pour autant, les professionnels ne sont pas préparés à s'écarter des thématiques habituelles d'échange : recherche d'emploi, construction de projet, prise en compte d'un handicap... Face aux problématiques de santé qui ne s'expriment ni spontanément ni facilement, il est besoin non seulement de temps supplémentaire (entretiens plus longs et plus nombreux) mais aussi d'une écoute active par laquelle le conseiller-accompagnateur aide la personne à aborder et à développer le sujet de sa santé et des questions et difficultés qui s'y associent.

Au chômage, agir en prévention de la désinsertion professionnelle implique également de reconnaître, repérer les risques psychosociaux propres à la situation de chômage. Ces risques sont multiples : insécurité, isolement, stigmatisation, difficultés d'accès aux droits, complexité des dispositifs de soins psychiques et d'accompagnement à l'insertion professionnelle, opacité des principes d'accès à ces dispositifs... La recherche d'un emploi

passer par la mise en projet d'une activité de travail intégrant la prise en compte de la santé (mise en projet facilitée par des mises en situation).

Sur un autre plan, on doit souligner la nécessité d'une évolution du profil des accompagnateurs afin qu'ils puissent assurer une intermédiation entre chômeurs et employeurs. Ainsi pourraient être formés des accompagnateurs plus spécialisés dans les différents secteurs d'activité et dotés d'une expérience du monde de l'entreprise. L'expérience de l'insertion des personnes dites « éloignées de l'emploi », malades, handicapées, ou non, montre qu'elles ont besoin aussi d'un accompagnement durant l'installation dans le poste et après le recrutement. L'emploi accompagné devrait être plus largement proposé.

D'une manière générale, l'apport du travail « pluridisciplinaire », interinstitutionnel, en collaboration avec les conseillers, les associations, les relais au sein du tissu local de proximité, est ici à mettre en avant (l'intérêt d'être accompagné par plusieurs acteurs simultanément mais de manière coordonnée). Et ce, en vérifiant que toutes les aides dues sont mobilisées (le non-recours est souvent lié à la méconnaissance ou à la complexité des demandes d'aide¹⁵). Ici, comme en matière de recherche d'emploi, la fracture numérique est et demeure une problématique cruciale d'accès des personnes aux dispositifs d'aide. On limite parfois le sujet à des questions de moyens matériels ou d'acquisition de procédures d'utilisation en négligeant que, pour certaines personnes, ou pour la plupart d'entre elles dans certaines situations, c'est dans la relation, le recours à la parole et l'échange que des questions se clarifient, des buts se précisent, des solutions se trouvent. Les processus sociocognitifs impliqués dans le traitement ou l'expression dématérialisés d'une

15. Voir *Paroles de chômeurs. Livre blanc, op. cit.*

information ou d'une problématique ne sont pas identiques à ceux convoqués en situation d'interaction.

L'intermédiation entre chômeurs et employeurs est bien un champ ouvert à nombre d'améliorations, notamment dans les phases d'immersion en milieu professionnel. Les situations d'immersion en milieu professionnel proposées aux personnes constituent une modalité fructueuse d'action et d'intermédiation ; leur développement doit être soutenu, non seulement pour permettre aux personnes de s'éprouver dans l'activité, d'éprouver leurs limites, temporaires ou non, mais aussi pour recouvrer une confiance dans leur capacité à occuper, sous certaines conditions, un emploi dans la durée. L'emploi accompagné peut faciliter l'échange qu'il doit y avoir entre le salarié et l'employeur sur les conditions d'exercice et l'évolution de ces dernières, notamment lorsque le salarié aura pris ses marques et que ses capacités, sa santé évolueront positivement.

Face à l'employeur, les candidats qui ont vécu, ou vivent encore, une problématique de santé ne savent pas si et comment ils peuvent/doivent faire état de leur santé (voire de leur pathologie). Comment, sinon, rendre compte de « trous » dans le cv ? Comment convaincre de sa compétence ? Cela milite pour une aide spécifique à la préparation des candidatures, voire un accompagnement de celles-ci par une action d'intermédiation candidat-employeur. Outre les modalités objectives d'organisation de l'occupation d'un emploi durant une période transitoire, les entreprises ont une responsabilité dans la reprise de confiance de ces candidats ; l'intermédiation peut les y aider.

Enfin, pour nombre de femmes, notamment les femmes seules avec enfants, le cumul du travail de santé et des charges domestiques rend difficile la reprise d'un travail à n'importe quelles conditions d'horaires, de distance ou d'intensité. Certaines personnes qui ne se sentent pas aptes à une reprise d'un travail à

temps plein ont besoin d'un revenu pour supporter leurs charges financières ; un emploi à temps partiel conviendrait à leur situation mais elles ne le trouvent pas.

Faciliter l'accès et le recours aux soins

De nombreuses organisations, ainsi que les chômeurs eux-mêmes, déplorent la suppression du « médecin de main d'œuvre » exerçant au sein des agences de Pôle emploi. Des experts se positionnent en faveur de la création d'une *médecine préventive des chômeurs*¹⁶.

Proposer de manière systématique un suivi de la santé des chômeurs et mieux informer sur l'accès aux dispositifs existants (examens de prévention en santé, etc.), sur les remboursements et prises en charge, est déterminant. En effet, l'incertitude qui pèse sur les conditions de remboursement de certains soins (séances de kinésithérapeute, psychologue...) ou de l'indemnisation des arrêts maladie ne favorise pas le recours aux soins. Il est fort probable que les personnes renoncent à se soigner quand elles ne sont pas certaines d'être remboursées.

Afin que le plus grand nombre puisse bénéficier de soins intégralement remboursés, il conviendrait de proposer la complémentaire santé solidaire aux jeunes « NEET » (ni en emploi, ni en études, ni en formation) et aux chômeurs de longue durée qui n'ont plus ou pas accès à une mutuelle de santé collective *via* leur ancien employeur.

On doit aussi rappeler que les patients en situation de vulnérabilité économique, les usagers de la protection universelle maladie (CMU ou CSS), sont encore fortement confrontés à des refus de

16. M. Debout, *Le traumatisme du chômage*, Paris, Les Éditions de l'Atelier, 2015.

soin discriminatoires¹⁷. La sensibilisation des professionnels de santé aux conséquences de l'absence ou du retard de soin pourrait leur permettre d'arbitrer différemment les priorités entre patients.

Il nous faut aussi impérativement nous déprendre de la segmentation santé somatique/santé psychique. Au chômage, des pathologies physiques, parfois graves, s'accompagnent d'une fragilisation psychologique ; et de la même manière, des troubles psychiques peuvent se manifester sur le plan somatique de diverses façons. Ainsi, les attentes en matière de soins des chômeurs rencontrés intègrent souvent un besoin d'être écouté, au-delà d'une simple consultation médicale visant à soigner une maladie ou de la prescription de médicaments psychotropes. Mais les consultations auprès d'un psychologue ont un coût, ce qui a été souligné par nombre de chômeurs, et les dispositifs de remboursement de celles-ci (« Monpsy »...) semblent encore peu connus.

On doit souligner également l'intérêt de sensibiliser les médecins généralistes à des alternatives aux médicaments psychotropes. L'écoute psychologique, le travail sur soi... prennent indéniablement plus de temps que d'avalier une pilule au risque d'en devenir addict.

