La prévention de la désinsertion professionnelle : l'articulation de la prévention des risques professionnels et de la protection sociale

Gabrielle Lecomte-Ménahès
Post-doctorante, Université de Rennes 1, IODE (UMR CNRS 6262)

La notion de « sécurisation des parcours » apparue au cours des années 2000 souligne la discontinuité des trajectoires professionnelles à laquelle il faudrait remédier[1]. Elle interroge l'interaction entre droit du travail et droit de la protection sociale en visant à étendre la protection sociale à la couverture préventive de risques tels que l'obsolescence des compétences personnelles ou la défaillance des transitions professionnelles[2]. Mais au-delà de la formation, un enjeu déterminant, bien que souvent occulté, est à prendre en compte pour comprendre l'évolution des parcours des travailleurs : celui de la santé. La discontinuité des parcours professionnels est en effet fortement corrélée aux enjeux de conciliation du travail et de la santé et aux ruptures induites dans les carrières par des maladies ou accidents.
Ces ruptures sont notamment visibles dans la forte hausse des arrêts de travail depuis une dizaine d'années[3]. En matière de santé au travail, les droits associés au contrat de travail permettent d'intervenir pour préserver la santé des salariés ou aménager leurs conditions de travail. Ce sont par ailleurs les droits associés à la protection sociale qui prennent le relais lorsque le contrat est suspendu ou arrêté pour raison de santé. Or les ruptures de plus en plus fréquentes dans les parcours professionnels pour raisons de santé et la prévention de la désinsertion professionnelle qui tente d'y remédier questionnent l'articulation de ces droits. Sachant que « les parcours sont rythmés par des contraintes, des options dans le cadre de régulations matérielles et symboliques, des systèmes de règles et d'allocations de ressources »[4], quelles sont les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle et comment orientent-elles ces trajectoires ?

À partir d'une revue de la littérature principalement sociologique sur la notion de parcours et sur les enjeux de conciliation de la santé et du travail et de données de cadrage, notamment issues de l'enquête *Santé et itinéraire professionnel*[5], complétées de données issues de recherches passées ou en cours[6], nous tenterons de pointer les enjeux actuels des effets de la mauvaise santé sur les parcours professionnels des salariés du secteur privé.

Dans un premier temps nous reviendrons sur l'importance de l'organisation du travail pour concilier travail et problèmes de santé et sur la recherche de solutions pour le maintien « dans » l'emploi en évitant le licenciement pour inaptitude (ce qui passe par l'aménagement du poste de travail ou la

1 Bouquet B., Dubéchot P., Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts, *Vie sociale*, 2017, n° 18, n° 2, pp. 17-18.

2 Fayolle J., Guyot F., *La sécurisation des parcours professionnels*, Presses de Sciences Po, 2014, p. 117.

3 Pour le régime général, « entre 2009 et 2017, le montant global des indemnités journalières est passé de 6 à 7,4 milliards d'euros, soit une hausse globale de 24,1 % et un taux de croissance annuel moyen de +2,8 % ». Berard J-L., Oustric S., Seiller S., *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions*, Rapport fait à la demande du premier ministre, 2019, p. 53.

4 Lalive d'Épinay C., Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire, In Guillaume J-F. (dir.), *Parcours de vie : regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Liège, ULG, 2005, p. 204. Le concept de parcours permet de penser conjointement les dimensions à la fois individuelles et sociales des existences. V. aussi Caradec V., Ertul S., Melchior JP., *Les dynamiques des parcours sociaux. Temps, territoires, professions*, Rennes, PUR, 2012.

5 Enquête menée conjointement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) en 2006 et 2010. Voir https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/l-enquete-sante-et-itineraire-professionnel-sip, consulté le 30 juin 2019.

6 Les réflexions présentées ici s'inscrivent dans une recherche en cours, menée au sein du programme ANR « *Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation* » (MaRiSa) ainsi que dans une recherche précédente portant sur la prescription d'arrêts de travail. Voir Lecomte-Ménahès G., Muñoz J., *Les arrêts de travail : enjeux d'interactions situées entre médecins et assurés*, rapport final du projet Arfi, 2019.

recherche de solutions de reclassement). Dans un second temps nous soulignerons la particularité des parcours professionnels marqués par des ruptures liées à la santé et les caractéristiques du maintien « en » emploi des salariés licenciés pour inaptitude qui ainsi privés d'emploi doivent le plus souvent en rechercher.

1. Les problèmes de santé et les risques de rupture professionnelle

Les problèmes de santé, notamment lorsqu'ils sont graves, provoquent des ruptures dans les trajectoires de vie. Ils rendent difficile pour les malades de maintenir leurs relations sociales habituelles, non seulement du fait des limitations fonctionnelles qu'ils induisent mais aussi de l'embarras que le nouveau statut de malade provoque dans l'entourage[7]. Le travail a une place centrale dans ce processus. Non seulement la maladie suscite souvent une mise à l'écart du milieu professionnel et nécessite une réorganisation du travail mais, de plus, les droits associés au contrat de travail conditionnent fortement la prise en charge dont bénéficient les malades.

