



HAL
open science

CHÔMAGE ET SANTÉ FRAGILISÉE : DYNAMIQUES DES PARCOURS DE TRAVAIL ET DE SANTÉ ET PROCESSUS DE RECONSTRUCTION DE SOI -UNE RECHERCHE-ACTION

Dominique Gelpe, Dominique Lhuilier, Anne-Marie Waser

► **To cite this version:**

Dominique Gelpe, Dominique Lhuilier, Anne-Marie Waser. CHÔMAGE ET SANTÉ FRAGILISÉE : DYNAMIQUES DES PARCOURS DE TRAVAIL ET DE SANTÉ ET PROCESSUS DE RECONSTRUCTION DE SOI -UNE RECHERCHE-ACTION. *Revue française des affaires sociales*, A paraître, 2022 (4). hal-03977591

HAL Id: hal-03977591

<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-03977591>

Submitted on 7 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chômage et santé fragilisée : dynamiques des parcours de travail et de santé et processus de reconstruction de soi – Une recherche-action

Dominique Gelpe, Dominique Lhuilier et Anne-Marie Waser

Résumé

La santé des personnes au chômage dépend, non seulement des effets de la privation d'emploi et des facteurs favorisant ou non l'accès à un emploi, mais aussi des trajectoires de santé et de travail en relation réciproque. Notre recherche-action, dans une visée qualitative et diachronique, étudie les formes de cette interrelation travail/santé telle que les chômeur·euse·s en reconstituent l'histoire au sein d'entretiens ou au cours d'un accompagnement en atelier collectif, ainsi que les dynamiques favorisant, ou empêchant au chômage, un travail de santé qui restaure les processus visant « l'aller mieux », en quête d'un certain bien-être physique, psychique et social. Nous dégageons trois types de parcours « travail et santé » caractérisés par une santé « sacrifiée », une santé se dégradant dans un contexte de précarité et une santé fragilisée sur fond de désinsertion professionnelle chronique, données complétées de l'étude de parcours de dégradation et de restauration de la santé au chômage. Avec les parcours accompagnés en atelier, nous montrons comment des réinsertions professionnelles sont possibles en donnant une place centrale aux activités et aux ressources collectives construites par des personnes à la santé fragilisée.

Introduction

La fragilisation de la santé des chômeur·euse·s constitue un « problème de santé publique » (Farache, 2016) désormais documenté au plan épidémiologique : par rapport aux actif·ve·s occupé·e·s, les chômeur·euse·s présentent au même âge de moins bons indicateurs en termes de santé perçue, de morbidité, d'accès aux soins, de vieillissement ou de mortalité (Meneton, Kesse-Guyot, Méjean *et al.*, 2015 ; Meneton, Plessz, Courtin *et al.*, 2017 ; Mizrahi et Mizrahi, 2002 ; Moulin, Labbe, Sass *et al.*, 2009 ; Paul et Moser, 2009 ; Sermet et Khlal, 2004). Ainsi, 34 % des chômeur·euse·s contre 16 % des personnes en emploi témoignent de troubles psychologiques, notamment dépressifs et anxieux, en particulier chez les plus de 50 ans (Buffel, Missinne et Bracke, 2017). Dans la durée, le bien-être psychologique diminue au chômage (Paul et Moser, 2009), tandis qu'augmentent les troubles de l'humeur ou de l'anxiété (Blasco et Brodaty, 2016).

Outre les effets traumatogènes des licenciements (Debout, 2015), diverses pistes explicatives des relations chômage/santé (Creed et Macintyre, 2001 ; Jahoda, 1982 ; Schnapper, 1981) ont mis l'accent sur la perte des fonctions latentes du travail (repères temporels, spatiaux, relations sociales, identité sociale...) et de ses fonctions manifestes (revenus), les effets sur la santé s'exerçant parfois de façon différée (Mousteri, Daly et Delaney, 2018). Cependant, la relation chômage/santé peut prendre aussi sa source en amont dans l'activité de travail, cause d'une dégradation de la santé qui s'importe en situation de chômage voire la provoque (Ronchetti et Terriau, 2019). Un rapport de l'IGAS (Aballea et Mesnil du Buisson, 2017) soutient cette hypothèse : sur une vingtaine de métiers, plus d'un quart des inscriptions à Pôle emploi se font suite à un licenciement pour inaptitude médicale ; le taux de chômage des personnes avec une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est de 18 % en 2018.

La relation travail/santé se comprend pleinement dans la durée (Courtet et Gollac, 2012 ; Molinié, Gaudart et Pueyo, 2012) : « À l'échelle biographique, la santé des individus et leur expérience du travail se construisent et se façonnent mutuellement tout au long de la vie » (Hélaridot, Gaudart et Volkoff, 2019), ce qui milite pour une approche qualitative diachronique qui croise les trajectoires professionnelles et de santé. L'expérience subjective de ces parcours de vie est ce qui permet de rendre compte de la façon variable dont les processus de fragilisation de la santé se sont opérés et s'importent en situation de chômage, ainsi que de la façon dont ils sont façonnés en retour par le chômage et peuvent trouver aussi des formes de résolution. C'est la perspective que nous avons adoptée dans notre recherche-action conduite auprès de personnes au chômage¹. Le parcours de vie est un paradigme pluridisciplinaire (Lalivé d'Épinay, 2019) qui a fondé la collaboration de chercheur·euse·s en psychologie, sociologie et philosophie composant notre équipe. Ce paradigme oriente nos choix à la fois théoriques et méthodologiques. Trois principes orientent cette perspective : principes de totalité, de temporalité et de l'individu-sujet. Ce qui implique de saisir l'individu

¹ Cette recherche-action, Chômage et Santé, est hébergée au sein de deux laboratoires du Conservatoire national des arts et métiers de Paris (LISE-UMR 3320 et CRTD-EA4132), financée par l'AGEFIPH, la MILDECA, le CNAM et réalisée en partenariat avec Pôle emploi Nouvelle-Aquitaine et Ile-de-France, Cap Emploi Beauvais, Territoires zéro chômeur de longue durée de Bouffémont-Attainville-Moiselle, l'association Solidarité nouvelle face au chômage et la mission locale-Garantie Jeune de Paris 13^{ème}. Les chercheur·euse·s impliqué·e·s sont Virginie Althaus, Gilles Amado, Dominique Gelpe, Éric Hamraoui, Dominique Lhuillier (direction scientifique), Katherine Portsmouth, Carole Tuchsirer, Anne-Marie Waser ; avec la participation de Michel Debout et de Michel Hautefeuille.

dans sa totalité bio-psycho-socio-culturelle² ; comme un être vivant, donc en devenir, en mouvement entre passé et avenir ; comme acteur de sa vie, capable de composer et de se dégager de ses déterminations. Ici, nous explorons non seulement ce que le travail-emploi et sa perte font à la santé mais aussi les activités (non réductibles aux visées productives) dans lesquelles les personnes sont engagées. Notamment le travail de santé (Lhuilier et Waser, 2016 ; Lhuilier, 2020, 2022) – l’activité déployée pour préserver, développer sa santé et le pouvoir d’agir qui s’y manifeste.