Afin d'éviter que les problèmes de surmenage, de conflits éthiques, de sur-engagement mènent au burn-out et conduisent à la perte définitive de l'emploi, un travail psychologique réalisé en amont pourrait prévenir ces sorties de l'emploi, souvent accompagnées de troubles somatiques et/ou psychiques. On sait que la maladie transforme l'élan vital, l'énergie. Et les soins conventionnels (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie...) ne sont pas sans effets sur l'énergie de la personne et la sensation de fatigue. Or,

17. S. Chareyron, Y. L'Horty, P. Petit, *Les refus de soins discriminatoires : tests multi-critères et représentatifs dans trois spécialités médicales*, rapport final pour le Défenseur des droits, 2019.

cela est peu pris en compte. D'où la difficulté de se projeter dans un nouvel emploi lorsqu'on se sent encore diminué au niveau de son énergie. La prise en compte de la santé des chômeurs ne peut s'évaluer à l'aune de leur santé somatique uniquement.

De fait, les participants ont évoqué les bienfaits qu'ils pouvaient percevoir du travail de santé orienté vers le souci de soi, notamment par l'intermédiaire des thérapies alternatives, mais aussi pour mieux supporter les effets secondaires de certains traitements. Force est de constater que peu de soignants reconnaissent les bienfaits perçus du « travail de santé » et des thérapies alternatives (ostéopathie, méditation, sophrologie, naturopathie...). Deux mondes professionnels semblent s'opposer alors qu'ils pourraient coopérer.

L'annonce du diagnostic d'une maladie ou d'une inaptitude professionnelle peut susciter des réactions vives et imprévisibles chez le patient. Elle peut avoir un impact sur son vécu de la maladie et marquer son parcours. Une formation ou sensibilisation des professionnels de santé qui accompagnent les personnes dans ces périodes sensibles, « charnières », serait peut-être nécessaire ; un temps de consultation dédié à ces annonces pourrait limiter les répercussions négatives, aux lourdes conséquences, survenant à ces occasions.

L'entreprise, le marché de l'emploi, les ressources humaines, les cabinets de recrutement, les syndicats...

Afin de récuser le clivage travailleurs/chômeurs et de prendre sérieusement en compte les transitions emploi-sans emploi-retour en emploi, il conviendrait de privilégier, en entreprise (services RH, services santé au travail...), dans les syndicats, dans les organisations en charge d'accompagner les chercheurs d'emploi, une réévaluation des pratiques professionnelles permettant d'accompagner ces transitions. Ce qui impliquerait un décloisonnement interinstitutionnel et professionnel.

Au sein des entreprises, les voies d'amélioration sont nombreuses !

En premier lieu, il s'agit bien de promouvoir un travail soutenable, c'est-à-dire adapté aux propriétés fonctionnelles de l'organisme humain et à leur évolution au fil de l'existence, et à la fois propice à l'élaboration de stratégies de travail efficaces et favorables à l'épanouissement dans les sphères familiale et sociale, à la maîtrise d'un projet de vie.

Lorsque des problèmes de santé émergent, ce qui n'a rien d'exceptionnel et ce d'autant moins avec l'avancée en âge, les restrictions d'aptitudes devraient être pensées au prisme d'une réévaluation du travail collectif et des interdépendances entre activités des uns et des autres. Aménager un poste, c'est réorganiser le travail de tous. Et ce, pour prévenir la désinsertion professionnelle que favorisent les approches individuelles. Quand l'inaptitude conduit au reclassement (interne – dans un autre service –, ou externe – licenciement pour inaptitude), ce peut être encore trop souvent une façon de se débarrasser de salariés jugés improductifs. D'une manière générale, la prévention de la désinsertion professionnelle doit être visée dans l'emploi, hors emploi (au chômage) et au retour en emploi. Tout en veillant aux biais androcentriques, et donc en prenant en compte les inégalités de genre face à la santé au travail, aux pertes d'emploi et à la recherche d'emploi. Ce qui implique des décloisonnements et coopérations entre acteurs de ces différents « mondes ».

Tenir le fil rouge de la prévention de la désinsertion professionnelle suppose aussi de communiquer autour des droits au chômage, d'informer sur les institutions, les services ressources à contacter, les dispositifs d'accompagnement à la construction d'un projet professionnel, au bilan de compétences, sur les associations externes d'aide et de soutien personnalisés pour prendre soin de soi, construire une reconversion, chercher un emploi...

Dans l'entreprise, il s'agit bien de sensibiliser aux démarches de transition vers un nouvel emploi (*via* ou non une période de chômage).

On doit sans doute également encourager les entreprises à répondre aux candidatures, à motiver un refus à la suite d'un entretien d'embauche. Ne pas avoir de réponse sème le trouble : « on ne sait plus quoi faire en fait, on manque d'informations » (Jeanne, 26 ans). Comment interpréter les non-réponses ou refus si rien n'est dit ? Comment s'améliorer ? D'une manière plus globale, les méthodes de recrutement gagneraient à être revues : en finir avec les discriminations, prévenir des formes de maltraitance, limiter le nombre d'entretiens (pour les cadres, parfois sept à huit entretiens, par défaut de coopération entre les niveaux hiérarchiques ou services concernés), mieux organiser, expliquer les différentes étapes du recrutement.

Prévenir les discriminations, notamment celles qui visent les seniors, les personnes à la santé fragilisée, suppose d'informer, de former les employeurs sur le handicap, les problèmes de santé (les compensations développées, les compétences et pas seulement les déficiences), les aides à l'embauche de personnes RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), à l'accueil et à l'aménagement de poste.

La prise de poste ne vient pas clore le processus : elle doit être favorisée en développant des conditions de prise d'emploi tenant compte des séquelles de la maladie, de la fatigabilité et des temps de recours aux soins encore d'actualité. La prise de poste étant le plus souvent soumise à une exigence d'opérationnalité pleine et immédiate – hormis dans le cas d'un handicap reconnu et durable qui engendre un aménagement pérenne du poste –, les personnes à même de travailler mais qui n'ont pas atteint un complet rétablissement se trouvent empêchées d'accéder à un emploi, alors même qu'une reprise d'activité moyennant des

conditions adaptées serait profitable au recouvrement de leur santé. De fait, une « zone grise » existe entre une pleine santé physique et mentale et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé qui permet des aménagements de poste. Ce cadre ne fait pas de place aux personnes qui, sans relever d'une RQTH, ont un besoin durable de conditions physiques ou psychiques d'exercice d'un emploi moins contraignantes en termes d'intensité, de rythme, de charge physique, etc.

Pour terminer, un petit rappel : le droit au travail est l'un des droits de l'homme, proclamé à l'article 23 de la Déclaration des Nations unies de 1948 : « Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage. »

Aujourd'hui, l'accent est mis sur le défaut de candidatures aux offres d'emploi, suggérant que les privés d'emploi « se la coulent douce » et qu'il faudrait leur indiquer fermement la voie d'un retour à l'impératif productif. Les derniers chiffres de la DARES¹⁸ indiquent bien que le nombre d'emplois vacants reste très largement inférieur au nombre de demandeurs d'emploi ; et que les secteurs dits en tension sont ceux où la pénibilité du travail est particulièrement importante ou dont les horaires sont très morcelés. La proposition de meilleures conditions de travail semble une clef de sortie de l'impasse aisée à comprendre.

Reste qu'une majorité de privés d'emploi souhaitent renouer avec l'activité (une place dans une association, un emploi dans une entreprise, une collectivité). La plupart des associations manquent de bénévoles ; de même, de nombreuses entreprises ne parviennent pas à trouver de candidats ou à les fidéliser. L'équation ne se résoudra pas par un simple inventaire des emplois disponibles dans telle zone identifiée (dût-elle être le vieux port

18. Données DARES, 14 septembre 2023.

de Marseille¹⁹), car ce sont les conditions d'un travail soutenable qui constituent la question centrale. Il faut donc plutôt se donner les moyens, le temps, comme le montre l'expérience TZCLD sur le secteur de l'économie non concurrentielle, pour redéfinir ensemble (employeurs, employés, syndicats, territoires) ces conditions soutenables à tous les âges de la vie, dans l'économie de marché. Cela suppose d'ouvrir des espaces de mise en discussion sur le travail, l'organisation du travail, et d'accorder toute sa place au paritarisme.