1. 1. L'importance de l'organisation du travail pour concilier travail et santé

Les problèmes de santé constituent autant d'épreuves qui bousculent l'identité des travailleurs. L'identité a trait à des enjeux de définition de soi et de reconnaissance par autrui[8] qui sont mises à mal par l'expérience de la maladie et le stigmate qu'elle induit auprès des pairs. Les salariés malades sont le plus souvent étiquetés comme « déviants » par leur hiérarchie et leurs collègues, au sens où leur vulnérabilité interroge des normes du travail valorisant, de manière désincarnée, des travailleurs pleinement autonomes[9].

Au-delà de ces enjeux identitaires, les limitations fonctionnelles provoquées par la maladie ou l'accident questionnent l'organisation du travail et créent régulièrement des conflits au sein de ces collectifs. Étudiant les interactions en leur sein, Nicolas Dodier observe une gradation des jugements et des attentes envers le malade en fonction de sa morbidité et de sa contribution ou non au travail. « Le conflit qui surgit sur le lieu de travail concerne donc les possibilités et les limites du corps, non pas définies dans l'absolu, mais jaugées en fonction des conditions objectives du travail »[10].

Ces questions d'organisation du travail se posent notamment au moment du retour au poste dont l'aménagement est déterminant pour le maintien en emploi[11]. Mais au-delà des mécanismes institutionnels favorisant un tel maintien, les « avantages » potentiellement obtenus par le salarié malade en matière d'organisation du travail doivent se transformer en « avantages mutuels » avec les collègues pour se pérenniser et permettre au salarié de concilier les éventuelles évolutions de sa maladie et le jugement de ses pairs[12]. Ces questions, cruciales pour les malades chroniques[13], sont d'autant plus difficiles à résoudre lorsque les problèmes de santé sont invisibles tels les troubles psychiques, peu objectivables et difficiles à définir[14].

---

7 Bury M., Chronic Illness as Biographical Disruption, *Sociology of Health & Illness*, vol. 4, n° 2, 1982, pp. 167-182.

8 « Dans [l'identification pour autrui], il s'agit de formes « spatiales » de relations sociales (axe relationnel), dans [l'identification pour soi], il s'agit de formes de temporalités (axe biographique). Ces dimensions « relationnelles » et « biographiques » de l'identification se combinent pour définir ce que j'appelle des formes identitaires, formes sociales d'identification des individus en relation avec les autres et dans la durée d'une vie. » Dubar C., *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, 2000, p. 6.

9 Lhuilier D., Quelle reconnaissance des vulnérabilités au travail ? Synthèse de travaux empiriques, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 19-1, 2017.

10 Dodier N., La maladie et le lieu de travail, *Revue française de sociologie*, vol. 24, n° 2, 1983, p. 264.

11 Chassaing K., Lasne N., Le Clainche C., Waser A-M., *Travailler avec un cancer. Regards croisés sur les dispositifs d'aménagement des conditions de travail et sur les ressources mobilisées pour tenir ensemble travail et santé*, Rapport de recherche n° 63, Centre d'études de l'emploi, 2011.

12 Huyez-Levrat G., Waser A-M., L'avantage mutuel. Recherche-action sur le retour et le maintien en activité de salariés touchés par une maladie chronique, *La nouvelle revue du travail*, n° 4, 2014.

13 Baszanger I., Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, vol. 27, n° 1, 1986, pp. 3-27 ; Lhuilier D., Waser A-M., *Que font les 10 millions de malades ?*, ERES, 2016.

14 Le Roy-Hatala C., Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2009, pp. 301-319 ; Les personnes atteintes de telles

Sans compter la nature de problèmes de santé qui nécessitent plus ou moins de soins et de repos et de l'évaluation du médecin prescripteur, ces éléments contribuent à la décision de poursuivre ou non l'activité professionnelle. Les raisons pour continuer de travailler malgré la maladie, liées aux craintes des conséquences de l'arrêt de travail, peuvent être multiples : anticipation de difficultés au retour, perte de revenus, non renouvellement de contrat ou déqualification, pressions ressenties de la part de l'encadrement ou encore stigmatisations. Elles dépendent également des marges de manœuvre dans l'activité, de la culture professionnelle et de celle de l'entreprise, de la solidarité et du poids du collectif de travail[15]. Ainsi, le présentéisme qui désigne le fait de continuer à travailler malgré des problèmes de santé qui nécessiteraient de s'absenter[16], n'est pas opposable à l'absentéisme. Il est même plus prononcé lorsque ce dernier est important[17], soulignant la mauvaise santé des travailleurs.

