BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire

Santé publique France

N° 23-24 | 3 novembre 2026

Santé et chômage en France : entre vulnérabilités sociales et enjeux de prévention

// Health and unemployment in France: Between social vulnerabilities and prevention challenges

Coordination scientifique // *Scientific coordination*
Hélène Goulard *(Santé publique France)*
Et pour le Comité de rédaction du BEH : **Isabelle Grémy** *(HCSP)* ; **Olivier Dejardin** *(CHU Caen)* ;
Jean-Paul Guthmann *(Santé publique France)* ; **Kathleen Chami** *(Santé publique France)* ; **Matthieu Eveillard** *(CHU Angers)*

SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

La santé des chômeurs, un enjeu social et de santé publique encore trop méconnu
// The unemployed health: A social and public health issue that is still too unknown ..... p. 496
Dominique Lhuilier
Centre de recherche sur le travail et le développement – Centre national des arts et métiers (CRTD-Cnam)

ARTICLE // Article

Chômage, stigmatisation et santé : enjeux psychosociaux et perspectives de santé publique
// Unemployment, stigmatisation and health: Psychosocial issues and public health perspectives ..... p. 499
Charly Marie
Laboratoire des interactions cognition, action, émotion (Licaé), Université Paris Nanterre

ARTICLE // Article

L'épisode dépressif caractérisé des actifs sans et en emploi et facteurs associés : résultats à partir du Baromètre de Santé publique France 2021
// Depressive episodes in France by unemployed and employed workers and related factors: Results from the 2021 Santé publique France Health Barometer ..... p. 507
Hélène Goulard et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Situation vis-à-vis de l'emploi et santé déclarée dans l'enquête Familles et employeurs 2024 : vers un continuum d'intégration professionnelle
// Employment situation and self-reported health in the Families and Employers Survey 2024: Towards a labour market attachment continuum ..... p. 517
Émilie Counil et coll.
Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers

ARTICLE // Article

La cohorte Constances comme source de données sur les relations entre chômage et santé en France
// The CONSTANCES cohort as a source of data on the relationships between unemployment and health in France ..... p. 526
Pierre Meneton et coll.
Inserm UMRS 1142, Limics, Campus des Cordeliers, Paris

(Suite page 496)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire

Directeur de la publication : Yann Le Strat, directeur scientifique de Santé publique France
Directrice de la rédaction : Yasmina Ouharzoune
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Secrétariat de rédaction : Jessy Mercier, Océane Le Bourhis
Contacter la rédaction : redaction@santepubliquefrance.fr
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France-Auvergne-Rhône-Alpes ; Kathleen Chami, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France-Bretagne ; Isabelle Grémy, HCSP ; Anne Guinard, Santé publique France-Occitanie ; Jean-Paul Guthmann, Santé publique France ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Valérie Olié, EPI-Phare ; Arnaud Tarantola, Santé publique France-Île-de-France ; Marie-Pierre Tavolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr
Prépresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

FOCUS // Focus

Interventions de recherche d'emploi fondées sur des preuves pour les travailleurs et les jeunes sans emploi
// Evidence-based job-seeking support for unemployed workers and young people.....p. 532

Jukka Vuori et coll.
Institut finlandais de la santé au travail (Finnish Institute of Occupational Health), Helsinki, Finlande

ÉDITORIAL // Editorial

LA SANTÉ DES CHÔMEURS, UN ENJEU SOCIAL ET DE SANTÉ PUBLIQUE ENCORE TROP MÉCONNU

// THE UNEMPLOYED HEALTH: A SOCIAL AND PUBLIC HEALTH ISSUE THAT IS STILL TOO UNKNOWN

Dominique Lhuilier

Centre de recherche sur le travail et le développement – Centre national des arts et métiers (CRTD-Cnam)

La plupart des travaux sur la santé au travail occultent les temps du chômage, comme si les chômeurs constituaient une catégorie à part, « une population » que des mesures transversales cherchent à caractériser. Cette installation à la marge du monde du travail peut expliquer pourquoi les relations entre chômage et santé ont pendant longtemps fait l'objet de peu de recherches scientifiques, et n'ont suscité que peu d'intérêt de la part des pouvoirs publics en France [1]. Le mal-être des chômeurs, leur santé mentale et physique, est encore un sujet trop peu débattu dans la société et la sphère publique.

Pourtant, 8,3% de la population active, soit 2,7 millions de personnes, sont au chômage, et 1,9 million se trouvent dans le « halo » du chômage [2]. Nous savons également qu'avec le développement de la précarité de l'emploi [3], les parcours professionnels sont de plus en plus souvent marqués par des périodes sans emploi. Aussi, la question de la santé au chômage concerne bien plus de personnes que les seuls chômeurs saisis à un instant T. D'où l'importance des approches diachroniques susceptibles d'éclairer à la fois les modes d'entrée et de sortie du chômage, la durée de ce dernier, et les processus susceptibles de fragiliser la santé durant cette période, voire plus durablement.

Penser les chômeurs comme « une population » peut contribuer à éluder le risque d'exposition au chômage pour tous –mais inégalement distribué–, voire à entretenir un clivage entre les travailleurs actifs/sans emploi, alors même que nombre de demandeurs d'emploi travaillent. Différentialisme et discrimination vont bien souvent de pair. Le poids des stigmates qui pèsent sur cette « population » n'est pas sans effet sur leur santé, comme l'analyse précisément Charly Marie dans ce numéro [1]. Les attributs négatifs associés à l'image des chômeurs (déficitaires ou parasites) ne semblent pas transformés par l'expérience de la rencontre avec des chômeurs (chacun connaît des personnes privées d'emploi). La persistance du stigmate tient aux fonctions défensives de ces attributions causales : penser le chômeur responsable de son état, c'est éloigner le spectre du chômage pour soi-même. Le recours à cette stratégie défensive donnerait l'illusion du contrôle de sa vie. Si le chômeur est l'artisan de son exclusion, ceux qui ont (pour le moment) un emploi, peuvent se rassurer. Ainsi, la stigmatisation des chômeurs pourrait bien apaiser l'angoisse des travailleurs actifs.

De nombreux travaux de recherche, nationaux et internationaux, dans différentes disciplines, mettent en avant une relation très forte et négative entre la santé des chômeurs et la durée du chômage. Plus le chômage perdure, plus la personne perd contact avec la sphère productive, avec autrui, avec le monde. En particulier lorsqu'aucune autre activité n'entretient l'usage, la mobilisation et le développement de soi. Deux thèses se sont longtemps affrontées pour expliquer cette dégradation de la santé au chômage. Celle dite de l'exposition : l'expérience du

[1] Jusqu'à l'avis du Conseil économique et social (Farache, 2016) qui affirme que : *« Le chômage est désormais une question de santé publique »*.
[2] Le « halo » du chômage désigne la zone grise à la frontière entre le chômage (au sens strict défini par le Bureau international du travail – BIT), l'emploi et l'inactivité.
[3] La déstabilisation des emplois stables (Paugam, 2007) et l'explosion des emplois à statut précaire : contrats à durée déterminée (CDD) et forte réduction de la durée de ces contrats (de plus en plus de moins d'un mois), travail intérimaire (Collectif, 2023), formes atypiques d'emploi (OIT, 2015), sous-traitance, travail informel (Leboissetier et coll., 2026), sous-emploi, temps partiels contraints (Magnier et coll., 2024) et chômage, autant de signes de la précarisation de la condition salariale et de la protection sociale associée.

chômage expose à des épreuves coûteuses pour la vie psychique et somatique, et leurs effets sont particulièrement prononcés chez les chômeurs de longue durée. L'autre dite de « sélection » : les troubles de la santé empêchent l'accès, le maintien et le retour au travail. Le débat est désormais tranché : c'est bien plus le chômage qui affecte fortement la santé que l'inverse. Autrement dit, le chômage, et a fortiori celui « de longue », voire de « très longue durée », est pathogène, ce que la contribution de Pierre Meneton et coll. éclaire nettement [2].