19. En juin 2023, lors d'un bain de foule dans la cité marseillaise, Emmanuel Macron a assuré qu'il suffisait de faire le tour du Vieux-Port pour trouver « dix offres d'emploi ».

Annexes

MÉTHODE DE LA RECHERCHE-ACTION

L'intérêt porté aux trajectoires de vie des chômeurs nous a conduits à privilégier une approche qualitative par des entretiens individuels approfondis semi-structurés (n = 81), des entretiens collectifs (12) et des ateliers d'échange entre pairs (8 ateliers de 3 à 9 personnes). Les personnes interviewées, se déclarant concernées par un problème de santé, ont été volontaires pour participer à la recherche présentée comme visant une meilleure connaissance et prise en compte des problèmes de santé des chômeurs. Elles ont été informées de l'indépendance des entretiens vis-à-vis des accompagnements institutionnels réalisés par ailleurs dans leurs organismes respectifs : Pôle emploi, mission locale, Cap emploi, Solidarités nouvelles face au chômage (SNC) et Territoires zéro chômeur de longue durée (TZCLD).

Les entretiens et échanges au cours des ateliers, enregistrés avec le consentement des participants, ont été analysés à l'aide d'une grille portant sur les trajectoires de travail (structure emploi/chômage, activités, contextes d'exercice, valeurs, satisfactions, événements saillants) et de santé (genèse du problème de santé, rapport à la santé, conduites addictives), la vie au chômage, le travail de santé (activités de soins, de sociabilité, de bien-être, de réflexion) et les ressources personnelles, familiales et sociales.

Caractéristiques de la population

La population est constituée de 62 % de femmes et 48 % d'hommes âgé(e)s de 20 à 30 ans (17 %), de 31 à 40 ans (19 %), de 41 à 50 ans (31 %), de 51 à 60 ans (28 %) ou de plus 60 ans (5 %). La surreprésentation observée des femmes est à rapprocher selon nous d'un effet de genre : les hommes dévoilent plus difficilement leur vulnérabilité ; tout comme les jeunes, peu nombreux ici.

Zones de résidence : milieux urbain (71 %), péri-urbain (21 %) ou rural (7 %).

Niveaux de qualification : savoirs de base-brevet des collèges (9 %) ; BEP-CAP (18 %) ; bac (17 %) ; bac + 2 (15 %) ; licence (10 %) ; master (31 %).

Durée et/ou structure du chômage : ≤ 1 an (33 %) ; 1 à 2 ans (15 %) ; > 2 ans (22 %) ; chômage récurrent ou majoritaire (26 %) ; chômage « d'insertion » (jeunes) (4 %).

Catégories de problématiques de santé :

- troubles psychiques : 82 % (près du tiers sont liés à des risques psychosociaux : harcèlement, épuisement professionnel, burn out) ;
- pathologies chroniques (cancer, endométriose, sclérose en plaques, conduite addictive chronique...) : 50 % ;
- troubles musculo-squelettiques : 18 % ;
- maladies cardio-vasculaires : 9 % ;
- conduites addictives (chroniques et récentes) : 26 % (12 F / 16 H).

Notons que troubles psychiques et pathologies (chroniques ou non) se cumulent souvent ; nous avons aussi repéré nombre de polyopathologies.

Le colloque « Vivre en santé, au travail et au chômage : l'affaire de tous » organisé au CNAM les 29 et 30 septembre 2022, a permis une rencontre avec tous les partenaires de la recherche, de présenter et discuter les résultats avec plus de 400 personnes présentes aux deux journées¹.

1. Les communications et tables rondes peuvent être visionnées sur YouTube : « Vivre en santé, au travail et au chômage », YouTube.

Certaines présentations, à ce colloque, ont fait l'objet de textes écrits, notamment par les psychologues de Pôle emploi.

COMMUNICATION DE PSYCHOLOGUES²
DE NOUVELLE-AQUITAINE :
ACCUEILLIR LES DEMANDEURS D'EMPLOI
ET ACCOMPAGNER LEUR TRAVAIL DE SANTÉ

Voici, pour commencer, diverses situations illustrant ce que nous rencontrons au quotidien.

Marlène a été vendeuse pendant seize ans dans le même magasin. « On me demandait toujours plus... J'étais toujours payée au smic... Toutes mes demandes, même personnelles comme assister à une sépulture, étaient refusées... La responsable me disait ... "Ah non... comment on va faire si vous n'êtes pas là ?" En fait, c'étaient l'autonomie dans mon travail et la reconnaissance des clients qui me faisaient tenir... J'avais de plus en plus de problèmes de dos... Je devais éviter le port de charges mais bon, j'ai fait des sacrifices... Et puis il y a eu le confinement... J'ai retrouvé ma famille... Je n'ai pas pu revenir à mon travail... Je suis tiraillée mais je l'ai fait : en accord avec mon époux, j'ai démissionné... »

Béatrice, 53 ans, est devenue sourde (perte auditive à 70 %) suite à un choc émotionnel il y a quatre ans : le décès par crise cardiaque de son frère qu'elle considérait comme un jumeau et par qui elle se sentait protégée. Elle veut aujourd'hui « qu'on la laisse tranquille ».

Kevin, 49 ans, cadre supérieur commercial, est hospitalisé six semaines pour une cure de sevrage (cocaïne et alcool). La période de Covid a réactivé ses angoisses et sa culpabilité. « Je cherche toujours à tout cacher... je recherchais une solution magique... la cocaïne, c'était pour mettre le clapet... trouver une émotion magique. »

Violaine, 51 ans, prothésiste dentaire depuis trente ans, souffre de la maladie de Dupuytren. Opérée en juillet 2020, elle sera licenciée pour inaptitude. Cette réorientation professionnelle subie entraîne le deuil

2. Élisabeth Dambiel, Sophie Pubert, Hugo Capitaine, Christelle Chayer, Véronique Guicheteau.

de l'ancien métier. Peu sûre d'elle-même, très stressée, elle a besoin de reprendre confiance en elle et de définir de nouvelles pistes de reprise d'emploi.

Toutes les pathologies et soucis de santé sont représentés, stabilisés ou non : maladie chronique invalidante interne, troubles psychiatriques ou psychiques, déficience sensorielle, mentale ou intellectuelle, accident du travail, accident de vie, deuils, situations traumatiques, difficultés existentielles, addictions...

Pour ces personnes, quelle approche adopter à Pôle emploi ? La situation de chômage peut-elle les aider à se reconstruire ? Nous traitons successivement de l'accueil de la souffrance et du travail de santé comme transition vers l'emploi.

L'accueil de la parole des personnes en souffrance

La situation d'accueil et son contexte

Accueillir, c'est « recevoir », c'est-à-dire « prendre ce qui est donné, offert, confié ». C'est aussi « cueillir au sens de rassembler, conduire vers ».

L'accueil, c'est la rencontre entre une personne et une institution qui n'ont pas nécessairement la même temporalité ; rencontre aussi entre deux personnes dans une institution. Chaque accueil est singulier, se compose de récits, de demandes plus ou moins formulées, d'explications, d'émotions exprimées, contrôlées ou non (des pleurs parfois) ; le tout avec une interprétation ou un présupposé par les personnes de ce qui est attendu d'elles.

L'accueil se joue, là, dans les vingt premières secondes, en ne se limitant pas à quelques règles de civilité : c'est un temps de regard, où celui qui regarde est aussi regardé ; puis les perceptions se rassemblent pour prendre un sens.

Comment, dans ce contexte, permettre à la personne de faire halte dans « un lieu d'étape », de souffler et de « déposer » une problématique de santé ? Comment la rassurer avant toute projection vers un devenir professionnel et une « remise en mouvement » vers l'emploi ? Comment

la mettre en confiance pour initier un travail de prise de recul et de compréhension de sa situation ?