Les décisions des individus en la matière sont fonctions des ressources et des marges de manœuvre dont ils disposent pour prendre en charge leur maladie et ses conséquences au-delà de leur seule « bonne volonté »[18]. La nature du contrat de travail est par exemple déterminante dans la décision de s'arrêter ou non de travailler. Les taux d'absence étant plus faibles chez les salariés aux contrats de travail précaires (à durée déterminée ou en intérim) qui anticipent le risque de rupture que l'arrêt de travail provoque sur les parcours[19]. Mais les stratégies pour éviter les ruptures de parcours professionnels ne sont pas toujours bénéfiques à terme, le présentéisme ayant souvent pour conséquence des arrêts de travail ultérieurs de plus longue durée[20].

1.2. Le maintien dans l'emploi et l'aménagement des conditions de travail

L'arrêt de travail et le licenciement[21] pour inaptitude constituent des moments charnières de suspension ou de rupture du contrat de travail qui interrogent l'articulation entre droit du travail et droit de la protection sociale dans les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle. Cette articulation s'observe tant en prévention primaire pour éviter la survenue de l'accident du travail ou de la maladie d'origine professionnelle, qu'en prévention tertiaire dans l'aménagement des postes de travail des malades qui agissent toutes deux sur l'organisation du travail. En la matière on observe une inversion des acteurs, les professionnels historiques de la prévention que sont les médecins du travail s'orientant de plus en plus vers le maintien en et dans l'emploi et la Sécurité sociale incitant davantage les employeurs à réduire les risques auxquels sont exposés les salariés.

Au-delà d'un rôle central souligné dans les derniers rapports[22] et recommandations[23], les médecins

---

pathologies se maintiennent d'ailleurs moins facilement en emploi. Voir Barnay T., Defebvre E., L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi, *Économie et Statistique*, n° 486-487, 2016, pp. 45-78.

15 Monneuse D., *Le surprésentéisme*, De Boeck Supérieur, 1991.

16 Gosselin E., Lauzier M., Le présentéisme. Lorsque la présence n'est pas garante de la performance, *Revue française de gestion*, n° 211, 2011, pp. 15-27.

17 Dumas M., Étude diachronique de la variabilité et des facteurs de l'absentéisme maladie et de présentéisme : le cas du personnel de production d'une entreprise du secteur du luxe, *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 89, 2013, pp. 19-39.

18 Ce sont par exemple les malades du cancer dont la pathologie est de moindre gravité et dont la situation socio-économique est la plus favorable qui s'ajusteront avec le moins de difficultés aux conséquences de leur maladie. Chassaing et al., *Travailler avec un cancer*, op. cit.

19 Chaupain-Guillot S., Guillot O., Les absences au travail : une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages, *Économie et Statistique*, vol. 408, n° 1, 2007, pp. 45-80 ; Inan C., Les absences au travail des salariés pour raison de santé : un rôle important des conditions de travail, *Dares analyses*, n° 9, 2013.

20 Monneuse D., *Le surprésentéisme*, op. cit.

21 Le licenciement, qui se banalise dans les pratiques d'entreprises et les trajectoires professionnelles, est « loin de devenir une nouvelle norme socialement acceptée [et] demeure une épreuve identitaire lourde ». Guyonvarch M., La banalisation du licenciement dans les parcours professionnels, *Terrains & travaux*, vol. 14, n° 1, 2008, p. 167.

22 Aballea P., du Mesnil du Buisson M-A., *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 2017. Lecocq C., Dupuis B., Forest H., *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, Rapport fait à la demande du Premier Ministre, 2018.

23 Haute autorité de santé, Société française de médecine du travail, *Santé et maintien en emploi : prévention de la*

du travail sont de fait des acteurs centraux de la prévention de la désinsertion professionnelle. Avant 2011, ils concentraient déjà leur action sur le suivi des salariés conciliant difficilement travail et santé dont l'éventuelle inaptitude devait être évaluée [24]. Davantage sollicités par les salariés, les médecins conseil et les médecins généralistes pour des visites de pré-reprise ou « à la demande », ils donnent la priorité à ce suivi devenu fondamental dans leur activité. Si *a priori* les possibilités d'aménagement des postes de travail se sont renforcées avec l'obligation de reclassement des salariés déclarés inaptes dans les années 1980 et 1990[25], elles restent limitées au sein des entreprises et sont d'autant plus difficiles dans des secteurs d'activité où les contraintes physiques sont importantes. Ainsi, les médecins du travail déclarent de plus en plus d'inaptitudes partielles et définitives conduisant souvent à des licenciements[26].