Nombre de travaux traitent de diverses pistes explicatives des processus en cause : stigmatisations, mais aussi perte des fonctions manifestes et latentes du travail [3,4]. Cette perspective permet de saisir l'ampleur des pertes, au-delà des revenus, quand on est privé de son emploi : la structuration temporelle, l'accès à l'espace public, le lien aux autres construit sur des intérêts communs, la possibilité de se mesurer au réel et d'y trouver des confirmations de ses potentialités, le sentiment d'utilité –voire de dignité– sociale, le « faire collectif »… Ces pertes fragilisent l'identité et la santé. Même si, dans un premier temps, le soulagement peut prévaloir quand le chômage permet de se mettre à l'abri de conditions de travail insoutenables ou de situations pathogènes.

Ainsi, dès les années 1930, des enquêtes consacrées aux effets de la perte d'emploi ont souligné les multiples conséquences négatives du chômage [5-8], montrant que ce dernier provoquait une diminution de l'estime de soi, une réduction des relations sociales, une fragilisation de la cellule familiale, un affaiblissement des appartenances collectives, une désorganisation du temps quotidien, et des altérations de la santé.

Le chômage est une situation à haut risque psychologique [9] : du choc de la perte d'emploi [10], à la relégation domiciliaire, en passant par la confrontation à l'assistance, l'érosion de perspectives professionnelles et des ressources financières, sociales, jusqu'à la perte de tout espoir de retravailler, notamment chez les plus âgés, et enfin le syndrome d'auto-exclusion [11], proche de la dépression. Certains chômeurs semblent avoir tout perdu, même la voix. Ils n'expriment plus aucune demande, ne recourent pas à leurs droits, et tentent d'anesthésier la souffrance par l'inhibition de la pensée et des affects (notamment par recours aux substances psychoactives). La santé somatique n'est pas en reste : troubles du sommeil, de l'alimentation, charge allostatique, hypertension, problèmes cardiovasculaires, dysfonctionnements immunitaires, maladies chroniques, et mortalité associée.

La poursuite des investigations scientifiques intègre les mutations macrosociales et institutionnelles : les formes de « continuum de précarité », ainsi que la précarité subjective, au-delà des statuts d'emploi, traitées dans l'article d'Émilie Counil et Hugo Frère [12] ; les transformations des normes de genre et l'entrée massive des femmes dans le monde du travail (le chômage est un des rares indicateurs d'égalité hommes/femmes), l'augmentation des familles monoparentales (qui représentent actuellement 25% des familles), que l'article d'Hélène Goulard et coll. aborde par une enquête sur les différences de prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) ; la multiplication des indicateurs de la dégradation de la santé au travail (nombre accru d'arrêts maladie, de licenciements pour inaptitude), le vieillissement au travail et les fragilisations associées (avec le recul de l'âge de départ à la retraite)…, autant de transformations qui interrogent la soutenabilité du travail dans la longue durée des vies professionnelles dans lesquelles s'inscrivent ces temps de suspension de l'emploi [13]. Ajoutons encore la mutation des temporalités au chômage favorisée par les politiques dites d'activation [14], qui se traduisent par la pression des obligations statutaires à la recherche d'emploi et l'imposition d'un temps actif, prescrit [15]. Ces pressions temporelles peuvent accroître l'insécurité et l'anxiété, alors même que pour sortir du chômage il faut pouvoir soutenir une épreuve d'endurance, donc préserver sa santé car « *Paradoxalement, sortir c'est d'abord tenir. [...] Affronter le chômage c'est aménager la situation en vue d'y résister* » [16]. L'article de Jukka Vuori et coll. présente un programme conçu pour renforcer les compétences, les stratégies et la résilience dans la recherche d'emploi [17].

Tous les articles de ce numéro du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, très complémentaires, s'inscrivent dans une même perspective essentielle pour la santé publique : l'exploration, la reconnaissance, la prévention des effets de la privation d'emploi sur la santé. Ils offrent aussi des pistes pour l'approfondissement des connaissances scientifiques nécessaires à l'action. Les enjeux de cette dernière sont majeurs, au vu des transformations du marché de l'emploi, comme de la centralité du travail dans la vie psychique et le lien social. ■

Liens d'intérêt

L'auteure déclare ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Marie C. Chômage, stigmatisation et santé : enjeux psychosociaux et perspectives de santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):499-507. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_1.html

[2] Meneton P, Goldberg M, Zins M. La cohorte Constances comme source de données sur les relations entre chômage et santé en France. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):526-32. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_4.html

[3] Jahoda M. Work, employment, and unemployment: Values, theories and approaches in social research. American Psychologist. 1981;36(2):184-91.

[4] Jahoda M. Employment and unemployment: A social-psychological analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 1982. 120 p.

[5] Wight Bakke E. The unemployed worker: A study of the task of making a living without a job. New Haven: Yale University Press; 1940. 465 p.

[6] Eisenberg P, Lazarsfeld PF. The psychological effects of unemployment. Psychol Bull. 1938;35(6):358-90.

[7] Komarovsky M. The unemployed man and his family; the effect of unemployment upon the status of the man in fifty-nine families. New York: Dryden Press; 1940.

[8] Lazarsfeld P, Jahoda M, Zeisel H. Les Chômeurs de Marienthal. Paris: Éditions de Minuit; 1982. 144 p.

[9] Lhuilier D, Gelpe D, Waser AM. Santé et travail : paroles de chômeurs. Collection « Clinique du travail ». Toulouse: Éditions Érès; 2024. 320 p.

[10] Debout M. Le traumatisme du chômage. Paris: Fondation Jean Jaurés, Les éditions de l'Atelier; 2015. 112 p.

[11] Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion: Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'. Paris: Éditions Rue d'Ulm; 2009. 60 p.

[12] Counil É, Frère H. Situation vis-à-vis de l'emploi et santé déclarée dans l'enquête Familles et employeurs 2024 : vers un continuum d'intégration professionnelle. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):517-26. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_3.html

[13] Goulard H, Léon C, Soullier N, Mondeilh A, Boulanger G. L'épisode dépressif caractérisé des actifs sans et en emploi et facteurs associés : résultats à partir du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):507-16. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_2.html

[14] Béraud M, Eydoux A. Activation des chômeurs et modernisation du service public de l'emploi. Les inflexions du régime français d'activation. Travail et Emploi. 2009;(119):9-21.