Carla : « Quand je suis arrivée, la conseillère à tout de suite senti mon mal-être, j'ai craqué, je n'avais pas pu jusqu'alors exprimer ce que je ressentais. Elle m'a proposé un rendez-vous avec vous la psychologue du travail. »

Dona : « La prise en considération dès le départ est importante car on n'a plus de considération pour nous-même. »

La reprise d'emploi immédiate est bien souvent difficile, voire impossible. La personne sait quelles démarches faire, elle les comprend et conçoit qu'elle doit les réaliser ; mais elle s'en trouve incapable, elle est en « panne », n'a pas l'énergie requise pour ces démarches.

Félicie : « Quand on travaillait, on se disait que si on ne travaillait pas, on ferait plein de choses. Là, on ne travaille pas, mais on ne fait rien, on ne peut rien faire. »

Margot, cadre, trente-deux ans dans la même entreprise, épuisement puis licenciement pour inaptitude (mail envoyé spontanément à la psychologue au cours de l'accompagnement) : « Depuis notre entretien, j'ai réalisé que je n'avais pas ou plus les épaules pour être à mon compte. Trop d'insécurité et cela va me demander une énergie que je n'ai plus. J'ai besoin de partager ma vision de la vie, d'où le maintien du projet de blog, mais qui n'aura pas de visée professionnelle. Je ne me sens pas encore apte à reprendre à travailler, mes fragilités et blessures sont encore trop vives et m'empêchent d'aborder la recherche de façon sereine et constructive. Je vais commencer à faire un CV qui va mettre en avant les compétences acquises durant ma carrière assez riche. Je pense le mettre en ligne à compter de la mi-septembre si cela est admissible, sur Pôle emploi, l'APEC et LinkedIn. J'essaye de prendre le temps qu'il me faut pour me reconstruire afin de pouvoir avoir une fin de carrière professionnelle qui ne finisse pas de me détruire et atteindre la retraite en ayant dépassé la dépression et sans pathologie avérée. Je suis toujours sous antidépresseur et (je ne sais pas si je vous l'ai dit) j'ai développé une thyroïdite de Hashimoto qui n'est pas traitée [...] Cela génère, malgré tout, des malaises. Le licenciement a été le premier pas vers la reconstruction, mais je me rends bien compte que le chemin n'est pas encore à son terme, si terme il y a bien sûr. Le fait de me sentir obligée, à court terme, de réfléchir à la suite professionnelle fait encore resurgir, pour l'instant, beaucoup de malaises et ne m'aide pas à y voir clair [...]. »

Les personnes doivent par ailleurs dépasser la souffrance qu'elles ont vécue qui s'associe à une dépréciation de soi, à une perte d'estime de soi.

Elles ont besoin, enfin, d'être rassurées sur les conditions d'exercice de l'emploi qu'elles pourront reprendre. « J'ai peur de ne plus être à la hauteur », dit Syndie.

À la problématique de santé s'ajoute celle de la représentation du statut de chômeur : sentiments mêlés de honte et de culpabilité, de soulagement et d'inquiétude à l'égard de l'avenir.

Lila : « Même si on m'a bien accueillie lorsque je suis venue à Pôle emploi, je me disais "pourvu que je ne croise pas quelqu'un que je connais". »

Mauna (texte écrit à l'invitation de la psychologue sur thème : « Quel est votre vécu du chômage ? ») : « J'ai travaillé pendant trois ans dans une structure, je m'y suis investie, projetée, puis j'ai vu les limites que je ne pouvais plus franchir. J'ai donc négocié une rupture conventionnelle en vue de pouvoir faire une reconversion professionnelle. J'ai été profondément choquée de la façon dont ma fin de contrat s'est passée. Mon patron a refusé de signer ladite rupture. Je me suis retrouvée brutalement en profonde dépression, désillusion, anxiété (je ne sais comment le nommer). Mon médecin a été contraint de m'arrêter plus de deux mois. Ma rupture a été finalement signée.

Depuis, je suis suivie par une conseillère ainsi que [par vous] pour avancer sur mon projet de reconstruction personnelle et professionnelle.

Au quotidien, je vis avec la culpabilité.

On m'a bien expliqué que cela prendrait du temps, un temps qu'on m'accorderait. Mais je me sens tout de même coupable. Culpabilité de ne pas trouver ma voie. Culpabilité de vivre aux crochets de la société. Culpabilité quand je prends le temps de lire un livre, regarder un film, faire une activité créatrice n'ayant aucun lien avec ma recherche d'emploi.

Je ressens de la peur également. Peur qu'on me demande des comptes. Peur de ne pas trouver quoi faire. Peur à plus long terme des conséquences de cette inactivité professionnelle (retraite).

Être au chômage, même si techniquement c'est une grande aide financière, c'est moralement et psychologiquement très inconfortable pour moi, même si je sais que je suis soutenue par ma conseillère et ma psychologue au sein de Pôle emploi. »

Accueillir le vécu et sa charge émotionnelle

L'accueil passe par l'écoute de la parole et des émotions qui suppose la disponibilité du professionnel sur les questions de santé et de mal-être, sans jugement ni a priori.

Quand les émotions se libèrent, se déposent par des signes non verbaux, le psychologue aide avec subtilité à les verbaliser, à les faire ainsi « sortir de soi ». Mais ce que la personne a vécu se constitue souvent comme événement impensable, difficile à se représenter. Il ne va pas de soi de partager sa douleur avec un professionnel de Pôle emploi ; les personnes disent ainsi avec étonnement au psychologue : « Je ne pensais pas vous livrer tout ça... à Pôle emploi. »

C'est plus par l'écoute empathique et par la reformulation, que par des propositions interprétatives, que le psychologue aide à la mise en mots. Celle-ci permet une relecture de l'événement, une forme de distance avec lui qui réduit en retour les tensions et aide la personne à mieux gérer ses réponses et à retrouver une disponibilité psychique.

Enfin, accueillir le vécu et aider à en réduire la charge émotionnelle peut aussi passer par une orientation vers des ressources extérieures. Pôle emploi et le psychologue du travail étant plus particulièrement centrés sur le domaine du travail, il peut être complémentaire et utile d'aiguiller la personne vers un suivi et un soutien appropriés sur les plans médical et psychique, ou tout autre service susceptible de soutenir la vie sociale et personnelle des individus.

Travail de santé et transition vers un emploi

Une transition nécessaire

La santé est équilibre, selon Canguilhem³ : avec la menace de la maladie, le vivant s'ajuste, s'adapte, invente des formes de fonctionnement, toujours en quête de « normalité », d'une forme de puissance normative. Le « travail de santé » correspond alors à ce potentiel

3. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (1966), Paris, Puf, 2013.

normatif à l'œuvre pour se remettre, se relever, se rétablir au niveau de la santé.

L'accompagnement aide les personnes à mener un « travail de santé. » Il constitue aussi en lui-même une composante de ce travail, en ce qu'il va aider les personnes à vivre et à conduire une période de transition visant une remise en mouvement, d'abord sur des activités personnelles dans et par lesquelles les personnes se remettent à penser et non plus à ruminer, pour arriver au fur et à mesure à l'emploi.

L'activité que conduit la personne, soutenue par l'accompagnement, est alors thérapeutique au sens commun où la personne recouvre des ressources en elle et la capacité à en chercher chez autrui (réseau personnel et institutionnel), par quoi elle se remobilise et se transforme ; là est le travail de santé.

Parmi les premières ressources sur lesquelles le psychologue essaie de travailler avec les personnes, il y a les repères de compréhension de ce qui a été vécu comme traumatisant, la compréhension de la situation dans laquelle s'est déroulé ce vécu : comprendre les facteurs et mécanismes externes à l'œuvre, comprendre ses propres fragilités le cas échéant, comprendre les facteurs qui ont fait défaut. Ce travail de repérage, délicat à mener, peut aussi se faire en petit groupe. Par lui, une projection dans le futur devient possible.

