



HAL
open science

“ Le travail, c’est la santé ”

Dominique Lhuilier

► **To cite this version:**

Dominique Lhuilier. “ Le travail, c’est la santé ”. Marie-Anne Dujarier. Idées reçues sur le travail. Emploi, activité et organisation, Le Cavalier Bleu, pp.111-116, 2023, 978-2-257-20398-4. 10.3917/lcb.dujan.2023.01.0111 . hal-04046470

HAL Id: hal-04046470

<https://cnam.hal.science/hal-04046470>

Submitted on 7 Jun 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.

Le travail, c'est la santé

Dominique Lhuilier

In (s/dir) Marie Anne Dujarier, Idées reçues sur le travail, Ed. Le cavalier bleu, 2023.

« Le travail, c'est la santé.

Rien faire, c'est la conserver.

Les prisonniers du boulot ne font pas vieux os ! »

Henri Salvador, 1965.

Travailler est la condition d'une bonne santé ou, tout au contraire, son ennemi ? Dans quelle mesure, comme le dit cette chanson, la représentation dominante de la santé comme d'un état qui se dégraderait ou s'userait à l'usage, est-elle pertinente ? Entre dénonciation des altérations de la santé par le travail et éloge de ses bienfaits pour la santé, qu'en est-il aujourd'hui ?

Ces oppositions peuvent conduire à masquer les ambivalences du lien entre la santé et le travail. Car si la santé est régulièrement menacée dans le cadre de l'emploi, celles et ceux qui en sont privés ou qui, malgré leur maladie, travaillent, nous rappellent qu'elle est un processus. La santé est construite au fil de l'activité... si les conditions sociales le permettent.

Les indicateurs de la santé au travail dans le monde et même en France sont d'autant plus alarmants qu'ils ne prennent en compte que les données déclarées et collectées concernant ceux qui sont en emploi. Selon les données d'Eurostat, le nombre d'accidents mortels au cours d'une activité professionnelle a globalement diminué ces dix dernières années en Europe, mais il a augmenté en France. Depuis 2013, il a cru de 6,1 % (+18,3 % pour les femmes, -0,1 % pour les hommes). Les maladies professionnelles reconnues sont en croissance très forte et constante depuis 2001 : +108%. Elles progressent nettement plus rapidement pour les femmes (+158,7 %) que pour les hommes (+73,6 %). Et ce, alors même que plusieurs rapports soulignent les phénomènes de sous-déclaration et sous reconnaissance de ces maladies. Elles concernent les affections liées à l'amiante ou à d'autres expositions professionnelles mais surtout les troubles musculo-squelettiques (TMS) qui représentent 88 % des maladies professionnelles. De plus, on assiste à une augmentation des congés maladie, des restrictions d'aptitude par usure ou par précarité chronique, la fréquence des suicides et tentatives de suicide liés au travail, l'augmentation de la consommation de psychotropes et des addictions (Crespin et al. 2017). Une nouvelle catégorie, les « risques psychosociaux » (RPS) est apparue. L'intensification des tâches et la réduction de l'autonomie sont des facteurs essentiels de leur apparition. Les troubles du sommeil, irritabilité, maladies cardiovasculaires, anxiété, épuisement professionnel, dépression... sont eux aussi aujourd'hui en nette augmentation. Aussi, les risques professionnels n'ont pas disparu et se sont renouvelés. De ce point de vue, « le travail ce n'est pas la santé ».

Mais qu'en est-il alors de la santé des privés d'emploi ? Les enquêtes à ce sujet, bien que plus rares, rappellent l'importance des fonctions psychologiques et sociales de l'emploi, de l'activité et des professions. Ces recherches montrent que l'activité est un opérateur de santé et l'existence des dégâts du désœuvrement imposé que ce soit avec le chômage, la « placardisation » (Lhuilier, 2002), la mise en invalidité pour « inaptitude » ou le départ en retraite. La fragilisation de la santé des chômeur·euse·s constitue un problème de santé publique majeur, désormais documenté au plan épidémiologique : par rapport aux actif·ve·s occupé·e·s, ils et elles 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 et al., 2017). Ainsi, 34 % des chômeur·euse·s (contre 16 % des personnes en emploi) témoignent de troubles psychologiques, notamment dépressifs et anxieux. Dans la durée, le bien-être psychologique diminue au chômage 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 mettent l'accent sur la perte des fonctions de l'activité professionnelle (revenus mais aussi repères temporels, spatiaux, relations et identité sociale...), ses effets sur la santé s'exerçant parfois de façon différée. Cependant, la relation chômage/santé peut prendre aussi sa source en amont, dans le temps de l'emploi : la dégradation de la santé s'importe alors en situation de chômage voire la provoque. Plus d'un quart des inscriptions à Pôle emploi font suite à un licenciement pour inaptitude médicale. Et le taux de chômage des personnes avec une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est presque deux fois plus élevé que celui de la population générale (14 % versus 8 %). Ces situations de non-travail forcé sont pathogènes : l'exclusion de l'emploi est une relégation dans un apartheid spatio-temporel. De plus, l'activité empêchée interdit l'inscription matérielle d'une efficacité opérationnelle. Sans travail, au sens d'activité, la personne ne peut se prouver à elle-même et aux autres, ce dont elle est capable. Et dans un monde qui valorise efficacité et performance, responsabilité et initiative, le « sans emploi » est l'envers de nos normes de socialisation : improductif, impuissant, insuffisant, incapable. Être vu comme un inutile au monde est une épreuve douloureuse. De ce point de vue, le travail, c'est la santé.