[15] Demazière D, Zune M. Temps de la recherche d'emploi et expérience du chômage : prescription, disponibilité, encombrement, ritualisation. Temporalités. 2019;(29):1-32.

[16] Demazière D, Foureault F, Lefrançois C, Vendeur A. Affronter le chômage. Parcours, expériences, significations. Synthèse de l'étude. Solidarités nouvelles face au chômage; 2015. 20 p.

[17] Vuori J, Price RH, Arwidson P. Interventions de recherche d'emploi fondées sur des preuves pour les travailleurs et les jeunes sans emploi. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):532-8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_5.html

Citer cet article

Lhuilier D. Éditorial. La santé des chômeurs, un enjeu social et de santé publique encore trop méconnu. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):496-8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_0.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

© CC BY

CHÔMAGE, STIGMATISATION ET SANTÉ : ENJEUX PSYCHOSOCIAUX ET PERSPECTIVES DE SANTÉ PUBLIQUE

// UNEMPLOYMENT, STIGMATISATION AND HEALTH: PSYCHOSOCIAL ISSUES AND PUBLIC HEALTH PERSPECTIVES

Charly Marie (charly.marie.pro@gmail.com)

Laboratoire des interactions cognition, action, émotion (Licaé), Université Paris Nanterre

Soumis le 30.05.2026 // *Date of submission: 05.30.2026*

Résumé // Abstract

Le chômage, qui touche environ 2,6 millions de personnes en France et auquel sont imputés 14 000 décès par an, constitue un enjeu majeur de santé publique. L'article commence par présenter les travaux (inter)nationaux établissant que les personnes sans emploi ont une santé physique et surtout mentale dégradée, puis les études longitudinales et quasi expérimentales soutenant que c'est bien la perte d'emploi qui dégrade la santé. Il synthétise ensuite les trois traditions biomédicale, socio-économique et psychologique cherchant à expliquer cette dégradation, en se concentrant sur le modèle psychologique des fonctions de l'emploi de Jahoda et les travaux qui le mobilisent. Ces études indiquent que la dégradation de la santé s'explique notamment par la perte de ressources financières, d'identité et de statut social, ce qui place la stigmatisation des « chômeurs » au cœur des explications psychosociales. À partir de données françaises et internationales, l'article examine la production de la stigmatisation (traitement médiatique déshumanisé, stéréotypes négatifs, discriminations à l'embauche) et sa réception dans ses dimensions vécue, anticipée et internalisée. En s'appuyant sur la théorie du stress minoritaire, il propose trois canaux par lesquels la stigmatisation dégraderait la santé qui sont financier (tensions économiques prolongées, non-recours aux droits), cognitif et émotionnel (rumination, désespoir, baisse de l'estime de soi), social et interpersonnel (dissimulation, isolement, hypervigilance). Il se conclut par des propositions esquissant une politique de santé publique des personnes au chômage, coordonnée aux cinq niveaux intrapersonnel, politique, sociétal, organisationnel et interpersonnel.

Unemployment affects around 2.6 million people in France causing an estimated 14,000 deaths each year. It is therefore significant public health concern. The article begins by presenting national and international research establishing poorer physical and mental health among unemployed people. It then presents longitudinal and quasi-experimental evidence indicating that job loss causes this health deterioration. The article then summarises the three main explanatory biomedical, socio-economic and psychological traditions, with a focus on Jahoda's latent functions of employment model and related research. These studies conclude that the deterioration in health is primarily caused by the loss of financial resources, identity and social status, thereby placing the stigmatisation of "the unemployed" at the heart of psychosocial explanations. Drawing on French and international data, the article examines the production of stigmatisation (dehumanising media coverage, negative stereotypes and discrimination during recruitment) and its reception in terms of its experienced, anticipated and internalised dimensions. Based on minority stress theory, the article suggests that stigmatisation could negatively impact health in three ways: financially (prolonged economic strain and non-take-up of benefits) cognitively and emotionally (rumination, despair, and reduced self-esteem), socially and interpersonally (concealment, isolation, and hypervigilance). The article concludes with proposals for public health policies for unemployed people, coordinated across five levels: intrapersonal, political, societal, organisational and interpersonal.

Mots-clés : Chômage, Stigmatisation, État de santé
// *Keywords: Unemployment, Social stigma, Health status*

Le chômage est un phénomène complexe, défini de multiples façons, dont la plus utilisée provient du Bureau international du travail : une personne au chômage a au moins quinze ans, est sans emploi, est disponible pour en occuper un dans les deux semaines et a activement recherché un emploi durant les quatre semaines passées ou en a trouvé un qui commence dans moins de trois mois. Selon cette définition, au premier trimestre 2026, la France hors Mayotte compte environ 2,6 millions de personnes au chômage selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ce chiffre ne doit pas être confondu avec les personnes dites demandeurs et demandeuses d'emploi, qui sont l'ensemble des personnes inscrites à France Travail, dont environ la moitié a déjà un emploi [1].

De nombreux travaux internationaux établissent que les personnes au chômage présentent une santé

[1] Pour les points communs et divergences entre ces populations, voir par exemple le billet de blog de l'Insee « Tout demandeur d'emploi n'est pas forcément chômeur » du 18 février 2022.

physique, et surtout mentale, dégradée par rapport aux personnes en emploi [1,2]. En France, le chiffre de « 14 000 décès imputables chaque année au chômage » est avancé [3]. Dans ce document, la santé est entendue au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), c'est-à-dire un état de complet bien-être physique, mental et social, que la charte d'Ottawa précise comme étant une ressource sociale et individuelle permettant à tout un chacun de réaliser ses aspirations, de satisfaire ses besoins, d'évoluer et de s'adapter à son environnement.

Nous présentons brièvement le vécu du chômage et les preuves quantitatives de ses effets négatifs sur la santé, puis les principaux modèles proposés pour les expliquer. La stigmatisation des chômeurs apparaît comme un mécanisme psychosocial central, à la fois de la perspective des personnes qui peuvent stigmatiser, et de celle des personnes concernées. Les canaux par lesquels elle dégraderait leur santé sont ensuite exposés. Enfin, des propositions pour une politique de santé publique du chômage à cinq niveaux sont mises en perspective.

Le chômage, une épreuve aux conséquences sanitaires négatives bien documentées

L'étude française de référence sur le vécu du chômage est l'analyse biographique conduite par Schnapper auprès d'une centaine de personnes sans emploi en 1979 et 1980 [4]. Elle distingue trois formes de chômage. La grande majorité des personnes vit un chômage total marqué par l'humiliation, la honte, l'ennui, la perte de statut, de liens sociaux et de repères temporels. Une minorité, principalement composée de personnes cadres récemment licenciées, vit un chômage différé et rejette le statut de chômeur au profit d'une identité professionnelle préservée grâce à une recherche d'emploi méthodique. Cette stratégie retarde les effets négatifs du chômage, mais s'érode à partir d'une année. Enfin, un chômage inversé, surtout retrouvé auprès de personnes ayant d'importantes ressources financières et culturelles ou qui disposent d'un statut de substitution (jeunes actifs ou actives, femmes devenues mères ou sur le point de le devenir…), permet à une minorité de vivre la période sans emploi comme un temps pour se concentrer sur ce qui compte personnellement. Le vécu du chômage dépend donc étroitement des capacités et ressources des personnes pour réaliser des activités et se définir hors de l'emploi et du chômage, être intégrées et épaulées par des réseaux qui ne dépendent pas de leur (ancienne) activité professionnelle, et être soutenues par leur famille.