Une autre phase de reconstruction concerne ensuite un nouveau sens à donner au travail, portant à la fois sur « ce que je donne » et « pourquoi je le donne ».

Une double transition

Se projeter dans le futur, c'est être en capacité de dépasser le passé et d'assumer le présent pour envisager l'avenir.

Une projection, un travail sur un nouveau projet ou une « mise en actions opérantes » s'avèrent difficiles dans un premier temps pour les personnes souffrant d'une problématique de santé (liée ou non au travail).

En effet, une première transition est nécessaire, de l'avant vers le présent : il s'agit de dépasser le passé pour que devienne possible un

investissement du présent, une recherche de ressources « étayantes » permettant une mise en action.

Une seconde transition, du présent vers le futur, implique une projection, une élaboration, une confiance dans l'action qui requièrent de créer une nouvelle disponibilité psychique. La recherche d'emploi met à l'épreuve la personne sur le plan narcissique ; il est donc important d'étayer le travail de santé entrepris par la personne en valorisant ses initiatives et ses actions ainsi que ce temps de reconstruction personnelle qui lui permettra d'aborder le futur, incluant les conditions d'exercice d'un emploi et le système de vie dans son ensemble, aborder le futur et se confronter à ses incertitudes.

La perte d'un statut social, d'une raison d'être : « on n'est plus rien ! » « On porte l'image du chômage véhiculée dans la société (fainéant, inutile, échec...) » ; « On ne fait pas partie de la société », pour les emprunts notamment... ; « On n'est pas dans la même catégorie que les autres... »

Une sensation de « mépris », d'une forme de condescendance...

Noémie (texte écrit sur le thème des « besoins aujourd'hui ») : « En raison de mon âge, 59 ans, il ne s'agit plus de faire carrière mais plutôt de terminer le temps restant, soit un peu plus de deux ans, au sein d'une structure apaisante, apaisée, afin de me permettre de redevenir *moi*, de ne plus avoir peur, mais aussi de pouvoir échanger : me sentir utile et non plus utilisée. [...] J'ai besoin de me tourner vers une activité moins lourde en termes d'enjeux, de responsabilité [...]. Pas de pression perpétuelle, de stress, mais des tâches simples à accomplir [...], peut-être en rapport avec mes centres d'intérêt, ce serait un plus. [...]

J'ai tout simplement besoin de simplicité, de sérénité, de "normalité" dans le milieu professionnel, ce que je n'ai plus connu depuis des années où tout n'a été que chaos, destruction, guerre perpétuelle. [...] J'ai à la fois espoir et peur d'être à nouveau déçue.

Cette question de mes "besoins aujourd'hui" m'aura interpellée et questionnée : oui, j'ai des besoins aujourd'hui car détruite par ma dernière expérience, je dois me reconstruire, ce que je fais jour après jour, mais un employeur se soucie-t-il vraiment des "besoins" de ses salariés ? Telle est ma question. »

Pour conclure

Pôle emploi n'est pas une structure de soins, mais par les accompagnements individuels et collectifs, prend soin des demandeurs d'emploi en souffrance. En accueillant la souffrance, l'institution permet à des demandeurs d'emploi de se reconstruire avec le chômage, ce qui n'est pas négligeable quand on sait que le chômage impacte la santé, voire peut la dégrader.

COMMUNICATION DE PSYCHOLOGUES⁴ DE NOUVELLE-AQUITAINE : DES GROUPES DE PAROLE « SANTÉ » À PÔLE EMPLOI, POURQUOI FAIRE, POUR FAIRE QUOI ?

Les bénéfices d'un atelier « santé »

Pôle emploi travaille, de manière habituelle, de deux façons :

- en individuel (entretien d'inscription, entretien d'accompagnement, par un conseiller ou un psychologue du travail) ;
- en grand groupe, de façon plutôt « descendante » (informations collectives de recrutement, rencontre avec des employeurs, ateliers pour apprendre à faire son cv...).

Dans le cadre de la recherche-action, des petits groupes de demandeurs d'emploi (environ six participants) ont été animés mensuellement sur une durée de six mois. Les participants ont exprimé lors d'un bilan l'importance pour eux d'avoir pu échanger, bénéficier d'une écoute bienveillante et sans jugement, de la part des participants comme des animateurs, de rompre l'isolement, de s'enrichir mutuellement grâce à la diversité des personnalités et des situations, et de pouvoir relativiser sur leur situation personnelle, en bref, vivre l'altérité.

4. Christelle Chayer, Véronique Guicheteau, Hugo Capitaine, Élisabeth Dambiel, Sophie Pubert.

Le travail sur la durée a permis à chacun d'avancer à son rythme, de mieux connaître les autres, de prendre confiance et de percevoir l'évolution des uns et des autres au fil des mois.

Le fait que les ateliers aient été présentés aux participants comme un groupe d'échange, sans objectif déterminé, comme une possibilité d'exprimer son ressenti, son vécu de chômeur, a permis l'expression de chacun, dans son intimité, sans culpabilité et sans pression. Un participant dit ainsi : « La souplesse autour de l'atelier et de nos échanges était constructive, car on n'avait pas forcément un plan défini sur le déroulement des ateliers mais au final on le faisait ensemble. Vous avez su vous adapter au groupe et à chacun d'entre nous en adaptant l'atelier à ce qui vous semblait nous correspondre ou nous être utile... »

Au bout des six mois, chacun s'est senti mieux, à sa façon, et en retire du positif, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

Voici le bilan d'un des ateliers :

Deux personnes ont retrouvé un emploi : l'une n'avait pas travaillé depuis six ans, l'autre avait travaillé moins de trois mois sur deux ans. Une personne a pris la décision de changer de ville, rejoindre des amis musiciens et se professionnaliser dans ce domaine. Une autre, qui se sent encore fatiguée, a repris une part de sa confiance, a rencontré des personnes nouvelles et commence à se projeter dans l'idée de retravailler. Une jeune femme ayant fait un burn out a commencé à consulter des offres d'emploi sans stress et se sent « légitime » pour envisager un nouveau secteur professionnel. Un jeune homme, enfin, après avoir essuyé plusieurs refus de candidatures, reprend une forme de confiance.

Quoique le groupe d'échange ne convienne pas à tout le monde (certains n'osent pas faire le premier pas, d'autres n'en voient pas l'utilité en termes de « retour à l'emploi »), son intérêt est réel car il apporte une parenthèse, un souffle d'air aux demandeurs d'emploi qui se sentent, ainsi, pris en considération et accompagnés dans leur singularité.

Ce type d'atelier est parfois le seul contact possible avec l'institution pour les demandeurs d'emploi faisant face à un problème de santé physique et/ou psychique, car ils sont souvent éloignés de la recherche d'emploi et de ses exigences. La réglementation prévoit normalement

que la personne se mette en arrêt maladie ou se désinscrive. Si cela peut atténuer la pression induite par la recherche d'emploi, cela entraîne aussi, outre une baisse de revenus, un risque d'isolement, la personne se sentant reléguée à son statut de « malade » et sans l'appui et le soutien que lui amène un accompagnement lié à son statut de demandeur d'emploi.

Le groupe de parole permet au participant de rencontrer d'autres personnes, de prendre soin de lui sans tension, de reprendre confiance afin, plus tard, de repartir en douceur vers une recherche d'emploi plus active mais plus sereine.