Par ailleurs, face à la forte hausse des remboursements d'indemnités journalières, la Sécurité sociale diversifie la gestion du risque. Si les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) poursuivent les mesures de contrôle des assurés en arrêt de travail et des médecins prescripteurs et que les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) continuent d'intervenir auprès des entreprises, elles expérimentent également des actions auprès de celles ayant des taux d'absentéisme au moins deux fois supérieurs à la moyenne des entreprises de leur secteur d'activité pour les inciter à mettre en place des actions de prévention de la santé au travail[27]. Ces actions, appelées « absentéisme en entreprise »[28], sont menées par les CPAM en collaboration avec les CARSAT. Comme l'explique une responsable de CPAM, *« la CARSAT fait déjà des actions auprès des employeurs mais leur point d'entrée c'est uniquement la sinistralité. Et on voit bien que c'est loin d'épuiser toute la question de l'absentéisme lié au contexte de travail particulier qui relève de la maladie »*[29]. Elle établit ainsi un lien entre absentéisme et conditions de travail, au-delà de la seule déclaration d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Les employeurs sont aussi incités à mettre en place des mesures de prévention des troubles musculo-squelettiques, lombalgies et troubles anxio-dépressifs, principaux pourvoyeurs d'arrêts de travail[30] et considérés comme provoquant un absentéisme *« évitable »* au sens où il est lié aux conditions de travail[31]. Des actions similaires sont également proposées par les organismes complémentaires d'assurance maladie en tant qu'offres collectives à leurs entreprises clientes. Par exemple, Harmonie mutuelle propose une offre *Prévenir les risques professionnels et favoriser l'employabilité* permettant aux entreprises d'identifier les problèmes de santé au travail, de former et d'accompagner employeurs et salariés sur ces sujets[32]. Mais ces actions ne sont qu'incitatives, notamment pour la CPAM qui ne dispose pas des mesures coercitives de la CARSAT et mise sur la bonne volonté des employeurs responsables de la prévention de la santé au travail.

---

désinsertion professionnelle des travailleurs, Recommandation de bonne pratique, 2019.

24 Lecomte-Ménahès G., Santé précaire et transformation de la médecine du travail, *Travail et Emploi* vol. 140, n° 4, 2014, pp. 35-47.

25 Romien P., Handicap et inaptitude. La politique de réinsertion professionnelle en France de 1957 à nos jours, In Bruno A-S., Omnès C., *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, coll. Temps présents, 2004, pp. 279-280.

26 À l'inverse, travailler dans le secteur public diminue fortement la probabilité de perdre son emploi dans le cas un handicap durable et en protège totalement dans le cas d'un handicap transitoire (moins de un an). Barnay T., Duguet E., Le Clainche C., Narcy M., Videau Y., *L'impact du handicap sur les trajectoires d'emploi : une comparaison public/privé*, CEE, document de travail n° 178, 2015.

27 Assurance maladie Risques professionnels, *Convention d'objectifs et de gestion 2018-2020*

28 Lettre-réseau LR-DRP-11/2018

29 Entretien avec une responsable gestion du risque d'une CPAM, 13 juin 2019, projet MaRiSa.

30 Principales causes d'arrêt de travail, les troubles musculo-squelettiques représentent par exemple 30 % et les troubles anxio-dépressifs 24 % des arrêts maladie de six mois et plus du régime général en Bretagne en 2016. Voir Lecomte-Ménahès G., Muñoz J., *Les arrêts de travail*, op. cit.

31 Les pathologies considérées comme « lourdes », tels les cancers, sont écartées, renforçant l'invisibilité de ces pathologies dont l'origine professionnelle est sous-reconnue et sous-déclarée. Voir Marchand A., Quand les cancers du travail échappent à la reconnaissance, *Sociétés contemporaines*, vol. 102, n° 2, 2016, pp. 103-128.

32 Observation de la table ronde « Santé au travail. Comment la préserver tout au long de son parcours professionnel ? », Semaine de l'évolution professionnelle en Bretagne organisée par le Fongecif Bretagne, réalisée le 17 juin 2019 dans le cadre du projet MaRiSa.

2. Le maintien en emploi des salariés vieillissants

L'absentéisme de longue durée est considéré plus qu'un autre comme un indicateur de morbidité[33]. Or l'augmentation actuelle des dépenses en matière d'indemnités journalières est liée à la hausse de la durée des absences (197 millions de journées ont été indemnisées en 2009 et 234 millions en 2017[34]), au coût plus élevé de l'indemnisation et à l'augmentation du nombre de maladies professionnelles. Ces facteurs sont corrélés au vieillissement de la population salariée[35]. Selon l'Insee, en 2017, le taux d'emploi des 50-64 ans en France métropolitaine s'élève à 61,5 %. Entre 2007 et 2017, il a fortement augmenté (+ 8,2 points), alors que celui des 15-24 ans et celui des 25-49 ans se sont repliés[36]. Par ailleurs, ces changements dans les parcours professionnels (qui combinent transformations des conditions de travail, éventuels changements d'emploi et liens avec la santé), le plus souvent négatifs, connaissent une accélération historique. Plus ils sont nombreux et plus la santé est dégradée[37]. Après avoir présenté ces parcours marqués de ruptures de salariés en mauvaise santé, nous reviendrons sur leur prise en charge par les professionnels de la prévention de la désinsertion professionnelle et les enjeux de conciliation du droit du travail et de la protection sociale qu'ils soulèvent.