Nous cherchons, d’une part, à repérer le déploiement dans le temps de la relation travail-chômage-santé : notre but est ici d’appréhender, selon une lecture non-déterministe, les étapes et événements-clé des parcours et les processus complexes qui les relient en libérant ou inhibant les capacités d’agir des personnes au sein d’un tout travail/chômage/santé formant système. Ce premier volet de notre recherche s’appuie sur une série d’entretiens approfondis conduits auprès d’une centaine de chômeur·euse·s souffrant d’une problématique de santé (partie 1). D’autre part, nous cherchons à analyser en les expérimentant les processus par lesquels l’activité proposée au sein d’un groupe de pairs peut constituer une aide puissante à la reconstruction d’une capacité d’agir (partie 2).

Entretiens approfondis : méthode et population

Les chômeur·euse·s ont été rencontrés en entretien individuel (N = 108) au sein d’organisations d’accompagnement à l’emploi³ ; la proposition de l’entretien a été faite sur la base du volontariat auprès de personnes éprouvant des difficultés de santé. L’objectif étant qualitatif, nous n’avons pas fait d’échantillonnage de la population.

Les entretiens, enregistrés avec le consentement des participant·e·s, ont été conduits puis analysés à l’aide d’une grille portant sur la trajectoire professionnelle (rapport au travail : valeurs, implication, satisfactions, choix..., conditions de travail, événements et processus affectant la santé), sur la trajectoire de santé (genèse de la problématique de santé, interaction avec la trajectoire professionnelle, représentation de la santé, conduites addictives), le vécu du chômage, le travail de santé au chômage et enfin sur les ressources et activités qui font sens.

Caractéristiques des personnes :

- 67 femmes ; 41 hommes
- 20-30 ans : 19 ; 31-40 ans : 20 ; 41-50 ans : 33 ; 51-60 ans : 31 ; plus de 60 ans : 5
- résidant en milieu urbain : 77 ; péri-urbain : 23 ; rural : 8
- niveau de qualification : savoirs de base-brevet des collèges : 10 ; BEP-CAP : 19 ; BAC : 18 ; BAC + 2 : 16 ; Licence : 11 ; Master : 34
- Durée du chômage : ≤ 1 an : 36 ; 1 à 2 ans : 20 ; > 2 ans : 24 ; chômage récurrent : 28

1. Dynamiques des parcours travail, santé, chômage

Notre analyse des trajectoires nous conduit à repérer trois grands types de dynamiques de

² La reconnaissance de la totalité intégrative soma-psyché implique de se dégager du dualisme segmentant la santé mentale de la santé somatique. Un cancer ou un accident du travail s’accompagnent toujours d’une fragilisation psychique comme un burnout ou un stress post-traumatique s’accompagnent toujours de troubles somatiques.

³ Les entretiens ont été réalisés au sein d’agences de Pôle emploi Ile-de-France et Nouvelle-Aquitaine, d’un Cap Emploi, d’une mission locale, d’un TZCLD, de SNC.

parcours éclairant les rapports entre santé et travail et les processus ayant conduit à la perte d'emploi ou à un empêchement chronique d'accès à l'emploi. La santé au chômage (au sens de bien-être physique, psychique et social) s'inscrit dans cette histoire. Ces dynamiques, qui comportent chacune des variations et des singularités, concernent des parcours caractérisés par une « santé sacrifiée jusqu'à la rupture » (nous y classons 37 personnes), une « dégradation de la santé sur fond d'emploi précaire » (23 cas repérés) et un « défaut d'insertion professionnelle chronique » (33 situations observées).

Dans notre échantillon, les troubles psychiques concernent 89 personnes, liés pour 28 cas à des risques psycho-sociaux : harcèlement, épuisement professionnel, burn out, troubles anxio-dépressifs, dépression, stress post-traumatique ; ils se combinent souvent avec des pathologies somatiques, lesquelles comportent 27 situations de maladie chronique (maladie cardiovasculaire, cancer, endométriose, sclérose en plaques, maladies auto-immunes, spondylarthrite ankylosante) et 19 cas de troubles musculo-squelettiques. Notons la forte présence de conduites addictives chroniques ou récentes (12 femmes et 16 hommes). Ces différents problèmes de santé ne déterminent pas les trois parcours que nous avons construits même si une prédominance de burn out est observée dans le premier parcours.

Parcours de santé sacrifiée jusqu'à la rupture

Les personnes classées dans ces parcours ont eu une période d'emploi stable (CDI), avec un investissement souvent important dans le travail, suivi d'un processus non reconnu ou accepté de fragilisation de la santé qui conduit à une usure psychique et physique puis à une perte d'emploi (licenciement pour inaptitude, rupture conventionnelle ou licenciement économique). Ces parcours de santé « sacrifiée » (Hélarot, 2008) se caractérisent par une persistance à se maintenir au poste de travail malgré des signes infra-pathologiques, des douleurs (par exemple, endométriose ou TMS non identifiées), une souffrance psychique croissante ou une maladie déclarée (cancer). Cela amplifie les processus de dégradation de la santé jusqu'à l'accident ou l'effondrement. Les cas de burn out sont typiques de ces parcours où se combinent souvent des sur-sollicitations (intensification du travail, harcèlement) et du sur-engagement (par identification à l'organisation, attachement aux règles et valeurs du métier, recherche d'une valorisation sociale, volonté d'augmenter son revenu, angoisse de la perte d'emploi, culpabilisation de ne pas être à la hauteur ; Hamraoui, Lhuillier, Portsmouth *et al.*, 2021).