Une personne rencontrée en atelier avait fait un burn out et sombré dans la dépression, ayant, en parallèle, vécu une rupture amoureuse. Elle sortait d'un arrêt maladie de six ans, dont trois mois d'hospitalisation, et était toujours suivie et sous traitement médical. Elle venait de se réinscrire à Pôle emploi mais se sentait encore fragile ; sa conseillère l'avait bien perçu et accepta qu'elle ne participe qu'à notre atelier, sans objectif de recherche d'emploi active. Au début, elle avait du mal à imaginer comment elle retrouverait la force de rechercher à nouveau un emploi. Petit à petit elle s'est sentie mieux, a commencé à s'occuper d'elle, a accepté de sortir et a rencontré de nouvelles personnes. Elle parvenait aussi à reconsidérer son ancien métier et les conditions de travail dans lesquelles elle avait évolué ; elle souhaitait pouvoir reprendre un emploi, à temps partiel.

La confrontation au réel et l'altérité

La participation à un groupe de parole sur un temps long, même s'il se déroule dans l'écoute et la bienveillance, n'est pas un fleuve tranquille. La confrontation au réel dans la comparaison aux autres peut faire prendre conscience brusquement d'un malaise, d'un mal-être qu'on voulait se cacher. Mais cette confrontation, qui apporte des propositions et se passe sans jugement, favorise la mise en place de petites actions personnelles et sociales qui amèneront progressivement une reprise de confiance.

Une participante était sortie très mal d'une séance où nous avons présenté les différentes activités que pouvaient faire les participants (lecture, sport,

rencontres...). Cette présentation, dans l'institution Pôle emploi, lui avait fait « un électrochoc », elle avait pris conscience qu'elle s'était renfermée et la confrontation au réel était dure ; toutefois, cela lui avait aussi permis, le premier choc passé, de « planter une petite graine ». Elle avait ensuite utilisé le PowerPoint remis, avec les coordonnées d'associations, pour prendre des contacts et recommencer à sortir et à faire des rencontres.

Les effets de résonance

Les interactions induites par le groupe amènent les participants à apprendre sur eux-mêmes, par un phénomène de miroir et le questionnement réflexif qu'il engendre, y compris par la prise de conscience de l'image que l'on renvoie aux autres. Nous l'avons nommé « effet de résonance ».

« Cela permet de communiquer entre nous sur nos différentes difficultés de recherche d'emploi et les solutions pour y répondre. De surcroît, ça nous permet de nous remettre en cause et de faire quelque part une introspective sur nous-même. »

« L'échange en groupe, la prise de parole devant d'autres personnes ont été bénéfiques. Le fait d'être à l'écoute de l'autre mais au final de soi aussi ; j'ai apprécié le fait de rencontrer des personnes avec un profil tellement différent mais avec lesquelles au final on se retrouve sur beaucoup de points d'accroche, que ce soit sur notre sentiment en tant que demandeur d'emploi face à la société, mais aussi dans nos difficultés de trouver sa place, de prendre et reprendre confiance en soi. »

Différentes formes de résonance sont repérables.

La résonance fédératrice

« Tu mets l'accent sur quelque chose qui me parle... d'ailleurs j'ai l'impression que tout le monde me parle. » Ce verbatim fédérateur extrait de la première rencontre illustre un climat : se sentir compris et comprendre les autres. Il y a un besoin de dépasser l'implicite et de le signifier au collectif, un besoin de se reconnaître entre pairs pour créer une communauté.

Cette forme de résonance est particulièrement présente au début ; elle constitue la zone de partage et de sécurité du collectif (non-jugement, compréhension, bienveillance, etc.). Cette zone finit par se prolonger sur le parking, sans le filet de sécurité de l'animateur et ce, dès le premier regroupement.

« J'ai été rassurée de constater que je n'étais pas seule à être dans une situation compliquée vis-à-vis du travail. Le groupe était également plutôt solidaire. »

La résonance « relativisante »

Les propos d'un participant peuvent engendrer chez un autre participant une comparaison avec sa situation, envisagée soudain comme moins dramatique qu'elle n'était perçue. Par exemple, un participant, suite à l'évocation par un autre de cérébro-lésions, prend conscience des ressources dont il dispose mais qu'il ne mobilise pas ; il exprime un fort sentiment de culpabilité, inédit, que le groupe tempèrera en pointant dans son histoire des circonstances singulières qui expliquent son inertie.

La résonance porteuse d'espoir

« J'espère que ça va aller et j'ai hâte... Que je vais avancer progressivement... J'entends que vous, vous l'avez fait. »

« Ce groupe m'a permis de voir que je n'étais pas toute seule, voir l'évolution de chacun des participants m'a reboostée et m'a permis d'accéder à de nouveaux projets professionnels que je mets tout doucement en place. »

« Les échanges entre nous m'ont fait prendre conscience que je pouvais me sortir de ce harcèlement subi dans le cadre du travail et que je n'étais pas seule. »

La complémentarité du groupe et de l'entretien individuel

La question des entretiens individuels, en complément d'un atelier, s'est posée.

L'entretien individuel peut constituer un point de départ pour participer à un groupe de parole, malgré l'inconnu que constitue cette activité. C'est la confiance dans l'accompagnant proposant ce travail en groupe qui souvent permet de s'y lancer. Le fait que l'accompagnant soit aussi animateur du groupe est ici décisif.

L'entretien a également une fonction de régulation au cours de la vie du groupe. Il permet à la personne de parler de son ressenti de l'atelier, parfois même de « déposer » la très forte charge émotionnelle éprouvée. Les entretiens amènent aussi à verbaliser la progression du cheminement que la réflexion suscitée par l'atelier a permis.

L'un des participants était très discret durant les séances ; après avoir eu un entretien individuel au sujet d'une offre d'emploi, avec la conseillère qui coanimait l'atelier, nous avons vu le changement dès la séance suivante, où il parla plus facilement de lui, de ce qu'il ressentait, et de son entourage personnel. Une intervenante extérieure, qui ne l'avait vu qu'une fois, avait repéré elle aussi ce changement notable.

Il est à noter enfin que le groupe facilite un détachement de l'entretien individuel et du repère de confiance sécurisant qu'incarne l'accompagnant (psychologue ou conseiller). La nouvelle sécurité apportée par le groupe permet de sortir du « cocon d'accompagnement » que peut constituer la relation individuelle avec le psychologue ; une dynamique d'ouverture à l'extérieur est créée, d'autant plus profitable que le recours à un entretien individuel est toujours possible.

COMMUNICATION DE PSYCHOLOGUES⁵ D'ÎLE-DE-FRANCE : EXPÉRIMENTER DES GROUPES DE PAIR-AIDANCE DE PRIVÉS D'EMPLOI

Dans le cadre de la recherche-action menée en région Île-de-France, nous, les dix psychologues à Pôle emploi engagées dans cette expérimentation, avons pu constater les apports des groupes de pair-aidance.

5. Chantal Abondo-Bessala, Laetitia Amable, Virginie Dailliez, Nathalie Feuger, Cécile Folliot, Valérie Gandibleux, Patricia Le Pennec, Cécile Mariot, Angélique Muntz, Géraldine Psaltopoulos.

Quels que soient la région, les bénéficiaires, les professionnels, ou même l'institution, les dispositifs de groupes de partage d'expériences, entre pairs, à propos du travail de santé, portent la réhabilitation des personnes, a fortiori à Pôle emploi.

Lors du travail de mise en forme pour restituer cette expérience de groupe de pair-aidance, nous nous sommes posé la question suivante : quels sont les bénéfices et difficultés éventuelles à l'installation de tels dispositifs dans les agences de Pôle emploi ?

C'est un dispositif simple, peu coûteux, dans lequel les demandeurs d'emploi trouvent un réel bénéfice. C'est un levier puissant d'avancées dans les parcours, et il facilite l'engagement dans un travail de rétablissement.