2.1. Des parcours de mauvaise santé marqués par les ruptures

Le parcours professionnel et l'état de santé sont intrinsèquement corrélés au sens où le premier préserve ou altère le second qui provoque en retour ruptures et réorientations dans le parcours. Les personnes, le plus souvent qualifiées ou ayant connu une ascension sociale, aux trajectoires marquées par de bonnes conditions d'emploi et de travail, se déclarent plutôt en bonne santé ; à l'inverse celles qui se disent en mauvaise santé ont généralement connu des parcours plus précaires marqués par le chômage et l'inactivité, des changements d'emplois fréquents, de mauvaises conditions de travail ou un déclassement[38]. Ainsi en France, l'évolution de la santé des cadres est globalement plus favorable que celle des ouvriers, puisqu'ils sont moins nombreux à déclarer une détérioration de leur santé entre 2006 et 2010 (8 % contre 15 %)[39]. Mais ces variations sont essentiellement corrélées aux différences de conditions de travail car, dans l'étude de leurs effets sur l'absentéisme, elles réduisent l'impact des différences liées aux catégories socioprofessionnelles et aux différences sectorielles. Ainsi l'absentéisme augmente fortement du fait de contraintes physiques et psychosociales[40].

Qu'ils soient liés à des risques professionnels reconnus comme tels ou non, les événements de santé pénalisent les personnes les moins formées. Dotées de moindres ressources sur le marché du travail elles sont davantage orientées vers l'inactivité alors que les plus diplômés (du secondaire ou supérieur) restent davantage en emploi. Leur niveau de qualification conduit les premières vers des emplois où les conditions de travail, souvent pathogènes, sont peu compatibles avec les contraintes

33 Voir Thébaud-Mony A., Lert F., Absentéisme et santé. Une revue critique de la littérature, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 1, n° 2, 1983, pp. 7-24 ; Bourbonnais R., Vinet A., L'absence du travail comme indicateur de santé : signification, mesures et conditions d'utilisation, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 37, n° 2, 1989, pp. 173-182 ; Chevalier A., Goldberg M., L'absence au travail : indicateur social ou indicateur de santé ?, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 10, n° 3, 1992, pp. 47-65.

34 Rapport Berard et al., op. cit.

35 Anact, Aract, *10 questions sur l'absentéisme*, 2015.

36 Rapport Berard et al., op. cit.

37 Wolff L., Mardon C., Gaudart C., Molinié A-F., Volkoff S., *Les changements dans le travail vécus au fil de la vie professionnelle et leurs enjeux de santé. Une analyse à partir de l'enquête SIP*, CEE, Rapport de recherche n° 94, 2016.

38 Bahu M., Coutrot T., Herbet J.-B., Mermilliod C., Rouxel C., Parcours professionnels et état de santé, *Dossier solidarité santé*, Drees/Dares, 1(14), 2010.

39 Barnay T., De Riccardis N., Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue, *Études et résultats*, n° 898, Drees, 2014.

40 Inan C., Les absences au travail des salariés pour raison de santé, op. cit. Pour une discussion intéressante des effets pathogènes de conditions de travail variées et les conséquences de ces inégalités en termes de parcours, voir Volkoff S., Thébaud-Mony A., Santé au travail : l'inégalité des parcours, In Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 349-361.

liées à leur état de santé[41]. Ainsi les enjeux de santé se complexifient « pour une part croissante du salariat [et] sont de plus en plus difficiles à concilier avec les enjeux d'emploi et de travail »[42].

Du fait de leur santé dégradée, une partie des salariés sortent de l'emploi avant l'âge légal de la retraite (et avant même 60 ans), ce qui relève majoritairement d'un choix contraint[43]. Ces personnes, qui sont le plus souvent ouvrières ou employées, connaissent des trajectoires professionnelles stagnantes peu qualifiées et sont plus exposées au cumul de pénibilités physiques. Elles sont souvent licenciées pour inaptitude, ce qui en fait le « statut des exclus »[44], sachant que les parcours professionnels et personnels des personnes déclarées inaptes sont fragmentés et marqués par la précarité. Certaines sont reconnues invalides, d'autres, bien que privées d'emploi, en restent demandeuses mais l'ensemble de ces parcours participe de la « différenciation des modalités et du timing du passage à la retraite »[45].