Jean (56 ans, master) est un des cas de sur-engagement lié ici à un rapport personnel au travail. Il exerce en continu divers emplois (comme chef de projet ou dirigeant) qu'il change au fur et à mesure des mutations de sa compagnie avec un surcroît d'implication à chaque changement. Surinvesti dans son activité professionnelle au détriment de sa vie familiale et personnelle, se soutenant par une forte consommation d'alcool et de tabac, il trouve dans et par le travail l'expression de son identité et une affirmation sociale (« Je suis quelqu'un qui aime vivre les choses intensément. Cela m'a valu une dépendance au travail. »). À 45 ans, il fait un burn out et réduit un peu son activité ; quatre ans après il a un AVC et se trouve dans l'obligation de cesser toute activité. « Je me retrouvais face à ma famille, abîmé par toutes ces années d'activité intense où je n'ai pas écouté mon corps et où j'étais à côté de certaines choses. »

Chris (39 ans, master), qui occupe pendant 16 ans des postes à responsabilité croissante dans la même entreprise, est un cas de dégradation des conditions organisationnelles et sociales de l'activité. Lors d'une fusion de services, elle est

écartée des processus de décision, ses relations de travail avec ses supérieurs se détériorent, elle subit du harcèlement moral et se sent disqualifiée. Pour se maintenir en emploi, elle s'épuise physiquement et psychologiquement et s'effondre en burn out. Après quelques mois d'arrêt maladie, elle est licenciée pour inaptitude, ce qu'elle vit comme un échec dont elle a honte, non sans un sentiment d'injustice (elle dit : « Je ne suis pas inapte mais inapte à travailler chez eux, oui. »).

La rupture peut être précédée de plusieurs phases d'arrêt de travail qui, en l'absence d'un changement de conditions de travail, ne permettent pas de résolution.

Ainsi, Thomas, 43 ans, accumule les arrêts de travail pendant deux ans : travaillant dans un service de logistique et de distribution, il est en dépression croissante après un changement de service où il vit une accélération des cadences, une perte de sens et une dégradation des relations sociales dans le travail. Au cours de sa dernière période d'activité, toujours en dépression et souffrant de douleurs de dos, il est pris d'un malaise et s'effondre dans une tranchée ; il sera arrêté pendant deux ans avant un licenciement économique pour inaptitude.

Ce que ces personnes à la « santé sacrifiée » nous rapportent de leur vécu du chômage et des actions qu'elles engagent dépend à la fois de la nature et de l'intensité du traumatisme psychique et physique éprouvé lors de la rupture d'avec l'emploi, de leur âge et de la probabilité perçue d'un retour en emploi, et des conditions de la vie au chômage, notamment le soutien des proches. Cela nous donne à voir des situations très diverses : restauration rapide du bien-être permettant de se re-mobiliser dans une activité de recherche d'emploi (comme Laurine, ci-après), isolement et dégradation de la santé psychique qui figent toute initiative (comme Fanny, ci-dessous), lente reconstruction de soi où la question de la reprise d'un emploi est posée sur un temps long (Jean, *infra*).

Laurine, 26 ans, est au chômage depuis 1 an. Après un BTS puis une licence professionnelle en droit immobilier, elle obtient un CDI rémunéré à la commission. Enthousiaste (« Une fois, je me suis fait 5 000 euros net. À mon âge, ce n'est pas croyable ! ») mais en suractivité (elle ne prend pas de pause), elle a recours à des substances psychoactives pour tenir (tabac) ou décompresser après le travail (alcool) (« pour me vider la tête »), évoquant une accoutumance dangereuse. Elle a des infections urinaires à répétition : « Il fallait aller à cent à l'heure. » Elle quitte son emploi trois ans après « au bord du burn out ». Suit une période de priorisation du travail de santé (*cure* et *care*) : « Je fais attention à moi maintenant. » Elle engage plusieurs démarches de soin : « J'ai appelé le dentiste, la gynéco, la dermato, tout le monde. Cela fait du bien. Je me rends compte aussi de tout ce que je n'écoutais pas... en fait, mon corps l'exprimait. » Elle diminue sa consommation d'alcool, arrête la cigarette et « se tourne vers les autres » devenant bénévole dans une association. Dans ce contexte de remobilisation socialement et psychologiquement sécurisée, elle entreprend une démarche de reconversion professionnelle (maroquinerie) et est recrutée dans une entreprise du secteur.

Fanny (29 ans, CAP de serveuse), après de petits contrats, est agent de service hospitalier en EHPAD en CDD (activité pénible compensée par les relations entre agents), puis femme de chambre en hôtel (CDI). Elle est licenciée pour inaptitude après deux ans, souffrant de douleurs cervicales et à la clavicule. Sans emploi ni ressources, élevant seule sa fille, elle s'installe chez son compagnon à la campagne. Ses journées se réduisent au canapé-télévision : elle ne doit pas faire de bruit car son

compagnon travaille de nuit et dort le jour. Elle développe d'importants symptômes dépressifs : asthénie, troubles du sommeil et de l'alimentation (prise de poids), tristesse et hypersensibilité ; dépendante de son conjoint financièrement, ne se reconnaissant pas dans sa léthargie et son ennui, elle culpabilise et se dévalorise. L'obtention de son permis de conduire pourrait constituer un but mobilisateur mais elle ne peut le financer alors qu'elle en aurait besoin pour concrétiser (et affermir) son souhait de formation en alternance d'animatrice en gérontologie.

Fanny fait partie de ces personnes enfermées dans l'incertitude et l'absence de repères sociaux qui vivent une véritable « crise de l'avenir » et se distinguent de celles qui peuvent investir d'autres activités que celle de la recherche d'emploi (Demazière, Foureault, Lefrançois *et al.*, 2015), comme c'est le cas de Jean ou de Chris cités *supra*.

Jean (déjà cité) s'est progressivement reconstruit après son AVC en apprenant à « écouter son corps » et en faisant le point sur sa situation : « Clairement j'ai appris à relativiser concernant mon parcours. J'ai travaillé comme un forcené mettant ma santé en danger mais aussi mon couple, l'équilibre de ma famille. » Désormais, il investit des activités personnelles (promenades du chien), parentales (école, soin aux enfants), familiales (cuisine, habitation) et sociales (sorties entre amis), cela dans une organisation temporelle quotidienne très réglée qui lui permet de soutenir cette « épreuve temporelle » (Demazière, 2006) générée par l'absence d'activité de travail. Au chômage depuis plusieurs années, il vient juste de s'inscrire à une formation à distance de formateur-consultant qu'il vit comme une « opportunité » exigeante : « Me sociabiliser, réapprendre tous ces codes sociaux tout en apprenant un nouveau métier (...) Cela prendra beaucoup d'énergie. »

Chez Jean et nombre de personnes interviewées, la restauration de la santé durant le chômage passe par une mise à distance de l'activité antérieure de travail, reconnue après coup dans ses effets « délétères » sur la santé s'opposant à une vision du « travail comme opérateur de santé » (Bouffartigue *et al.*, 2010). Le chômage crée les conditions d'un ralentissement du rythme de vie (diminution du nombre d'activités, augmentation du temps utilisé pour les réaliser) permettant une réparation, un rétablissement de la santé où le souci de soi et de son milieu de vie proche prend le pas sur les préoccupations de reprise d'un emploi. C'est une opportunité d'engager des traitements médicaux ou paramédicaux : soin généraliste ou spécialisé, thérapie de soutien psychologique, coach de développement personnel, etc. Pause favorable à l'introspection, le chômage ouvre ici un temps de réflexion sur le sens de la vie, la place du travail dans celui-ci, les aspirations déçues, etc., ce qui contribue à l'élaboration de nouvelles normes de santé.