S'engager dans la construction de tels dispositifs proposés aux demandeurs d'emploi permet de se dégager du clivage entre santé et travail qui reste bien souvent à l'œuvre dans nos représentations mêmes, dans les organisations de travail et dans nos pratiques. Clivage qui risque de produire de l'exclusion. Nous nous entendons souvent dire « ce n'est pas de la compétence de Pôle emploi », « la santé est un frein à lever » et c'est aussi ce clivage qui peut être perçu comme de la stigmatisation : être chômeur et en plus malade... « Le système est fait pour les personnes bien portantes » nous disait Marie, chercheuse d'emploi.

Cette recherche-action nous en a fait prendre conscience tout au long des entretiens individuels et collectifs menés avec les personnes.

Nous sommes tous et toutes convaincus que donner la parole aux personnes est un acte professionnel essentiel. La proposition de groupes de pair-aidance suppose d'être en accord avec les postulats suivants : il est important de redonner la parole aux personnes, en collectif, en leur permettant d'échanger entre elles, sur leurs propres expériences et sur leur propre travail de santé, car cela correspond à un besoin central des personnes au chômage, souvent isolées, voire souffrant de solitude. Alors, un groupe peut fonctionner comme un tuteur de résilience.

Ce cadre d'accompagnement diffère, sans doute, de ceux proposés classiquement au sein des agences de Pôle emploi. La recherche-action

nous a permis d'expérimenter la proposition, l'installation et la conduite de ce cadre nouveau, nouveau par son objet et par sa méthodologie.

Ajoutons quelques éléments éclairants quant à ce cadre et au déroulement des séances de groupe.

Tout d'abord, *la place* donnée aux participants : la recherche-action leur a proposé d'emblée, par leurs témoignages, d'être à une place de co-chercheur ; la problématique commune les a mis à une place de pair ; la dynamique de groupe leur a permis de se saisir d'une place d'aidant ; et le partage d'expériences les a autorisés à occuper la place d'expert de leurs propres expériences.

Ce sont des places auxquelles les personnes sont rarement invitées en tant que malades et/ou demandeurs d'emploi. Le plus souvent, c'est essentiellement de la compliance qui est attendue, comme suivre les conseils et recommandations données.

Ensuite, *quelles modalités d'animation ?*

Une coanimation à plusieurs, basée sur une libre expression des personnes sans contenus prescrits ou préparés à l'avance. Une écoute dans la bienveillance et sans jugement, c'est là un point clé. Une des participantes nous a témoigné de son vécu de l'écoute :

« Ce groupe, c'est l'épanouissement, ici une super écoute, cela m'a fait beaucoup de bien d'être complètement immergée dans des conditions d'écoute des uns et des autres, cela porte vraiment ses fruits. »

Quelle dynamique de groupe ?

Il y a eu une évolution naturelle et rapide vers une forme de pair-aidance dès la première séance, à chaque séance, et dans chacun des groupes. La solidarité était au rendez-vous d'emblée, et l'aide mutuelle spontanée.

Que s'est-il échangé dans ces séances répétées ?

Les échanges ont porté sur les parcours, les multiples difficultés rencontrées, et les expériences du travail de santé déployé par chaque personne pour aller mieux : chercher ce qui fait du bien et non pas chercher d'emblée du travail. Prendre conscience que prendre soin de soi, ce n'est pas rien faire.

À noter que les difficultés d'accès aux droits (soins, indemnités, logement, reconnaissance d'une maladie professionnelle ou accident du travail...) ont été évoquées de façon récurrente.

Quel est l'intérêt de proposer des groupes de pair-aidance au sein même des agences ?

L'intérêt principal réside, de notre point de vue, dans l'appui et la complémentarité avec les accompagnements individuels. Effectivement, le travail réalisé en groupe de pair-aidance allège de façon considérable celui qui est mené dans les accompagnements individuels. Et ce grâce aux processus particuliers qu'il sollicite et favorise :

– *les processus de subjectivation* qui sont à l'œuvre dans les groupes de pairs, par les identifications et les différenciations avec les autres, amènent la personne à prendre conscience de sa propre place, sa propre histoire, de ses propres perceptions, et à se déculpabiliser. « C'est à force d'entendre les unes et les autres, c'est ça qui s'est passé, c'est là que je prends conscience », dit une participante. Chacun se reconnaît dans une communauté, se sent écouté, compris par les pairs. Alors que dans la relation asymétrique de l'entretien individuel, il n'est pas possible de s'identifier au professionnel que l'on rencontre ;

– *la socialisation des expériences* est un autre processus spécifique du groupe. Notamment des expériences non partageables avec l'entourage proche, ou non comprises par les professionnels, ou encore celles qui sont si difficiles à nommer et qui se nommeront pas à pas, avec l'écoute du groupe, au fil des séances. Ce qui a comme effet de sortir de l'isolement et surtout de sortir du sentiment de solitude (ce qui n'est pas la même chose). Grâce à l'étayage et à l'écoute du groupe face à un sentiment d'abandon et d'exclusion, mais aussi grâce à la position active d'aidant pour les autres. Être aidant, se sentir légitime à cette place, restaure l'estime de soi ;

– nous savons que *la construction d'une temporalité* est nécessaire à une projection de soi dans le futur et dans le processus de rétablissement ; or, le plus souvent, les ruptures, la maladie immobilisent. Le groupe, lui, construit une temporalité et une continuité particulières du fait de la régularité des regroupements, mais aussi en s'appuyant

sur les récits des expériences, sur les constats des changements séance après séance, et sur la perception du besoin de temps. Ce qui autorise à prendre le temps du changement face au vécu de la discontinuité. « C'est exceptionnel pour moi, c'est assez inouï, ce genre de groupe cela pourrait aider certaines personnes, pour éviter de faire des récides en permanence. » Cette remarque nous invite à comprendre que prendre le temps évite finalement d'en perdre ;

– *le collectif apporte une richesse d'analyses et de points de vue.* Les participants se mobilisent pour mieux comprendre les situations de travail qui ont mené aux problèmes de santé, par exemple, ou dans l'analyse des situations qui permettent d'aller mieux ;

– un autre intérêt réside dans *le changement des représentations des demandeurs d'emploi vis-à-vis de l'institution*, qui n'est plus perçue comme « contrôlante » ou « excluante », mais comme prenant en compte la réalité des situations.

Et de façon plus opérationnelle, cela a un intérêt pour l'analyse et la résolution plus rapide des difficultés d'accès aux droits, comme pour une mobilisation personnalisée de l'offre de services Pôle emploi. Une personne nous disait : « Ce que j'ai apprécié, c'est de se dire qu'on ne culpabilise plus, car quand on dit que nous avons besoin de temps pour aller mieux, pour travailler, c'est vraiment pris en compte du coup. »

En conclusion, proposer des groupes de pair-aidance au sein d'une agence Pôle emploi mobilise une nouvelle conception des accompagnements, parce qu'elle prend en compte les liens entre santé, travail et chômage, en se dégageant du clivage, parce qu'elle met au centre du parcours de rétablissement l'expertise et les savoirs d'expérience des demandeurs d'emploi concernés.

COMMUNICATION DE PSYCHOLOGUES⁶ D'ÎLE-DE-FRANCE : LES PSYCHOLOGUES DE PÔLE EMPLOI ET LA RECHERCHE-ACTION

Dans l'exercice de nos fonctions de psychologue du travail à Pôle emploi, notre temps est largement consacré à nos missions auprès des demandeurs d'emploi, sans avoir forcément l'espace-temps suffisant pour réfléchir à nos pratiques professionnelles.

La mission du psychologue du travail à Pôle emploi est multiple. Pour les demandeurs d'emploi, il est attendu que le psy reçoive le demandeur en entretien individuel pour aider à identifier ses freins au retour à l'emploi, et/ou pour l'accompagner dans l'élaboration de son projet professionnel.