En effet, les salariés dont la santé est défaillante sont les premiers dont l'intégration professionnelle est fragilisée. Pour ces salariés « précaires », Valentine Hélardot observe des usages différenciés de conciliation de la santé et du travail[46]. La santé est « sacrifiée » lorsque l'emploi est jugé indispensable alors que l'employabilité de la personne est faible (du fait de son âge et de sa qualification) ou qu'elle vit son métier sur le mode de la vocation. À l'inverse la santé est « privilégiée » lorsque les salariés sont dans la recherche du « moindre mal ». Il s'agit soit de personnes peu qualifiées qui estiment ne pouvoir accéder qu'à des emplois précaires et des travaux pénibles, soit d'individus qualifiés ou dotés d'une importante expérience professionnelle qui ont davantage de marges de manœuvre. Enfin la santé peut être « instrumentalisée » lorsque la maladie est mise au service d'une réorientation professionnelle, voire d'une fin d'activité.

2.2. Le licenciement pour inaptitude et le maintien en emploi

Plusieurs rapports récemment publiés[47] soulignent les enjeux actuels en matière de prévention de la désinsertion professionnelle pour réduire la durée des arrêts de travail et le nombre de licenciements pour inaptitude qui induisent des ruptures importantes dans les parcours professionnels. Ils insistent sur l'importance de la mise en place d'une logique d'anticipation (le plus en amont possible de l'arrêt de travail) afin que la recherche de solutions ne débute pas au moment de la consolidation par le médecin conseil entraînant la fin de l'indemnisation de l'arrêt de travail, pouvant placer les salariés dans une grande précarité financière. Suivant ces orientations, le service social de la CARSAT ne contacte plus systématiquement les assurés après trois mois d'arrêt de travail mais après deux. De nombreux assurés étant encore en soin et n'envisageant pas forcément une reconversion professionnelle, les assurés qui seraient *« le plus en difficulté »*[48] sont ciblés. Sont privilégiées les personnes en arrêts de travail répétés, celles dont le dernier jour travaillé est le plus lointain et certains secteurs d'activité (par exemple l'agroalimentaire en Bretagne où de nombreux troubles musculo-squelettiques sont déclarés).

Il est par ailleurs préconisé une plus grande coordination des multiples acteurs du secteur pour mobiliser les dispositifs de maintien dans ou en emploi selon une logique d'anticipation de l'inaptitude (notamment au moyen de la visite de pré-reprise). Le médecin du travail, considéré

41 Duguet E., Le Clainche C., L'impact d'événements de santé non liés au travail sur le devenir professionnel, *Connaissance de l'emploi*, CEE, n° 91, 2012.

42 Hélardot V., Enjeux d'emploi, de travail et de santé : la quadrature du cercle, In de Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (dir.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, 2008, p. 78.

43 Collet M., de Riccardis N., Gonzalez L., Trajectoires professionnelles et de santé et sorties définitives de l'emploi avant 60 ans, Drees, *Dossiers solidarité et santé*, n° 45, 2013.

44 Omnès C., Les trajectoires sociales et professionnelles des travailleurs déclarés inaptes au travail de 1941 à nos jours, In Bruno A-S., Omnès C., *Les mains inutiles : inaptitude au travail et emploi en Europe*, Paris, Belin, coll. Temps présents, 2004, p 203.

45 Bickel J-F., Cavalli S., De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie, *Gérontologie et société*, vol. 25, n° 102(3), 2002, pp. 25-40.

46 Hélardot V., Enjeux d'emploi, de travail et de santé, op. cit.

47 Rapport Aballea et al., op. cit. ; Rapport Berard et al., op. cit.

48 Entretien avec une salariée d'un service social d'une CARSAT, 28 mai 2019, projet MaRiSa.

comme un acteur central de la prévention de la désinsertion professionnelle, l'est au sens où il juge les possibilités de conciliation effective de l'état de santé et des conditions de travail du salarié et peut intervenir sur leur aménagement (par les restrictions émises sur la fiche d'aptitude). Non seulement il est l'un des rares interlocuteurs de l'employeur et a connaissance des situations de travail mais en tant que médecin, il peut également s'entretenir avec ses confrères et consœurs généralistes et médecins conseils. Mais ces échanges sont de fait peu développés, si la confiance se noue davantage entre médecins généralistes et médecins du travail[49], les logiques d'action opposées des médecins conseil ne les facilitent pas.

Les problèmes de santé au travail étant historiquement pris en charge au travers des politiques du handicap, de nombreux dispositifs de maintien dans et en emploi nécessitent une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Si les salariés ne se considèrent souvent pas comme tels, les professionnels de la prévention de la désinsertion professionnelle les incitent fréquemment à en faire la demande afin d'y trouver diverses formes de protection[50]. D'autant plus que la notion de handicap réunit des logiques de protection différentes au sein d'un même instrument[51]. Ainsi la RQTH permet non seulement de préserver du licenciement (grâce aux dispositifs d'aide à l'aménagement du poste de travail ou au reclassement) mais aussi d'aider à bénéficier d'une formation en cas de reconversion professionnelle ou de protéger des exigences de recherche d'emploi si les salariés sont licenciés ou travaillent à temps très partiel[52].