Au-delà du vécu du chômage, les personnes sans emploi présentent, par rapport aux personnes en emploi ou au reste de la population, une santé physique, mentale et sociale dégradée, avec par exemple davantage de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de symptômes psychosomatiques [1,2,4-6]. Démographiquement, les écarts sont plus marqués chez les hommes, les ouvriers et les personnes au chômage de longue durée [2]. Psychologiquement, la santé est d'autant plus détériorée chez les personnes qui :

- disposent de moins de ressources psychologiques, c'est-à-dire qui présentent une image de soi plus négative (estime de soi et optimisme plus faibles, neuroticisme [(2)] plus élevé) ;
- ressentent davantage de tensions financières ;
- évaluent la perte d'emploi de manière plus négative [(3)] ;
- perçoivent moins de soutien social et structurent moins bien leur temps et leurs journées ;
- accordent à l'emploi une place plus centrale dans la construction de leur identité [1].

De plus, les écarts de santé ne varient pas selon le taux de chômage à l'époque de l'étude, contredisant l'hypothèse que la normalisation du chômage pourrait en réduire les effets délétères [1,2].

Ces écarts ne permettent cependant pas de conclure à un effet causal du chômage sur la santé et trois hypothèses concurrentes sont avancées :

- la causalité sociale (le chômage dégrade la santé) ;
- la sélection (les personnes dont la santé est moins bonne seraient davantage susceptibles de perdre leur emploi et auraient ensuite plus de difficultés à en retrouver un) ;
- l'existence de causes communes confondantes (les modes de vie ou l'environnement socio-économique causeraient à la fois le chômage et la mauvaise santé).

Les études longitudinales soutiennent l'hypothèse de causalité sociale, en montrant que la perte d'emploi s'accompagne d'une dégradation de la santé mentale, partiellement réversible par le retour à l'emploi [1,2,7]. Pour mieux neutraliser la sélection et les variables confondantes, certains travaux quasi expérimentaux exploitent les données relatives à des fermetures d'établissements entiers, la perte d'emploi étant dès lors indépendante des caractéristiques individuelles. Dans de nombreux pays comme les États-Unis, l'Allemagne, le Danemark, la Suède

[(2)] Le neuroticisme (ou névrosisme) est l'un des cinq traits de personnalité du modèle du *Big Five*. Il désigne la disposition stable à ressentir des affects négatifs (colère, anxiété, instabilité émotionnelle, états dépressifs…), à mal réagir au stress environnemental, ou encore à interpréter les situations ordinaires comme menaçantes. Il est considéré comme un facteur de risque de troubles mentaux et somatiques, ce qui en fait un déterminant important de santé publique.

[(3)] Un potentiel facteur de stress fait l'objet de deux évaluations cognitives interdépendantes et révisables. L'évaluation primaire porte sur la nature des enjeux (perte, menace, défi). L'évaluation secondaire articule options d'action, ressources (financières, sociales, psychologiques), efficacité anticipée et sentiment de contrôle sur la situation. Ces évaluations orientent les stratégies pour faire face au stresseur. Ces dernières influencent à court terme les réponses émotionnelles et physiologiques, et à long terme la santé, le bien-être et le fonctionnement social.

ou encore la Finlande, ces études convergent vers un effet négatif plus modeste du chômage sur la santé et la mortalité, mais aux conclusions causales plus robustes[2].

En conclusion, ces trois hypothèses sont soutenues par les données, la causalité sociale étant la mieux étayée : le chômage dégrade la santé physique et mentale des personnes qui le vivent[1,2].

Statut social et expérience du chômage

Il s'agit désormais de comprendre pourquoi et comment le chômage affecte la santé des personnes, en s'appuyant sur trois grandes traditions des domaines biologique, social et psychologique[8]. La tradition biomédicale met l'accent sur les mécanismes physiologiques et biologiques comme le stress ou les facteurs de risque tels que la consommation accrue de tabac et d'alcool, la sédentarité, ou encore une alimentation plus pauvre en fruits et légumes frais[3]. La tradition socio-économique met l'accent sur les conditions matérielles et l'environnement de vie[5]. La tradition psychologique centre l'analyse sur les ressources et les (in)capacités des personnes[6]. L'interaction des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques dégraderait ensuite la santé des personnes sans emploi.

Au sein de la tradition psychologique, le modèle de Jahoda[9] postule que l'emploi, en tant qu'institution sociale, aurait une fonction manifeste (le salaire) et cinq fonctions latentes en permettant de : (1) participer à des objectifs collectifs ; (2) obtenir un statut et une identité amenant en retour une reconnaissance ; (3) créer des contacts sociaux et rencontrer régulièrement des membres extra-familiaux ; (4) réaliser des activités ; (5) structurer son temps. La privation de ces fonctions générerait stress, honte et dégradation de la santé.

De nombreux travaux soutiennent ce cadre. D'abord, une analyse de données de santé de 1984 à 2009 aux États-Unis montre que plus les allocations chômage d'un État sont élevées, plus la santé des personnes sans emploi est bonne, indépendamment d'un ensemble de variables confondantes[10]. De plus, les personnes en emploi rapportent davantage de fonctions latentes que les personnes au chômage[11], mais aussi que des personnes avec un emploi à temps partiel et que celles sorties du marché de l'emploi qui disposent d'un statut de substitution (personnes inactives, retraitées, étudiantes ou au foyer)[12]. Par ailleurs, les fonctions latentes et manifeste sont corrélées chacune et indépendamment avec la détresse psychologique et la satisfaction de sa vie[11], ainsi que la santé mentale au sens large (détresse psychologique, dépression, anxiété, estime de soi et satisfaction de sa vie/bien-être)[12]. Enfin, Janlert et Hammarström[8] mettent sept théories en concurrence via des données longitudinales sur 14 ans et concluent que le modèle de Jahoda[9], combinant les aspects manifestes (financiers) et latents (psychologiques) de l'emploi, est celui qui rend le mieux compte des effets négatifs du chômage sur la santé.

Krug et Eberl[13] ont examiné si la dégradation de ces fonctions manifestes et latentes pouvait rendre compte de l'effet négatif du chômage sur la santé, en mobilisant huit vagues d'enquête menées entre 2006 et 2014 auprès de 13 640 personnes en Allemagne. L'équipe montre que cet effet négatif n'est pas expliqué par la perte de ressources financières, potentiellement atténuée par le faible reste à charge du système de santé allemand, mais uniquement par la perte ressentie de statut social, l'une des fonctions latentes décrites ci-dessus.