Participer à cette recherche-action a impliqué une organisation différente de nos plannings.

Motivations à rejoindre la recherche-action

Toutes volontaires pour participer à cette recherche-action, nous provenons malgré tout d'horizons différents et nous avons donc des motivations à la fois variées et communes :

- sortir de la réalité de nos agences, pour réfléchir autrement sur les questions de la santé, si nombreuses dans nos accompagnements au quotidien ;
- coopérer avec des pairs et travailler ensemble, car, en effet, nous sommes la plupart du temps seuls, à occuper cette fonction au sein de nos agences ;
- développer nos compétences en adoptant une posture de chercheur, dans la collecte des données, mais aussi dans l'analyse de ce matériau obtenu ;

6. Chantal Abondo-Bessala, Laetitia Amable, Virginie Dailliez, Nathalie Feuger, Cécile Folliot, Valérie Gandibleux, Patricia Le Pennec, Cécile Mariot, Angélique Muntz, Géraldine Psaltopoulos.

– trouver des solutions d’accompagnement aux problématiques de santé des demandeurs d’emploi.

*Constitution du groupe de recherche-action
Pôle emploi Île-de-France*

Nous avons analysé les entretiens individuels, collectifs et les ateliers que nous avons réalisés. Des focus ont été effectués sur les trajectoires à la fois professionnelles et de santé, également sur les addictions, sur le genre et le corps. Nous avons aussi répertorié les préconisations données par les personnes interrogées, et expérimenté des ateliers.

Nous nous sommes réunis mensuellement en distanciel, lorsque les conditions sanitaires l’imposaient, puis en présentiel. Cette régularité a créé un vrai groupe de travail et développer un processus réflexif.

*Ce que la recherche-action a fait bouger
dans nos pratiques professionnelles*

Cette recherche-action a redonné du sens à nos missions, en nous apportant tant au niveau de notre place de psychologue qu’à celui des concepts et points de vigilance lors de nos interventions.

En effet, une grande partie de nos missions de pys du travail est d’intervenir de manière prescrite auprès des demandeurs d’emploi, sur commande de nos collègues conseillers, avec un objectif bien précis de diagnostic, d’évaluation et d’orientation professionnels. Ici, nous avons pu sortir légitimement du prescrit pour aller simplement à la rencontre des problématiques de santé des demandeurs d’emploi, à la compréhension des processus qui amènent la personne à tomber malade, en retrouvant un travail d’analyse et d’écrit différent de nos pratiques quotidiennes, en redevenant finalement psy dans toute son identité de psy du travail, notamment dans sa posture de psychopathe ou de clinicien du travail.

Nous avons découvert la question du travail de santé. Depuis la recherche-action, nous avons toutes introduit cette notion vitale dans nos accompagnements car elle met l’accent sur les actes positifs, qui font

du bien, qui font sens : il s'agit de faire prendre conscience à la personne qu'elle possède des ressources et qu'elle peut être actrice de ce qui lui fait du bien, plutôt que de ne considérer que ce qu'elle ne fait pas, ce qui lui manque ou en quoi elle est défaillante, comme nous pouvions le faire précédemment. Nous allons donc désormais au-delà d'un diagnostic ou d'une évaluation de situation : nous recherchons avec la personne les activités qui pourraient la réparer, lui faire du bien pour la remettre dans une dynamique globale de travail de santé et de retour à l'emploi, qui sont intrinsèquement liés. La santé est l'affaire de tous.

Que cela soit en tant que psychologue, ou en tant que simple citoyen comme tout un chacun, nos propres représentations sont cloisonnées entre le chômage/travail et la santé. Nos regards aujourd'hui ont évolué : le travail, le chômage, la santé sont indissociables. Et c'est bien l'analyse que nous avons réalisée autour des trajectoires de vie des demandeurs d'emploi qui nous a permis d'appréhender plus subtilement des liens entre chômage, travail et santé, qui s'entrecroisent dans le même continuum temporel.

De la même façon, nous pouvons aussi maintenant aborder la question des addictions sous l'angle du travail de santé : en quoi les substances psychoactives peuvent être utilisées au début de leur consommation pour mieux supporter une douleur physique et/ou psychique, dans un but de travail de santé.

Parmi les personnes rencontrées, nous avons pu remarquer que l'« emplacement » (ou insertion des personnes) est plus complexe lorsqu'elles sont issues de familles monoparentales ou ayant vécu un trauma infantile (viol, violences, inceste, abandon...). Au-delà des professionnels de santé (psychiatre, thérapeute), d'autres personnes joueront un rôle fondamental dans le rétablissement, appelées tuteurs de résilience.

Afficher la participation de Pôle emploi à une recherche-action du CNAM a suscité à la fois intérêt et inquiétude.

Les demandeurs d'emploi ont été agréablement surpris de la thématique de l'étude. En revanche, trouver des personnes qui acceptent de témoigner de leurs parcours de santé et éventuellement de participer à un groupe de pairs n'a pas été aisé. S'exprimer en collectif pour des

personnes en situation d'isolement est possiblement anxiogène ; rendre visibles et audibles des questions de santé, cela l'est encore davantage, d'autant plus au sein d'une institution leur demandant tous les mois de rendre des comptes. Le dispositif des groupes a facilité la levée de ces craintes.

Du côté de l'institution, en local, travailler autour des questions de santé au sein de Pôle emploi a pu interroger car ce n'est pas la porte d'entrée habituelle de l'accompagnement.

Enfin, la recherche-action nous a fait sortir de nos bureaux individuels et a également déplacé en nous des manières de faire, en passant de l'individuel au collectif et du collectif à l'individuel. Nous avons pu y trouver des complémentarités, des différences, mais surtout une logique de continuité de parcours. Nous avons animé, coanimé des entretiens collectifs, des ateliers ; ce qui a permis à certaines d'entre nous de lever leurs appréhensions sur l'animation de groupe, de redécouvrir l'intérêt pour l'animation et la coanimation de collectifs, parce qu'il s'agit d'une approche moins évaluative, moins figée, centrée sur la dynamique de la personne, ayant un effet thérapeutique sans être un groupe thérapeutique pour autant. De plus, ces groupes de pair-aidance qui n'ont pas d'exigence de retour à l'emploi favorisent malgré tout celui-ci en « réhabilitant » le demandeur d'emploi.

Les préconisations

En voici quelques-unes. Effectuer des actions de sensibilisation auprès des demandeurs d'emploi pour une prise en compte de leur santé, conduire également des actions de sensibilisation auprès des agents en interne, par exemple par l'intermédiaire de kiosques, afin de viser une amélioration du questionnement de la santé des demandeurs d'emploi. Et bien sûr, poursuivre et élargir la pratique des groupes de pair-aidance des demandeurs d'emploi, en interne, dans une logique de parcours chère à notre institution.

Aujourd'hui, la santé est au centre de toutes les préoccupations depuis la pandémie. Cela renforce la légitimité de cette recherche. En

accompagnant les demandeurs d'emploi à prendre en compte leur santé, à la préserver, à la maintenir et à la développer, nous prenons la pleine mesure de notre rôle de professionnels de santé au sein d'une institution comme Pôle emploi. C'est pourquoi nous ressentons toutes la nécessité de continuer à faire vivre cette recherche-action au sein de nos agences, en créant et animant des groupes autour du vécu du chômage et du travail de santé. Pour ce faire, un portage managérial nous sera nécessaire, pour la constitution et l'animation des groupes, les échanges avec les collègues... une fois de plus, la santé est l'affaire de tous !

Merci à Pôle emploi Île-de-France de nous avoir permis de nous impliquer dans cette recherche de plus de deux ans. Merci au CNAM de nous avoir associées à ce travail passionnant. Merci aux demandeurs d'emploi qui ont répondu à nos questions et se sont mobilisés avec nous.