Chez d'autres personnes a contrario, la rupture trouve difficilement les conditions psychosociales et psychologiques de son dépassement. C'est le cas de Fanny, isolée de toute interaction sociale ; ou de ceux pour qui, comme Thomas (déjà cité), l'entourage personnel ne suffit pas. Après deux ans de chômage à la suite de son licenciement, il n'a pas retrouvé les moyens d'une projection dans un nouvel emploi : « Je suis chez moi dans une espèce de torpeur, hors du temps et de l'espace, je n'existe pas vraiment hormis pour mes enfants. Je ne me sens pas physiquement, je suis hors du temps, c'est un peu lié au fait qu'il n'y a pas de sens à ma vie. »

Parcours de dégradation de la santé mentale sur fond d'emploi précaire

Moins nombreux que les précédents, ces parcours se caractérisent par une succession de contrats courts entrecoupés d'un chômage récurrent, qui exige un ajustement répété à de nouveaux cadres et cultures professionnelles, l'obligation réelle ou perçue de refaire ses preuves, une implication itérative dans la recherche d'emploi et un entretien continu de son employabilité. Le nomadisme professionnel au principe de ces parcours est ainsi une histoire sans cesse recommencée du processus d'*emplacement* (Sibony, 1991), au sens de trouver et de se faire une place sociale dans et par le travail, processus qui non seulement use les personnes et peut les démobiliser, mais présente aussi un risque, source d'angoisse diffuse, de déqualification progressive des emplois occupés (Sennet, 2000). Ici, le chômage ne transforme pas ces parcours, il lui est consubstantiel. C'est plutôt avec l'avancée en âge que les difficultés s'accroissent et peuvent conduire à un chômage de longue durée.

Anne, 55 ans, travaille depuis 20 ans dans le secteur de la recherche en santé publique en tant que vacataire. Ses contrats de travail sont soumis à la durée du financement des projets de recherche. « Je cherche du travail depuis 20 ans. Trois bacs plus 5, ça sert à rien, ça donne pas à bouffer ». Divorcée, elle élève seule ses quatre enfants avec un salaire insuffisant qu'elle complète par des vacances d'enseignement, un emploi dans une crêperie et la location de son appartement certains week-ends. Elle occupe ses périodes sans emploi à compléter ses formations, approfondir des thématiques de recherche et participer à des rencontres professionnelles : « Pour moi, c'est un rythme toujours soutenu, une tension permanente. » Cette tension continue engendre « *un petit infarctus* » qu'elle explique par sa vulnérabilité ; elle fait alors de la rééducation cardiaque et reprend son activité à la crêperie.

Le précarité subi (Castel, 2007) est un vecteur d'insécurité mais aussi de ressentiment à l'égard du décalage perçu comme injuste entre une double contribution au travail et à la recherche d'emploi et une moindre rétribution financière autant que symbolique. Un sentiment de dévalorisation et d'impuissance domine qui se répercute dans les sphères de vie hors travail, notamment durant les périodes d'inactivité.

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, 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 avec ses amis pour « ne pas subir leur pitié ».

Soulignons enfin des situations où la précarité de l'emploi survient avec l'âge lorsque celui-ci rend difficile une embauche dans des contrats durables. La dégradation de la santé psychique est alors d'autant plus nette que les personnes ont eu auparavant une activité professionnelle vécue comme épanouissante.

C'est le cas de Pia, 59 ans, qui travaille dans la presse, secteur ayant réduit les CDI au profit des vacances de pigiste. Après une formation de styliste, elle est rédactrice de mode pendant 25 ans. Elle connaît un premier épisode de chômage : « J'avais 34 ans et le vent en poupe, j'ai pas eu de mal à retrouver des piges dans différents magazines. Sauf que la pige est extrêmement mal rémunérée et que j'avais déjà 2 enfants à charge.

Je m'en suis sortie et j'ai réintégré une équipe en tant que salariée. » Le scénario est tout autre quand, à 55 ans, elle est à nouveau licenciée. Elle trouve deux CDD, tente une reconversion professionnelle sans succès. Ici, c'est moins l'alternance emploi/chômage qui affecte la santé psychique de Pia que la précarisation engendrée par une inactivité sans espoir d'en sortir vraiment : « Ça a glissé doucement, tout doucement, jusqu'au jour où je me suis sentie vraiment mal et j'ai pris mon téléphone pour appeler les urgences psychiatriques » face à des pensées suicidaires. Aujourd'hui, elle est soignée pour une dépression et sa dépendance à l'alcool (consommation collective et régulée dans le milieu de travail mais qui s'est emballée depuis son licenciement), a vendu sa maison et vit avec un RSA. Elle sera en retraite à 66 ans.

Parcours de défaut d'insertion professionnelle chronique

L'accès durable au travail peut être difficile dès l'entrée en vie dite « active » ; c'est le cas des jeunes « NEETS » (*Not in education, employment, or training*) ou de jeunes diplômé·e·s qui ne trouvent pas d'emploi ou échouent à identifier un métier vers lequel s'engager et se construire. Ils·Elles enchaînent des contrats courts, contrats « aidés » ou non, parfois se détournent de la recherche d'emploi dans l'angoisse de la confrontation à une activité de travail. Cette difficulté initiale d'insertion peut perdurer et s'observer chez des personnes au-delà de la trentaine.

Souvent dans une souffrance psychique dont les racines remontent loin dans leur passé, ces personnes concernées par ces parcours ont peu travaillé, soit qu'elles ont occupé un emploi de façon épisodique et jamais sur une longue période, soit qu'elles ont eu une première période courte d'emploi stable dont l'interruption est suivie d'un non-retour durable à l'activité de travail.

Ces parcours, associés souvent à des conduites addictives, témoignent d'une problématique d'insertion chroniquement empêchée sur fond de carences d'étyage familial : une place originelle dans l'histoire familiale fait défaut ou problème dans des contextes rapportés de violence, de maltraitance et de déconsidération, d'abandon, d'agression sexuelle, de perte précoce d'un parent ou encore d'indifférence. Trouver et faire *sa* place, marquer son unicité, dans des situations sociales et professionnelles (ou dans une relation affective) demande que cette place « existe déjà un peu dans la tête de qui la cherche » (Sibony, 1991). Cette difficulté foncière se traduit par une impossibilité de se tenir à une activité ou de s'y engager ainsi que, selon les cas, par des situations d'errance professionnelle et géographique (« la rue », les hébergements précaires chez un membre de sa famille ou une vague connaissance, les voyages et travaux épisodiques à l'étranger, les petits boulots d'occasion) ou au contraire d'enfermement chez soi, souvent en lien avec des conduites d'addiction à l'alcool, aux jeux vidéo ou à la télévision, à internet.