Ce résultat invite à voir le chômage, non seulement comme une privation matérielle, mais aussi comme une dégradation du positionnement social, notamment via la stigmatisation[14].

Stigmatisation des chômeurs : production et réception

Un stigmate est une étiquette apposée, une appellation qui réduit la personne qui le porte à cette seule caractéristique discréditante. Le stigmate opère au sein d'interactions, dans des contextes d'asymétrie de pouvoir[15]. Cela recouvre :

- la création d'une catégorie distinguant les personnes (les « chômeurs ») ;
- l'association de cette catégorie à des traits indésirables, un stéréotype, qui est un ensemble de croyances partagées sur les caractéristiques et les comportements des personnes appartenant à un groupe ;
- la mise à distance psychologique, sociale, administrative, voire physique, entre « eux » et « nous » ;
- la perte de statut subjectif et objectif, alimentée par des discriminations individuelles et structurelles[(4)].

Le stigmate n'est donc pas la seule expression d'une différence, mais bien la création puis la reconnaissance d'une différence qui sépare et hiérarchise, aux nombreuses conséquences sanitaires.

La perspective des personnes pouvant stigmatiser

En France, la représentation collective des « chômeurs » est largement négative et centrée sur le manque, la défiance et la responsabilité individuelle, le cœur du stéréotype s'articulant autour des figures du profiteur, de l'assisté, du fraudeur et du paresseux[16]. Une analyse de la presse écrite française de 2005 à 2022 montre par ailleurs un traitement médiatique des « chômeurs » largement déshumanisé, les personnes étant principalement évoquées sous la

[(4)] En psychologie, une discrimination est souvent définie comme le traitement différencié d'une personne, en raison de son appartenance réelle ou supposée à un groupe. La sociologie adopte une perspective plus large, en y adjoignant la notion d'impact disparate, lorsque des règles ou procédures apparemment neutres désavantagent systématiquement un groupe par rapport à un autre. Ces deux définitions diffèrent donc des définitions légales, notamment française, de la discrimination.

forme abstraite du chômage et de ses chiffres, ou encore des politiques publiques de l'emploi [17]. En Angleterre, plus le traitement médiatique sépare les personnes au chômage du reste des citoyens et des citoyennes en les renvoyant aux marges, plus l'opinion publique envers ces personnes se dégrade, indépendamment du taux de chômage [18].

Ces représentations et stéréotypes négatifs se traduisent ensuite par des discriminations objectivées. Par exemple, des études d'audit (*testing*) ont répondu à des offres d'emploi en faisant aléatoirement varier la durée de chômage sur les curriculum vitae (CV). Une méta-analyse de 28 de ces études conclut que les personnes au chômage depuis plus de 12 mois sont discriminées par rapport aux personnes en emploi. La probabilité d'une prise de contact à la suite d'une candidature chute de 25% à partir de 18 mois sans emploi, toutes choses égales par ailleurs, cela d'autant plus que le taux de chômage est faible [19]. Un travail auprès de personnes chargées de recruter montre que ces discriminations proviennent du fait qu'elles interprètent la durée de chômage comme le signal d'un déficit de motivation, de compétences et de savoir-être [20]. Nous avons récemment répliqué ce travail, cette fois auprès de professionnels de l'insertion, et répliqué la discrimination sur la durée de chômage, à nouveau interprétée comme un signal de déficit de compétences et de savoir-être (manuscrit en cours de rédaction).

La perspective des personnes pouvant être stigmatisées

La stigmatisation se décline principalement en trois dimensions : vécue, anticipée et internalisée. Ces dernières ont été objectivées via une enquête de victimation représentative auprès de 2 098 personnes sans emploi inscrites en catégorie A à France Travail [(5)] [21]. Dans cette étude, une personne sur deux rapporte vivre ou avoir vécu une situation de stigmatisation depuis qu'elle est sans emploi, 56% des enquêtés déclarent avoir été discriminés dans l'accès au logement, à la santé ou à l'emploi, 37% se sentent moins pris au sérieux, 30% moins respectés et 26% moins considérés comme dignes de confiance en raison de leur statut. Une personne sur deux anticipe également être stigmatisée, avec 49% des personnes interrogées qui pensent être jugées en tant que personne sans emploi. Un participant sur cinq internalise la stigmatisation et rapporte se décevoir d'être au chômage, 16% des personnes se considèrent comme inférieures aux autres et 15% se sentent coupables d'être sans emploi. Conséquence directe, 29% des personnes interrogées déclarent éviter des situations de potentiels jugements et 14% évitent les gens par peur de leur regard.

En lien, une étude de Krug et coll. a montré que plus une personne anticipe être stigmatisée, plus elle rapporte une santé dégradée, indépendamment de covariables importantes [22]. Nous avons répliqué cette étude auprès de personnes inscrites à France Travail et avons montré la même corrélation négative entre anticipation de la stigmatisation et santé rapportée, ainsi qu'avec l'estime de soi, indépendamment d'importantes covariables (manuscrit en cours d'évaluation par les pairs pour publication).

Trois travaux qualitatifs européens complètent ce tableau (en Allemagne [23], en Espagne [24], en Angleterre [25]). Ceux-ci mettent en évidence que les personnes sans emploi connaissent finement le stigmate qui leur est associé et le mobilisent pour s'en distinguer, parfois en projetant ses traits sur un « autre » pour d'autant mieux le dénigrer (immigrant, fraudeur, toxicomane…). Cette mise à distance n'empêche cependant ni d'anticiper être la cible de stigmatisation, ni de l'internaliser en se sentant « minable », inutile, incapable ou en ressentant de la honte. En conséquence, les personnes dissimulent leur statut, ce qui les isole, nourrit le non-recours aux droits et les coupe de potentiels soutiens. L'internalisation du stigmate conduit certains répondants et répondantes à avancer qu'un mauvais emploi, par exemple à 1,50 € de l'heure en Allemagne, est avant tout un emploi et devrait être accepté comme tel. L'emploi prend alors une valeur morale, traduisant la fonction de police sociale du stigmate, qui vise à ramener les personnes dans le convenable et l'acceptable. Enfin, une typologie du vécu de la stigmatisation du chômage est proposée par Garcia-Lorenzo et coll. [24], les personnes pouvant s'enliser, faire avec, s'en sortir, se reprendre et s'organiser. Seule la dernière stratégie, fondée sur l'engagement collectif, protège du stigmate en le délégitimant. Elle substitue à la honte du chômage la fierté d'appartenir à un groupe partageant un objectif commun, ce qui ouvre l'horizon temporel et permet de se projeter vers l'avenir. Ainsi, l'action collective et la politisation du chômage peuvent délégitimer le stigmate, ce qui protègerait en retour de ses effets négatifs en restaurant les ressources et capacités psychosociales [4,14].