Si les employeurs doivent répondre de leur obligation en matière d'emploi des travailleurs handicapés et sont incités à négocier par le biais d'accords collectifs des plans de maintien dans l'emploi, les aménagements de postes sont peu effectifs pour l'ensemble des entreprises[53]. Anticipant ces réticences des employeurs (à adapter le poste ou recruter un travailleur âgé), les professionnels de la désinsertion professionnelle privilégient la reconversion en milieu de carrière des salariés les plus jeunes afin de prévenir une plus forte dégradation de leur santé du fait de leur travail : *« Mais les jeunes qui ont déjà des problèmes de dos… Ceux-là il faut bien qu'on trouve une solution, on ne va pas les mettre en invalidité à trente-cinq ans. […] Un jeune on va se battre, celui de cinquante-cinq ans on sait très bien que de toute façon il retrouvera pas »*[54].

Liée à des moments de rupture biographique, et le plus souvent subie, la réorientation professionnelle et son accompagnement restent particulièrement complexes[55]. Suite à une RQTH, les salariés semblent être avant tout drainés vers l'emploi précaire[56]. En 2018, les organismes de placement spécialisés Cap emploi, dans lesquels près de 180 000 personnes ont été suivies, ont réalisé plus de 19 000 maintiens dans l'emploi[57]. Ce nombre diminue de 12 % en un an du fait de la

49 Verger P., Colette Ménard C., Richard J-B., Viau A., Médecins généralistes et santé au travail, In Ménard C., Demortière G., Durand E., Verger P., Beck F. (dir.), *Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés*, Saint-Denis, Inpes, coll. Études Santé, 2011, pp. 115-154.

50 De plus en plus de personnes sont bénéficiaires de l'obligation d'emploi (2,8 millions de personnes en 2017, soit 400 000 de plus que quatre ans auparavant). Agefiph, Tableau de bord. Le marché du travail des personnes handicapées. *Bilan de l'année 2018*, mars 2019, https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2019-04/TB%20N%C2 %B02019-1-%20FRANCE.pdf. Les données quantitatives suivantes sont également issues de cette source.

51 Baudot P-Y., Le handicap comme catégorie administrative. Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population, *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2016, pp. 63-87.

52 Louis B., Caradec V., Eideliman J-S., Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles, *Sociologie*, vol. 5, n° 2, 2014, pp. 121-138.

53 Dirringer J., Les aménagements raisonnables à la croisée des chemins, *Les cahiers de la LCD*, vol. 3, n° 5, 2017, pp. 147-161.

54 Entretien avec une rhumatologue, 18 octobre 2018, projet Arfi.

55 Mezza J., Les pratiques d'orientation en direction des personnes malades chroniques. Accompagnement collectif et individuel dans le cadre d'une recherche-action, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 19-2, 2017, pp. 1-26

56 Contrepois, S., « Travailleurs handicapés » : le cercle vicieux des dispositifs d'insertion, In Cours-Salies P., Le Lay S. (dir.), *Le bas de l'échelle*, Questions vives sur la banlieue, ERES, 2006, pp. 167-182.

57 86 % des personnes sont toujours en poste dans l'entreprise six mois après.

réforme des organismes de placement spécialisés[58] mais aussi de la forte diminution du financement des contrats aidés en 2018[59]. Le réseau Cap emploi a par ailleurs contribué à plus de 84 000 recrutements de travailleurs précédemment au chômage. Mais seulement 19 % de ces derniers relèvent de contrats à durée indéterminée.

Finalement qu'elles se reconvertissent ou non, la proportion de personnes reconnues travailleur handicapé en emploi reste minoritaire (en 2017 elles sont 35 % à l'être, soit 981 000 personnes[60]). Le maintien en emploi restant finalement très problématique après un licenciement pour inaptitude. Le taux de chômage de cette population reste deux fois supérieur à celui de l'ensemble des actifs (19 % contre 9 %). Les demandeurs d'emploi handicapés (515 000 fin décembre 2018), connaissent de plus grandes difficultés à retrouver du travail. Leur ancienneté d'inscription au chômage (832 jours en moyenne) est en moyenne de 200 jours plus longue que pour l'ensemble des chômeurs, ce qui est notamment dû à leur âge plus élevé (50 % ont 50 ans ou plus contre 26 % pour le tout public) et leur plus bas niveau de formation (35 % ont un niveau bac ou plus contre 52 % pour le tout public)[61].
C'est pourquoi les préventeurs de la désinsertion professionnelle concentrent également leur activité sur la *« gestion des fins de carrières »*[62] des salariés les plus âgés. L'étude des droits attachés au travail et à la protection sociale se combinent alors pour tenter de préserver les salariés d'un licenciement et d'une recherche d'emploi qui, déjà coûteuse en soi, a peu de chances d'aboutir. Si la reconnaissance d'une invalidité de première catégorie permet par exemple de continuer à travailler à temps partiel tout en ménageant sa fatigue, d'autres droits existent éventuellement en l'absence de celle-ci (retraite progressive, reconnaissance de la lourdeur du handicap, accords pour le temps partiel des seniors…). Mais il s'agit aussi d'étudier les droits à la retraite (au titre de la carrière longue par exemple) ou les possibilités de ressources compensatoires au salaire pour tenir jusqu'à celle-ci en cas de licenciement pour inaptitude, ce qui passe souvent par une RQTH et fait ainsi « ré-émerger l'une des fonctions premières de la notion de handicap, qui était de permettre à des individus de survivre sans travailler »[63].