Antonio, 41 ans, plombier-chauffagiste, est au chômage depuis plusieurs années par suite d'une chute sur un chantier associée à la prise de substances psychoactives fortes. Antonio a préparé plusieurs CAP après le collège suivi jusqu'en classe de 5^{ème}. Il commence à l'âge de 14 ans à consommer de l'alcool et du cannabis. Il dira : « Mes parents, ils ne se posaient pas de question. (...) Ils ne veulent pas savoir. » Après son accident qui réclame de nombreux soins sur des années, il entame un parcours de désintoxication et diminue sa consommation. Il suit une nouvelle formation mais n'a pas de projet particulier et ne reprend pas d'emploi. Il dit « ne rien faire », n'a pas

d'outil informatique et ne répond pas au téléphone : « Je ne rentre pas dans leur moule. (...) Il faut rentrer dans des cases, remplir leurs petits papiers et répondre à leurs questions [sur la recherche d'emploi], eh bien ils n'ont qu'à me rayer. »

Ces parcours de non-insertion professionnelle chronique ne sont pas toujours définitifs mais demandent pour s'en dégager une intervention extérieure (un ami, un accompagnateur, un psychologue, un médecin ou encore un atelier collectif de pairs comme nous le verrons dans la partie suivante) qui vient avec du temps briser une spirale d'errance (comme Grégoire, ci-après) ou une situation d'isolement et d'enfermement (comme Aurore, ci-dessous).

Grégoire, 43 ans, débute son entretien ainsi : « 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 : « C'est moi qui l'ai décroché. » Il vit chez sa grand-mère jusqu'à 18 ans puis « prend la route ». Suivent « des années de galère » avec le souci de ne pas finir à la rue, « garder la tête toujours à peu près au-dessus de l'eau ». Il enchaîne des missions d'intérim, des contrats courts, du travail au noir, de l'échange de services contre un logement. Après 27 ans de consommation de substances psychoactives et 15 ans en surendettement, il rencontre un ami qui « m'a redonné goût à la vie, m'a donné une famille de substitution » et l'aide à se soigner, à trouver un logement, un travail. Suite à une période d'essai dans la lingerie d'un hôpital, une titularisation se profile : une construction et une nouvelle orientation de sa vie ont été ainsi possibles. Mais l'embauche est empêchée par son casier judiciaire : « J'ai pris une baffé là. C'est comme si mon passé me rattrapait ! » Grégoire est au RSA : « Je sais même pas ce qui pourrait me correspondre comme boulot. C'est peut-être mon dernier combat à mener, un emploi ? »

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 » : « J'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. » Elle 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 j'ai plus d'oxygène ») et une peur de sortir : « J'angoisse, je suis pas bien quand il y a trop de monde », elle reste enfermée chez elle. Conseillée de contacter un centre médico-psychologique, elle repousse de loin en loin cette démarche à laquelle 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 dans des réunions entre amis, elle prend soin de son apparence et participe à un groupe « d'échange de parole » avec d'autres personnes sans emploi vivant des problèmes de santé, groupe dans lequel elle se raconte avec vivacité. Elle réalise une première période d'immersion en entreprise.

Pour conclure cette première partie, nous soulignons que les trois grands types de parcours croisés d'histoires de travail et de santé témoignent des processus qui contrecarrent le travail de santé en emploi (dégradation des conditions de travail, défaut de régulations et ressources collectives, précarisation des emplois et fragilisation des autres domaines de vie, familiale, amicale...) et conduisent brutalement ou progressivement à la perte d'emploi. 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.

Une santé altérée conduit ou maintient bien souvent au chômage. Mais ce dernier a aussi ses effets propres (comme l'a déjà montré l'étude PRINCEPS de Lazarsfeld et al. 1981), selon sa durée et les possibles projections temporelles, selon les ressources trouvées ou mises en place, en lien avec le milieu personnel, familial, social ou institutionnel des personnes. Le chômage peut être une mise à l'abri temporaire des épreuves du travail quand le chômeur s'autorise (et est autorisé à) cette pause pour réparer la fragilisation de sa santé tout en s'engageant dans des activités sociales alternatives à celles de l'emploi. L'activité est le vecteur d'une mise en relation avec autrui et d'une mise à l'épreuve du réel, avec ses résistances et ses possibles, ses limitations et ses succès. A contrario, l'inactivité qui dure, l'absence de dépense énergétique, génèrent des décompensations psychosomatiques et/ou des troubles anxieux ou dépressifs accrus (Lhuilier, 2018). La privation du pouvoir d'agir a partie liée (comme cause et effet) à la fois avec une carence de relations aux autres et avec une impossibilité de penser et d'organiser le présent du quotidien, de « produire du temps », condition d'une circulation entre les catégories de temps présent, passé et avenir (Gaudart, 2014).

C'est précisément cette possible relance des dynamiques relationnelles et temporelles que nous avons souhaité expérimenter au sein d'ateliers de pairs accompagnés sur plusieurs mois. C'est l'objet de la partie qui suit.

2. Les dynamiques des parcours accompagnés

L'expérimentation d'ateliers Chômage et santé a été réalisée dans 8 agences de Pôle emploi, dans un Cap emploi et au sein de SNC. La participation à ces ateliers est volontaire : il est néanmoins demandé un engagement sur plusieurs séances de travail. Nous choisissons ici de présenter les processus favorisés dans le dispositif collectif de pairs de Cap emploi. Perçus comme les plus « éloignés de l'emploi », les participant·e·s sont des chômeur·euse·s de longue durée, s'inscrivant dans les trois types de parcours identifiés plus haut, empêtré·e·s dans un quotidien retranché, cloîtré·e·s chez eux·elles pour la plupart, pris·es dans la routine du quotidien avec des addictions (10 cas sur 11) ; médicaments psychotropes, tabac, alcool, cannabis, jeux en ligne, troubles du comportement alimentaire dont certain·e·s tentent de se défaire.

La composition du groupe est la suivante : 6 femmes ; 5 hommes.

Ayant entre 20-30 ans : 2 ; 41-50 ans : 6 ; 51-60 ans : 3 ; plus de 60 ans.

8 résident en milieu urbain, 2 en péri-urbain, 1 en rural.