Les trois canaux par lesquels la stigmatisation dégrade la santé

Si les travaux auprès de personnes sans emploi sont rares, il est possible, avec des précautions, de transposer des articulations théoriques et des résultats empiriques collectés auprès de personnes appartenant à une minorité sexuelle [26,27]. Dans cette perspective, la stigmatisation s'immisce dans les moindres recoins de la vie des personnes et influence leur cognition, leurs émotions, relations, réactions physiologiques et *in fine* leur santé.

Le point de départ de ces travaux est qu'appartenir à un groupe stigmatisé et être la cible de stigmatisation est un facteur de stress qui s'ajoute aux facteurs de stress généraux que tout un chacun subit déjà, ce qui demande en réponse de déployer des stratégies d'adaptation que la plupart des personnes n'ont pas à mettre en place, dans un contexte souvent plus contraint.

[(5)] Les personnes en catégorie A sont inscrites à France Travail, n'ont pas travaillé le mois précédent et doivent rechercher un emploi. C'est la catégorie de France Travail la plus proche de la définition du chômage donnée en introduction.

Ce stress est chronique car lié à des structures stables qui dépassent les personnes, et social car ne dépendant pas ou peu des personnes et de leur condition. Ce stress minoritaire pourrait entraîner des conséquences organisées en trois canaux : financier, cognitif et émotionnel, social et interpersonnel.

D'abord, les discriminations à l'emploi en fonction de la durée de chômage peuvent prolonger voire accentuer les tensions financières, augmenter le stress perçu du chômage, contraindre à redoubler d'efforts afin de trouver un emploi, l'intensité de la recherche étant corrélée négativement avec la santé [1,2]. De plus, les stratégies d'évitement de la stigmatisation, que nourrissent les discriminations, peuvent amener les personnes à se couper de ressources financières et sociales importantes. Ainsi, en France, entre 25% et 42% des personnes ayant des droits à l'assurance chômage n'y recourent pas, notamment pour éviter de vivre la stigmatisation des chômeurs et d'y être associées [28].

Ensuite, la stigmatisation vécue, anticipée ou internalisée alimente la rumination, un mode passif et répétitif de focalisation sur la détresse, connu pour être un antécédent des symptômes anxieux et dépressifs [26]. Ensuite, s'entendre dire, anticiper s'entendre dire, ou intégrer la disqualification sociale à son identité, entraîne des conséquences négatives sur la santé mentale. Ainsi, la stigmatisation nourrit également un sentiment de désespoir et une dégradation de l'estime de soi, qui est un indicateur central de santé mentale.

Enfin, la stigmatisation peut conduire les personnes sans emploi à chercher à se distinguer des autres personnes au chômage, à dissimuler leur statut et à se couper de réseaux qui pourraient pourtant être des ressources. De façon analogue, si aucune étude ne porte spécifiquement sur les personnes au chômage, les travaux sur les personnes appartenant à une minorité sexuelle montrent que les stratégies de dissimulation engendrent un état de vigilance et une gestion permanente de l'image de soi qui épuisent les personnes et dégradent leur santé [26]. S'il est plausible qu'un mécanisme analogue opère chez les personnes au chômage, des travaux devraient l'objectiver.

En synthèse, le chômage apparaît comme un facteur de stress multidimensionnel chronique, dont les effets sur la santé résultent de l'interaction entre des privations matérielles objectives, des évaluations subjectives et une stigmatisation, qui entraînent des stratégies d'adaptation cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et comportementales pouvant par la suite dégrader la santé physique et psychologique des personnes.

Protéger la santé des personnes au chômage en agissant à cinq niveaux

Comme présenté dans les parties précédentes, les canaux de stigmatisation sont multiples et les échelles nombreuses. S'emparer de ces résultats dans une optique de santé publique nécessite dès lors d'intervenir de façon coordonnée sur l'ensemble de ces canaux et à tous les niveaux. Nous proposons des moyens, non exhaustifs, afin de réduire la stigmatisation des personnes au chômage et d'améliorer leur santé. Ces propositions sont pensées pour être bénéfiques pour l'ensemble de la population active, au chômage ou en emploi, afin qu'elles soient acceptables par le plus grand nombre. Certaines sont directement adossées à des travaux, qui seront cités, d'autres découlent des résultats présentés en première partie et constituent des hypothèses à tester, notamment en contexte français. Ces interventions gagneraient à être pensées avec les personnes concernées, pour ensuite être déployées et coordonnées, afin de leur permettre de se renforcer mutuellement au niveau intrapersonnel, dont nous montrerons les limites donc la nécessité de se concentrer sur les niveaux politique, sociétal, organisationnel, puis interpersonnel [14,29].

Niveau intrapersonnel : faute d'emplois, protéger la santé et délégitimer le stigmate

Le premier niveau, intrapersonnel, se concentre sur les personnes sans emploi. De ce point de vue, de nombreux programmes cherchent à favoriser l'accès à l'emploi des personnes en partant du postulat que retrouver un emploi améliore la santé [7]. Ils combinent pour cela le plus souvent du soutien social, des formations à la recherche d'emploi, un renforcement de la motivation et une préparation aux obstacles à venir comme l'absence de réponse ou l'allongement de la durée du chômage, des aspects de thérapie cognitive et comportementale, ou encore des modules d'affirmation de soi [30]. Ces programmes ont montré leur efficacité pour accéder à l'emploi et protéger la santé des personnes, mais ils se concentrent sur la personne au chômage et négligent la dimension structurelle du déficit d'emplois.

En effet, il existait en France 435 800 emplois vacants [6] au premier trimestre 2026 dans les entreprises du secteur privé (hors agriculture, intérim, particuliers employeurs [7] et activités extraterritoriales) selon la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du Travail, contre environ 2,6 millions de personnes au chômage sur la même période selon l'Insee. En conséquence, les programmes centrés sur les personnes risquent surtout de produire un effet de déplacement, c'est-à-dire d'améliorer la position de celles et ceux y participant, tout en dégradant la situation des autres, avec très peu sinon aucun effet net, car le solde total d'emplois reste inchangé [31]. L'utilité des programmes centrés sur les personnes pour soutenir leur retour à l'emploi apparaît donc conditionnée à la création préalable d'emplois désirables.

[6] Les emplois vacants sont des postes libres récemment créés, inoccupés, ou sur le point d'être libérés, pour lesquels des démarches actives sont entreprises pour embaucher.
[7] Les particuliers employeurs sont des personnes physiques employant un ou plusieurs salariés à leur domicile privé, sans poursuivre de but lucratif, afin de satisfaire des besoins relevant de leur vie personnelle.

Leur utilité pour protéger la santé est cependant à considérer, la littérature montrant à ce sujet des résultats encourageants [30].