D'ailleurs, on observe des effets bénéfiques du retour ou du maintien dans l'emploi pour ceux qui, plus vulnérables, s'en sont trouvés exclus ou risquent de le perdre, qu'il s'agisse de personnes vivant avec une maladie chronique, des sortants d'hôpitaux psychiatriques, des personnes en situation de handicap ou de tous ceux, tenus à la marge du monde du travail, qu'on retrouve dans tous les dispositifs dits d'« insertion ». Cette promotion de l'emploi souligne que celui-ci permet l'accès à des ressources financières et donc de dégageant de l'assistance, restauration de l'estime de soi et du lien aux autres et « retour à la normale », gage d'une meilleure santé et qualité de vie. Mais on doit souligner que ces bénéfices ne sont possibles que si les activités professionnelles sont compatibles avec une santé fragilisée. Ce qui suppose l'existence de marges de manœuvre dans les modes opératoires permettant de combiner les exigences de la tâche et la prévention de la dégradation de la santé. Ces marges de manœuvre dépendent de l'organisation du travail, des ressources du milieu professionnel, des secteurs d'activité comme de l'évolution des contraintes du monde du travail en termes d'employabilité et de productivité. L'enjeu est de taille car l'activité est une ressource essentielle dans l'entretien de l'élan vital. Elle permet de s'extraire de la maladie, de vivre avec elle et non pour elle (Lhuilier et Waser, 2016). Au-delà de l'aspiration à vivre le plus « normalement » possible, et face à l'érosion du déni de la finitude, c'est bien la question de la construction de sa vie et de la place faite au désir qui est massivement posée. Quand la maladie est la compagne obligée de cette vie, les exigences à l'égard de celle-ci semblent accrues. Quel compromis construire entre l'agir et le subir ? Comment maintenir son inscription dans l'emploi ? Dans ce dernier, le « malade » est considéré comme une anomalie : sa place serait celle que lui assigne l'arrêt maladie, celle du retrait par la suspension de ses activités professionnelles et de son contrat de travail. Pourtant de plus en plus de personnes à la santé fragilisée travaillent. Et cet accroissement tient à plusieurs facteurs : amélioration des techniques de dépistage et diagnostics plus précoces ; amélioration des traitements thérapeutiques permettant une reprise ou une poursuite du travail ; attention plus grande portée aux troubles psychiques dans le champ de la santé au travail ; recul de l'âge de départ à la retraite et vieillissement de la population active, synonyme de « problèmes de santé » chroniques, plus ou moins invalidants. Et, les transformations du travail et de l'emploi ont d'évidentes incidences sur la santé comme nous l'avons souligné d'emblée. Dans ces contextes, les conditions d'une possible préservation d'un pouvoir d'action sur la vie professionnelle en santé semblent se réduire. Ceux qui sont étiquetés « vulnérables », quand les troubles de la santé deviennent visibles ou suspectés, sont confrontés aux difficultés croissantes aujourd'hui pour se maintenir en activité. Pourtant, ils déploient tout au long de leur trajectoire professionnelle, et souvent dans la clandestinité, des stratégies

multiples qui visent toutes à trouver et créer les ressources leur permettant de concilier les exigences des tâches avec celles d'une santé certes fragilisée mais forte de l'expérience accumulée de la vie vulnérable et des prises de conscience associées. Alors, le travail c'est la santé, à certaines conditions, toutes sociales.

Les personnes à la santé fragilisée portent quelques interrogations essentielles pour tous : à quelles conditions le travail est-il vivable, soutenable, si on considère que c'est aussi au travail que se construit ou se déconstruit la santé ? Quels projets construire quand il s'agit de ne pas, de ne plus « perdre sa vie à la gagner » ? Les processus de construction de la santé au travail entremêlent l'histoire du sujet et son engagement dans différentes sphères d'activités (professionnelle et extraprofessionnelle) avec les transformations de l'organisation du travail et de l'emploi, des collectifs de travail et des cultures de métiers, et enfin des institutions en charge de la définition, réglementation, traitement des questions de « santé au travail ».

En somme, la tâche dans l'emploi peut « exposer » les travailleurs à des contraintes, des risques délétères, mortifères voire mortels ; pourtant c'est dans l'activité que se construit la santé, mais à la condition que l'organisation des tâches et que les conditions d'emploi n'empêchent pas le geste et la vie professionnels en santé.

Références

- Crespin R., Lhuilier D., Lutz G. (2017). *Se doper pour travailler*, Ères.
- Blasco S. & Brodaty T. (2016). Chômage et santé mentale en France. *Économie et statistique*, 486-487, 17-44.
- Debout, M. (2015). *Le traumatisme du chômage : Alerte sur la santé de cinq millions de personnes*. Éditions de l'Atelier.
- Herzlich C. & Pierret J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot.
- Lhuilier D. (2002). Placardisés. *Des exclus de l'intérieur*. Le Seuil.
- Lhuilier D., Waser AM. (2016). *Que font les 10 millions de malades ?* Ères.
- Meneton, P., Plessz, M., Courtin, É., Ribet, C., Goldberg, M. & Zins, M. (2017). Le chômage : un problème de santé publique majeur. *La Revue de l'Ires*, 91-92, 141-154.