Les niveaux de qualification : savoirs de base-brevet des collèges : 1 ; BEP-CAP : 5 ; BAC : 1 ; BAC + 2 : 1 ; Licence : 3

Durée du chômage : ≤ 1 an : 2 ; > 2 ans : 5 ; chômage récurrent : 4

Durant un an, 12 séances se sont tenues dans les locaux de Cap emploi (9 en présentiel et 3 en visio) en co-animation avec deux chargées d'accompagnement et une psychologue de Cap emploi en alternance, et une chercheuse. Les participant·e·s ont été sollicité·e·s par les chargées d'accompagnement. L'intervention des professionnelles au fil des séances consiste à faire des liens avec les différents éléments de l'histoire des participant·e·s, poser de nouvelles questions et proposer des pistes d'analyse. Après chaque atelier, grâce à l'enregistrement, un compte rendu analytique, rédigé par les professionnelles, est soumis au groupe. Il a pour objectif l'activité partagée d'expression et analyse des histoires familiale et professionnelle de chacun et le développement de ressources collectives qui font massivement défaut au chômage. Le retour sur le passé et le dialogue sur les « empêchements », permettent de reconsidérer les parcours, dans et par l'activité narrative adressée aux autres. Cette réflexivité partagée enrichit les parcours mais aussi les infléchit, ouvre sur des bifurcations en faisant

apparaître des fils à tirer vers de nouvelles perspectives. S'opère ainsi la relance d'une dynamique temporelle soutenue par la pair-aidance au principe de ces ateliers. La parité de condition opère comme un levier puissant : le commun n'est pas la pathologie mais la fragilisation éprouvée, à la fois vitale (morbidity) et sociale (désinsertion). Les questions en miroir de participants bienveillants et le vécu groupal constitué dans la récurrence des rencontres sur un temps long, ouvrent à d'autres analyses, remanient les logiques d'attribution causale. Cette dynamique collective permet à chacun de repérer d'autres éléments de sa vitalité, de tenter de nouvelles expériences et d'acquérir ainsi de nouveaux savoirs expérientiels (Fanchini et Maurice, 2021 ; Le Bars, 2022).

Durant les quatre années qui ont suivi un AVC lié à un épuisement professionnel (parcours « santé sacrifiée »), Louis (46 ans, ancien barman, paralysé du côté gauche durant 6 mois, mobilité retrouvée après une longue rééducation mais avec une fragilité cardiaque et une lenteur d'exécution, d'élocution) a d'abord refusé l'idée d'un retour à l'emploi par crainte d'une récurrence. Il est prêt désormais à rechercher un emploi à temps partiel : « Je vais bien, j'aime bien ma vie au chômage, je marche tous les jours, je vois du monde et maintenant, j'ajouterais bien un emploi ». Après une immersion comme caissier (25 h/semaine) dont il ressort enthousiaste, Louis postule sur des emplois d'hôte de caisse à temps partiel en tenant très fort ses normes de santé : « Si ça ne va pas, trop de pression, je pars sur le champ. » Cet emploi lui permet de développer concentration, résistance, vitesse d'exécution, d'en tirer une grande satisfaction car il réussit mieux, plus vite et sans erreur ses tâches et de donner un nouveau sens à sa vie, tout en poursuivant ses soins : « Je vois du monde, on discute juste ce qu'il faut – “comment ça va ? etc.” ; et le soir je suis content de rentrer chez moi après avoir passé une bonne journée au travail. » Il communique son élan aux autres participant·e·s du groupe.

Chez certain·e·s participant·e·s néanmoins, le temps se présente comme un temps qui passe, un quotidien qui se répète, auquel on s'habitue, sans avenir. Là tient la complexité des parcours en train de se faire à la croisée des significations sociales et subjectives tant du travail que de la santé (Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller, 2010 ; Betterich, Drolez et Legrand-Junget, 2018).

Marie (44 ans), dans la dynamique initiée par Louis, choisit le travail d'hôtesse de caisse. Elle demande à sa hiérarchie la possibilité de mettre un badge indiquant son statut de « stagiaire » afin d'éviter de subir la pression des clients. Secrétaire administrative, puis secrétaire médicale, mariée avec deux enfants à domicile, elle vit un chômage récurrent depuis plus de 20 ans (parcours de dégradation de la santé mentale avec prévalence du travail précaire), car elle démissionne dès qu'elle ne parvient plus à gérer les tensions ; elle juge n'être « bien nulle part ». « Perfectionniste », le regard des autres suffit à lui faire perdre ses moyens y compris dans la vie sociale (engagée dans une association de toilettage de chiens, elle souffre de ce regard qui semble lui dire « tu ne travailles pas assez vite, tu ne fais pas assez bien »). Elle alterne les crises d'anxiété et les périodes de dépression qui la conduisent à des automutilations, des hospitalisations en psychiatrie, une tentative de suicide. Consciente de son besoin du contact humain, Marie se fait une obligation de retrouver un emploi, un temps partiel suffit à l'économie du ménage.

Lors des ateliers, elle questionne Louis sur tous les aspects du métier, se rassure et signe une convention pour un emploi accompagné mis en place par sa conseillère Cap emploi. Dans cet

emploi qui se transforme en CDI, elle poursuit cet apprentissage des relations sociales et professionnelles. Sur le plan personnel, elle souligne que cela l'aide aussi à gérer les relations historiquement conflictuelles avec son père : elle peut désormais le voir seule sans avoir besoin de convoquer son mari comme tiers.

Pour des participant·e·s très loin de l'emploi, comme Lucas 48 ans, conducteur de travaux (parcours de défaut d'insertion professionnelle chronique, aménagé par son père qui l'embauche dans son entreprise) qui, depuis son « accident », vit seul, l'atelier de pairs lui permet, en s'adressant aux autres, de se rendre compte « qu'il ne fait pas rien de ses journées » et qu'il a des compétences, des envies. Depuis cet accident, il y a 9 ans, il est bloqué dans un temps linéaire, qui passe. Insomniaque, il confond les jours de la semaine et les heures du jour et de la nuit. De fortes pressions de la part de son employeur l'ont conduit de tenter de mettre fin à ses jours. Après un coma, il se réveille en psychiatrie où il est diagnostiqué bipolaire. Cette révélation le soulage car enfin il comprend pourquoi il ne pouvait soutenir les horaires et la charge de travail d'un conducteur de chantier. Ce travail lui demandait un effort « surhumain ... en fait, je n'y arrivais pas ». Dans le cadre de sa prise en charge il accepte de suivre un atelier de sculpture dans une unité de préparation et de suivi de la réinsertion. Cet atelier d'art thérapie, conduit par une artiste, le met face à une situation inédite où il doit créer quelque chose avec ses mains et de la terre. « C'est la terre qui guide et... D'un seul coup, j'ai sorti..., en 15 min tout est sorti ! ». Les récits qu'il partage dans l'atelier de pairs permettent de souligner ses compétences ; se préparer pour aller à un rendez-vous en gérant ses insomnies, être présent à ce qu'il fait trois heures durant et d'analyser avec le groupe les conditions de cette concentration retrouvée, « avant, au travail, le corps était là, mais pas la tête » : une activité à laquelle se mesurer, sur un temps long, appelant à sa créativité, dans un cadre collectif bienveillant.