En conséquence, tant que le marché de l'emploi reste largement déficitaire, les programmes centrés sur les personnes devraient d'abord leur donner les clés pour vivre au mieux la situation et protéger leur santé. Ces ambitions peuvent être approchées en se centrant sur le soutien social et la politisation du chômage, c'est-à-dire sa reformulation et compréhension en termes collectifs plutôt qu'individuels. Deux changements seraient à attendre [4,14,24]. Le premier serait d'amener les personnes à se décentrer et à recadrer la situation du registre personnel « J'ai échoué » vers le registre structurel « On me fait porter une responsabilité qui n'est pas la mienne ». Cette réattribution causale réduirait la dynamique de honte et de culpabilité, ce qui protègerait des effets négatifs du chômage sur la santé. Le second serait de leur permettre de délégitimer le stigmate et leur situation, ce qui pourrait perturber le maillon le plus négatif du stigmate, celui de son internalisation. Les acteurs de premier plan seraient dans ce cas les associations et les collectifs, qu'il conviendrait dès lors d'encourager et de soutenir, notamment via des partenariats renforcés avec les services publics de l'emploi, de l'insertion et de la santé, ou encore la mise à disposition de ressources.

Du point de vue clinique, les personnes exerçant dans la santé pourraient repérer le statut d'emploi, afin, dans un premier temps, d'ouvrir un espace de discussion sur l'estime de soi, les idées suicidaires et la santé mentale et, dans un second temps, d'orienter si besoin vers des structures de santé mentale et des associations spécifiques.

Niveau politique : faire évoluer les structures de l'emploi et de l'insertion

Alors même que le déficit d'emplois décrit précédemment ne permet pas à chaque personne au chômage d'en occuper un [(8)], sans même parler d'inadéquation des compétences, des capacités ou des conditions de travail, les politiques d'insertion actuelles font largement porter le poids du chômage sur les personnes [32]. Une proposition majeure est donc de déplacer l'action publique des personnes vers les structures, en faisant évoluer les missions et l'offre de services des acteurs et associations de l'insertion, afin de les amener à transformer les pratiques des entreprises. Nous avons choisi de nous concentrer sur France Travail, service public chargé d'indemniser les personnes, de les accompagner vers l'emploi et d'aider les entreprises à recruter, ainsi que sur l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unédic), association paritaire chargée de gérer le régime d'assurance chômage.

Partant du constat d'un déficit d'offres d'emploi, la première évolution structurelle pourrait être de reconnaître qu'une politique de santé des personnes au chômage est une politique de création et d'accompagnement vers un emploi de qualité [7]. Pour ce faire, France Travail pourrait faire évoluer son offre de services et devenir un véritable intermédiaire de marché, plus actif encore du côté des entreprises que des personnes. D'un côté, l'opérateur accompagnerait les entreprises dans la création et le maintien d'emplois de qualité, à la manière d'un service de ressources humaines public pour celles qui n'en disposent pas [33]. L'attention devrait être portée sur l'identification des besoins, leur transformation en postes de droit commun, les perspectives d'évolution et l'amélioration des conditions de travail, dans une logique d'employeurabilité [(9)] [34]. De l'autre, France Travail mettrait les bénéficiaires en relation avec ces emplois et les accompagnerait sur le marché, afin de sécuriser les prises de poste. Cette approche nécessite de littéralement passer le pas de l'entreprise et ne peut se contenter de former à l'employeurabilité en amont d'un recrutement. La création d'emploi n'étant pas extensible, à ces missions s'ajouteraient trois nécessités. La première, de s'attaquer massivement au non-recours à l'assurance chômage, l'universalité d'une politique étant un outil pour en réduire les effets stigmatisants [15,28]. La seconde, de déployer une « médecine du chômage » intervenant après la perte d'emploi et intégrée à la médecine du travail, dont les contours et l'articulation seraient à imaginer [35]. La troisième [9,32], est de reconnaître que sanctionner l'individu est un non-sens et de repenser la logique de sanction. Empiriquement, les données montrent d'ailleurs que les sanctions améliorent l'accès à l'emploi, mais dégradent l'appariement, favorisent les sorties précaires ou les désinscriptions et détériorent la qualité et la stabilité de l'emploi à long terme, entraînant un retour plus rapide aux dispositifs d'aide [36].

La seconde évolution structurelle serait d'inscrire la santé des personnes au chômage dans les missions de l'Unédic, l'indemnisation devenant dès lors un levier de santé publique [10]. Cette proposition se heurte cependant directement à la loi de 2018 « pour la liberté de choisir son avenir professionnel », qui subordonne la négociation des partenaires sociaux à une trajectoire financière et à des hypothèses macro-économiques fixées par le Premier ministre. Autrement dit, le mécanisme d'assurance chômage est devenu un bras de la politique d'insertion et la baisse des allocations un moyen d'atteindre des objectifs d'emploi. Dans ces circonstances, l'assurance individualise la politique et participe à la stigmatisation des personnes sans emploi, tout en reléguant leur santé aux marges. À l'inverse, mettre la santé des personnes au même plan que leur indemnisation pourrait l'améliorer [10], tout en réduisant leur stigmatisation. Les moyens nécessaires pourraient notamment être trouvés en mettant à

[(8)] Ce déséquilibre agrégé coexiste avec des tensions localisées, notamment dues à une inadéquation entre compétences recherchées et offertes et à de mauvaises conditions de travail, *cf.* la note de la Dares « Comment mesurer les tensions sur le marché du travail ? ».

[(9)] L'employeurabilité est « la capacité des entreprises à devenir et/ou à rester des employeurs ».

plat le financement de l'Unédic et les charges qui lui sont affectées. L'activité d'assurance est en effet excédentaire, mais l'Unédic reste déficitaire du fait des transferts de charges imposés par l'État[37]. Plus largement, cette proposition serait également positive à plusieurs titres pour les personnes en emploi[32]. D'abord car, en France, environ une personne sur deux vivra une période de chômage indemnisé dans sa vie. Une bonne indemnisation permet donc de mieux chercher un emploi, qu'il soit adapté à ses appétences, capacités et compétences. Ensuite, car une bonne indemnisation incite les entreprises à améliorer leurs offres d'emploi, afin d'être compétitives avec le chômage.

Niveau sociétal : transformer les représentations collectives du chômage

Au-delà des dispositifs, le discours public entretient la représentation négative des chômeurs, parfois en sécession de la réalité, ce qui influence au moins partiellement l'opinion publique[17,18,32]. Il faut donc faire évoluer ces représentations partagées, notamment en s'appuyant sur les journalistes et les médias en tant que producteurs ou relais de représentations. Une proposition est d'éclairer dans la durée le débat public par des faits et des données contextualisés, ainsi que des témoignages. C'est par exemple la direction prise depuis plusieurs années par l'Unédic qui produit des études et analyses portant par exemple sur la reprise d'emploi selon la durée indemnisée, ou un baromètre annuel de la perception du chômage et de l'emploi qui en est à sa septième édition. Certains de ces travaux trouvent déjà un écho universitaire[32] ou dans la presse française[(10)], signe que la stratégie peut être pertinente.

Au-delà de la sphère médiatique, les associations de personnes concernées et syndicats pourraient également lancer et soutenir des mouvements collectifs visant à confronter l'image négative des chômeurs afin de l'améliorer.