Conclusion

Les problèmes de santé provoquent le plus souvent des bifurcations, voire des ruptures dans les parcours professionnels. Si les personnes les plus qualifiées et les plus dotées en ressources (avantages liés au contrat de travail, statut, connaissance du réseau de soin, ressources économiques, etc.) restent davantage en emploi à la suite de tels incidents, les moins qualifiées et les plus âgées, considérées comme moins employables ont davantage de difficultés à retrouver un emploi. Une partie de la population salariée aux trajectoires les plus précaires, marquées par l'enchaînement de divers contrats et une usure professionnelle provoquée par des travaux pénibles, quitte ainsi l'emploi salarié avant l'âge de la retraite par l'inaptitude ou l'invalidité. Les parcours en emploi sont donc directement dépendants des conditions de travail et des aléas de santé.
Bien que les professionnels valorisent une logique d'anticipation pour tenter d'éviter les

58 Depuis le 1er janvier 2018, les missions des Cap emploi ont été élargies au maintien dans l'emploi. Ces organismes ont intégré les anciens Sameth (Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés).

59 « À partir de janvier 2018, les contrats aidés sont transformés en Parcours accompagnement compétences (PEC). Il n'y a plus d'embauches en CUI-CAE et le nombre de bénéficiaires de CUI-CAE poursuit sa diminution en mars 2019 (-500) pour atteindre 1 400. À l'inverse, 8 300 nouveaux contrats sont signés dans le cadre d'un PEC en mars 2019, ce qui maintient le nombre de bénéficiaires de ce dispositif à 107 000. En 2017, on totalisait 28 000 nouveaux contrats CUI-CIE, ce qui représentait une diminution de 65,0 % par rapport à 2016. » http://poem.travail-emploi.gouv.fr/, consulté le 1er juillet 2019. Comme pour pallier la diminution des financements publics, le nombre de créations d'activité aidées par l'Agefiph a quant à lui augmenté de 14 % entre 2017 et 2018 passant de 3 165 créations pour 10 000 demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi en 2017 à 3 600 en 2018.

60 Bertrand L., Parcours de travailleurs handicapés : autonomies contrariées et désajustements institutionnels, *Formation emploi*, n° 139, 2017, pp. 33-50.

61 Agefiph, Tableau de bord. Le marché du travail des personnes handicapées. *Bilan de l'année 2018*, mars 2019, https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2019-04/TB%20N%C2 %B02019-1-%20FRANCE.pdf.

62 Entretien avec une médecin de service de santé au travail interentreprises, 27 mai 2019, projet MaRiSa.

63 Louis B., Caradec V., Eideliman J-S., Devenir travailleur handicapé, op. cit.

licenciements pour inaptitude, la prévention de la désinsertion professionnelle se fait souvent à la suite d'au moins un premier arrêt de travail, quand la santé commence, mais souvent continue, de se dégrader. L'action des médecins du travail étant concentrée sur ces salariés, et bien que l'aménagement d'un poste puisse améliorer les conditions de travail collectives au sein de l'entreprise, la prévention menée par les services de santé au travail est principalement guidée par la mauvaise santé de certains salariés. Dans ces conditions l'implication de l'employeur est de plus en plus déterminante en matière d'organisation du travail et de prévention primaire de la santé au travail.

De nombreux salariés étant malgré tout licenciés pour inaptitude, et notamment à des âges auxquels il devient particulièrement difficile de retrouver un emploi, ils sont orientés vers la reconnaissance d'un handicap, ce qui ne les aide que peu à retrouver un emploi pérenne. Dans un contexte où les parcours des plus jeunes sont moins stables que ceux de leurs aînés[64] et davantage marqués par l'incertitude, il est à craindre que l'injonction à la responsabilité individuelle et à la valorisation des compétences personnelles[65] renforce l'invisibilisation des expositions aux risques professionnels et occulte les responsabilités de l'employeur en matière d'aménagement des conditions de travail.

64 Rouxel C., Virely B., Les transformations des parcours d'emploi et de travail au fil des générations, *Insee Références, Emploi et salaires*, Insee, 2012.

65 Dubar C., *La crise des identités*, op. cit.