Ces dispositifs collectifs, visant un dégagement des impasses perçues et de la suspension temporelle, placent au cœur de leur fonctionnement une activité commune : analyser ensemble ce qui immobilise et construire les voies d'un déplacement vers l'action. Ils procèdent d'une éthique du rapport social fondée sur la « ré-affiliation » des personnes en « désaffiliation » (Castel, 1995). Le pair-accompagnement, en s'appuyant sur la spécularité de la relation entre pairs (effet « miroir »), gage de confiance, favorise le développement des capacités réflexives sur les expériences de travail, l'entre-aide et le soutien par l'échange d'expériences et l'apprentissage de démarches de retour en activité. Il s'agit de construire ensemble les ressources individuelles et collectives permettant d'accroître le pouvoir d'agir, altéré par les épreuves du travail et d'un chômage long. La souffrance affecte le pouvoir dire, le pouvoir faire, le pouvoir (se) raconter et le pouvoir de s'estimer soi-même (Ricoeur, 1992) ; et le dispositif collectif de pair-aidance contribue à restaurer ces quatre niveaux d'efficacité, conditions du rétablissement et du retour au travail.

Conclusion

Les narrations recueillies des trajectoires croisées de travail et de santé et de leur devenir en situation de chômage ne conduisent pas à la construction de typologies mais permettent de repérer des dynamiques qui contrecarrent ou favorisent le développement de la santé en emploi et au chômage. Tous ceux qui s'inscrivent dans des parcours de santé sacrifiée ou des

parcours de santé dégradée sur fond d'emploi précaire ont cherché à se maintenir en emploi malgré des conditions dégradées par le défaut de ressources collectives, de marges de manœuvre permettant la construction de régulations des contraintes de travail, ou d'alternatives (faibles niveaux de qualification, seniors, femmes élevant seules leurs enfants...). Les parcours de précarité fabriquent à la longue des altérations de la santé et une fragilisation de toutes les sphères de vie (accès au logement, insécurité familiale...). Et les parcours de défaut d'insertion professionnelle chronique installent dans les minimas sociaux et la distance aux institutions. Ces processus se déploient sur un temps long qui peut conduire à l'immobilisation (par rupture ou usure progressive). La perspective dialectique de la dégradation *versus* restauration des capacités des personnes au chômage tient certes à leurs parcours antérieurs mais elle dépend aussi de façon déterminante des ressources trouvées ou créées hors emploi (activités investies – familiales, associatives, sportives, créatives –, maintien du lien aux autres ; parfois aussi, une personne tierce – « tuteur de résilience » – apportant un soutien spécifique permettant d'éprouver différemment l'environnement et d'y reprendre confiance, y compris, pour certains, malgré les carences de l'histoire infantile).

Face à une tendance à percevoir les problèmes de santé sur le registre externe de *l'inaptitude* dont le traitement relève des experts, nous soulignons ici que la reconnaissance et la valorisation du « travail de santé », entendu comme cure et comme care, comme activité déployée pour « aller mieux » réalisée par les personnes elles-mêmes (Lhuilier et Waser, 2016 ; Lhuilier, 2020, 2022) permet la restauration subjective et objective d'un pouvoir d'agir, comme nous l'ont montré non seulement l'activité conduite en atelier mais aussi l'écoute déployée dans les entretiens approfondis menés pour la recherche.

En s'appuyant sur des ressources sociales et relationnelles (entourage, associations, structures d'accompagnement), qui reconnaissent les troubles somatiques et psychiques de la santé, les chômeur·euse·s (re)constituent des environnements capacitants dans lesquels ils-elles déploient une activité qui a du sens, construisent une expérience et développent des savoir-faire de santé qui leur permettent de reprendre le contrôle de leur vie sur le plan d'abord personnel puis, pour nombre d'entre eux, professionnel (recherche d'emploi et activité de travail).

Trois facteurs favorisent et soutiennent cette mise en mouvement, cette restauration des capacités, qui vaut aussi reconstruction identitaire : le travail sur le sens (de l'histoire passée, en cours et projetée, de l'activité de travail, de la santé, de la vie hors travail dans ses articulations avec la vie professionnelle) auquel l'entretien apporte une contribution par la sollicitation à l'élaboration qu'implique le discours narratif en quête de significations partagées ; l'aide et le dialogue entre pairs expérimentés dans les ateliers, qui stimulent l'ouverture à l'autre, reconnaissent la santé fragilisée et permettent l'acceptation du risque subjectif d'être aidé, de susciter un intérêt et une confiance par quoi une invitation à l'action est prononcée ; enfin, l'activité en situation sociale (activité de travail et autres) par laquelle les personnes s'éprouvent, éprouvent leur capacité à agir et se projettent dans un avenir.

L'effectivité de ces facteurs de l'agir est néanmoins variable d'une situation à l'autre, nous en avons rendu compte. Ainsi, nous observons, comme Roupnel-Fuentes (2021) dans son étude sur des personnes en situation de handicap, des « trajectoires abouties » qui concilient travail et santé, des « trajectoires heurtées » caractérisées par l'incertitude et un « sentiment de précarité professionnelle et sanitaire », ou des « trajectoires bloquées » où la restriction des possibles conduit à sortir du « statut de travailleur actif » (*ibid.*). De fait, de nombreuses contraintes économiques, institutionnelles, sociales et psycho-sociales rendent parfois longue et difficile la sortie du chômage quand la santé somatique et psychique est fragilisée, d'autant que la fragilisation de cette dernière s'accroît dans la durée.

De réels risques psychosociaux propres à la situation de chômage existent, qui ressortissent à l'insécurité, à l'isolement, au stigmatisé, mais aussi aux difficultés d'accès aux droits, à la complexité des dispositifs de soins psychiques et d'accompagnement à l'insertion professionnelle, à l'opacité des principes qui prévalent dans l'accès à ces dispositifs et à la segmentation institutionnelle (soins, formation, emploi...). La recherche d'un emploi passe par la mise en projet d'une activité de travail intégrant la prise en compte de la santé (mise en projet facilitée par mise en situation, nous l'avons vu) ; celle-ci pose des questions parfois insolubles pour les chercheur·euse·s d'emploi sur un continuum qui va de l'administratif à l'existentiel en passant par le professionnel. Les situations d'accompagnement permettant de traiter de ces questions dans une vision holistique constituent un champ d'intervention – et de recherche – dont la voie est ouverte mais le développement encore timide.

Références bibliographiques

- Aballéa P. et Mesnil du Buisson M.-A. (2017)**, « La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés », Rapport de l'IGAS, décembre, n°2017-025R, Tome 1.
- Betterich A., Drolez B. et Legrand-Junget, B. (2018)**. Handicap et emploi : étude de parcours individuels. *Rapport IGAS, août*, n°2018-006R, 89 p.
- Blasco S. et Brodaty T. (2016)**, « Chômage et santé mentale en France », *Économie et Statistique*, 486(1), p. 17-44. <https://doi.org/10.4000/eps.7012>.
- Bouffartigue P., Pendariès J. et Bouteiller J. (2010)**, « La perception des liens travail/santé : Le rôle des normes de genre et de profession », *Revue française de sociologie*, 51, p. 247-280. <https://doi.org/10.3917/rfs.512.0247>
- Buffel V., Missinne S. et Bracke P. (2017)**, « The social norm of unemployment in relation to mental health and medical care use: the role of regional unemployment levels and of displaced workers », *Work, Employment and Society*, 31(3), p. 501-521.
- Castel, R. (1995)**. *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.
- Castel R. (2007)**, « Au-delà du salariat ou en deçà de l'emploi ? L'institutionnalisation du précaire ? », in S. Paugam (dir.), *Repenser la solidarité : l'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, Collection « Le lien social ».
- Courtet C. et Gollac M. (dir.) (2012)**, *Risques du travail, la santé négociée*, Paris, La Découverte.
- Creed P. A. et Macintyre S. R. (2001)**. « The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the wellbeing of unemployed people », *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), p. 324-331.
- Debout M. (2015)**, *Le traumatisme du chômage : Alerte sur la santé de cinq millions de personnes*. Ivry-sur-Seine, Éditions de l'Atelier.
- Demazière D. (2006)**, « Le chômage comme épreuve temporelle », in J. Thoemmes et G. de Terssac (dir.), *Les temporalités sociales : repères méthodologiques*, Toulouse, Octarès.
- Demazière D., Foureault F., Lefrançois C. et Vendeur A. (2015, avril)**, « Affronter le chômage. Parcours, expériences, significations », Rapport pour SNC et Pôle emploi.
- Fanchini A. et Maurice A. (2021)**, « Devenir médiateur de santé-pair : Faire de l'expérience des troubles psychiques une source d'empowerment ? », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 169-194. <https://doi.org/10.3917/rfas.212.0169>.
- Farache J. (2016)**, « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner ». Rapport Les avis du CESE, 2016-02, La Documentation Française.
- Gaudart C. (2014)**, « Les relations entre l'âge et le travail comme problème temporel », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(1). <https://doi.org/10.4000/pistes.3052>
- Hamraoui E., Lhuillier D., Portsmouth K. et Waser A.-M. (2021)**, « Le burn-out vu du chômage », *Revue Française de Service Social*, 283(4), p. 59-67.
- Hélandot V. (2008)**, « Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle », in G. de Terssac, C. Saint Martin et C. Thébaud (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès.
- Hélandot V., Gaudart C. et Volkoff S. (2019)**, « La prise en compte des dimensions temporelles pour l'analyse des liens santé-travail : voyages en diachronie », *Sciences sociales et santé*, 4(4), p. 73-97. <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0157>
- Jahoda M. (1982)**, *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*. Cambridge, University Press.

- Lalive d'Épinay, C. (2019).** Les parcours de vie au temps de la globalisation. Un examen du « paradigme du parcours de vie. In V. Caradec, S. Ertul, & J.-P. Melchior (Eds.), *Les dynamiques des parcours sociaux* (pp. 21-29). Presses universitaires de Rennes.
- Lazarsfeld P., Jahoda M., Zeisel H. (1932/1981).** *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, Éditions de Minuit.
- Le Bars, C. (2022).** *Réussir son burn-out. Récits de résistantes*. Toulouse, Eres.
- Lhuilier D. Waser A.-M. (2016),** *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*. Toulouse, Érès.
- Lhuilier D. (2020),** « Le travail de santé », in J.J.R. Hernández, D. Lhuilier, J.N. Garcia de Araújo et A. Pujol, *Subjectivité et travail. Entre mal-être et bien-être*. Paris, L'Harmattan.
- Lhuilier D. (2022),** « Construire sa vie professionnelle en santé », in C. Lagabrielle et S. Croisy-Belz, *Psychologie et carrières*, Louvain la Neuve, De Boeck.
- Lhuilier D. (2018),** « L'activité au prisme de la psychosociologie du travail », in F. Hubault (dir), *La centralité du travail*, Toulouse, Octares.
- Meneton P., Kesse-Guyot E., Méjean C., Fezeu L., Galan P., Hercberg S., et Ménard J. (2015),** « Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(6), p. 707-716.
- Meneton P., Plessz M., Courtin É., Ribet C., Goldberg M. et Zins M. (2017),** « Le chômage : un problème de santé publique majeur », *La Revue de l'Ires*, 1-2(91-92), p. 141-154. <https://doi.org/10.3917/rcli.091.0141>
- Mizrahi A., et Mizrahi A. (2002).** « Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort », *Gérontologie et Société*, 101(25), p. 63-83.
- Molinié A.-F., Gaudart C. et Pueyo V. (2012),** *La vie professionnelle. Âge, Expérience et Santé à l'épreuve des conditions de travail*. Toulouse, Octares.
- Moulin J.-J., Labbe E., Sass C. et Gerbaud L. (2009),** « Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(3), p. 141-149.
- Mousteri V., Daly M. et Delaney L. (2018),** « The scarring effect of unemployment on psychological well-being across Europe », *Social Science Research*, 72, p. 146-169.
- Paul K. I. et Moser K. (2006),** « Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 595-621.
- Paul K. I., et Moser K. (2009),** « Unemployment impairs mental health: Meta-analyses », *Journal of Vocational behavior*, 74(3), p. 264-282.
- Ronchetti J., et Terriau A. (2020),** « L'impact du chômage sur l'état de santé », *Revue Economique*, 71(5), p. 815-839.
- Roupnel-Fuentes M. (2021),** « Quels chemins pour retrouver un emploi quand on a perdu sa santé au travail ? », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 125-143. <https://doi.org/10.3917/rfas.211.0125>.
- Schnapper D. (1994)** *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard-Folio.
- Sermet C. et Khlat M. (2004),** « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 52(5), p. 465-474.
- Sennett R. (2000),** *Le travail sans qualité. Les conséquences humaines de la flexibilité*, Paris, Albin Michel.
- Sibony D. (1991),** *L'entre-deux. L'origine en partage*. Paris, Editions du Seuil.
- Ricoeur P. (1992 /2013).** « La souffrance n'est pas la douleur ». In C. Marin & N. Zaccari-Reyners (Eds.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur* (pp. 13-34). Presses Universitaires de France.