Niveau organisationnel : faire évoluer les pratiques de recrutement et d'intégration

Au niveau organisationnel, la discrimination sur la durée du chômage se joue d'abord sur le tri des candidatures et un axe devrait cibler les contextes dans lesquels les recrutements sont réalisés, ainsi que les personnes qui en sont chargées[19]. Une première proposition serait soit d'intégrer la durée de non-emploi aux critères de discrimination du droit français, soit de faire mieux connaître et appliquer le critère de vulnérabilité économique, existant depuis 2016, mais peu mobilisé. Les recruteurs et recruteuses pourraient toujours ne pas recruter une personne sur son manque de compétences, mais auraient dès lors à le justifier par des signaux clairs plutôt que par la durée de chômage et le sentiment vague d'une perte de motivation et de compétence[20].

Une seconde proposition porte sur l'utilisation accrue des méthodes qui réduisent le mieux les discriminations à l'embauche, comme l'entretien structuré et l'évaluation par les compétences[33], ainsi que l'entretien de mise en relation consistant à préparer, voire négocier, les caractéristiques de l'offre et de la demande d'emploi et d'intermédier leur rencontre[38]. Ces évolutions internes aux entreprises pourraient être portées par la restructuration de l'offre de services de France Travail et des acteurs de l'insertion. Pour les entreprises, elles permettraient de mieux recruter et de mieux allouer les compétences. Pour les personnes sans emploi, elles réduiraient les discriminations envers les personnes au chômage, mais aussi envers certaines catégories sociales comme les femmes dans les milieux professionnels à dominante masculine ou les personnes noires. Le coût social de ces discriminations est majeur et leur coût économique a été chiffré par France Stratégie à 150 milliards d'euros par an[39].

Niveau interpersonnel : favoriser des contacts de qualité entre personnes en emploi et sans emploi

Au niveau interpersonnel, la réorganisation proposée de France Travail et les évolutions des modes de recrutement via les mises en situation amèneraient davantage les personnes sans emploi dans l'entreprise, créant mécaniquement du contact[33]. Celui-ci pourrait ainsi améliorer l'opinion générale envers les personnes au chômage, en réduisant les stéréotypes négatifs de faible motivation et d'incompétence[20]. Il pourrait également augmenter l'empathie et la capacité à se décentrer et à voir le monde à travers les yeux d'une personne sans emploi, créant en retour un cercle vertueux favorable aux politiques plus protectrices des personnes au chômage, à nouveau bénéfiques pour l'ensemble de la population active. Pour ce faire, les acteurs et actrices de l'insertion devraient activement cadrer les rencontres, en les centrant sur le poste, les compétences nécessaires et les tâches à effectuer[33].

Conclusion

Comparées aux personnes en emploi, les personnes au chômage présentent une santé physique et mentale dégradée, en partie du fait de leur situation de non-emploi. La stigmatisation apparaît comme un maillon important de cette dégradation, tant du point de vue des personnes qui stigmatisent que de celui des personnes qui la vivent. Des évolutions sont proposées aux cinq niveaux intrapersonnel, politique, sociétal, organisationnel et interpersonnel pour mieux protéger la santé des personnes sans emploi et réduire la surmortalité due au chômage, qui seraient ultimement bénéfique pour l'ensemble de la population active. Plus fondamentalement, le besoin pourrait même être de repenser l'articulation, aujourd'hui déléguée au marché, entre les besoins considérables non satisfaits, par exemple sanitaires ou écologiques, et les millions de personnes sans emploi. Les conséquences documentées dans cet article en font une question de santé publique à part entière. ■

[(10)] Thibaud Métais, « Le mythe du "chômeur oisif" battu en brèche par une étude de l'Unédic », Le Monde, 1er juin 2026.

Liens d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. J Appl Psychol. 2005;90(1):53-76.

[2] Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav. 2009;74(3):264-82.

[3] Meneton P, Plessz M, Courtin É, Ribet C, Goldberg M, Zins M. Le chômage : un problème de santé publique majeur. La Revue de l'Ires. 2017;91-92(1-2):141-54.

[4] Schnapper D. L'épreuve du chômage. Paris: Gallimard; 1994. 288 p.

[5] Demazière D. Sociologie des chômeurs. Paris: La Découverte; 2006. 128 p.

[6] Wanberg CR. The individual experience of unemployment. Annu Rev Psychol. 2012;63(1):369-96.

[7] Sterud T, Lunde L-K, Berg R, Proper KI, Aanesen F. Mental health effects of unemployment and re-employment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Occup Environ Med. 2025;82(7):343-53.

[8] Janlert U, Hammarström A. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. BMC Public Health. 2009;9(1):235.

[9] Jahoda M. Employment and unemployment: A social-psychological analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 1982. 111 p.

[10] Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Health effects of unemployment benefit program generosity. Am J Public Health. 2015;105(2):317-23.

[11] Aitken JA, Cannon JA, Kaplan SA, Kim HJ. The benefits of work: A meta-analysis of the latent deprivation and agency restriction models. J Bus Psychol. 2024;39(4):821-47.

[12] Paul KI, Scholl H, Moser K, Zechmann A, Batinic B. Employment status, psychological needs, and mental health: Meta-analytic findings concerning the latent deprivation model. Front Psychol. 2023;14:1017358.

[13] Krug G, Eberl A. What explains the negative effect of unemployment on health? An analysis accounting for reverse causality. Res Soc Stratif Mobil. 2018;55:25-39.

[14] Bourguignon D, Seghouat S, Marie C, Herman G. Le chômage et la stigmatisation à l'œuvre. In: Faniko K, Bourguignon D, Sarrasin O, Guimond S (dir.). Psychologie de la discrimination et des préjugés : de la théorie à la pratique. Paris: De Boeck Supérieur, 2022. p. 101-18.

[15] Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol. 2001;27(1):363-85.

[16] Marie C, Bouchat P, Bourguignon D. "You're a nobody when you're unemployed": Exploring the content of unemployed people's stereotype. J Community Appl Soc Psychol. 2025;35(3):e70085.

[17] Marie C, Bourguignon D. What the press reveals about "the unemployed": A lexicometric analysis of 12,996 articles from French written newspapers from 2005 to 2022. Eur J Soc Psychol. 2025;55(7):1216-31.

[18] Okoroji C, Gleibs IH, Jovchelovitch S. Elite stigmatization of the unemployed: The association between framing and public attitudes. Br J Psychol. 2021;112(1):207-29.

[19] D'hert L, Baert S, Lippens L. Unemployment, inactivity, and hiring chances: A systematic review and meta-analysis. Socioecon Rev. 2026;24(3):1355-93.

[20] Van Belle E, Di Stasio V, Caers R, De Couck M, Baert S. Why are employers put off by long spells of unemployment? Eur Sociol Rev. 2018;34(6):694-710.

[21] Marie C, de Araujo E, Hoffmann M, Bourguignon D. L'épreuve du chômage : baromètre de la stigmatisation des « chômeurs » et du chômage. Cahiers de la LCD. 2025;21:113-26.

[22] Krug G, Drasch K, Jungbauer-Gans M. The social stigma of unemployment: Consequences of stigma consciousness on job search attitudes, behaviour and success. J Labour Mark Res. 2019;53(1):11.

[23] Fohrbeck A, Hirseland A, Lobato PR. How benefits recipients perceive themselves through the lens of the mass media – Some observations from Germany. Sociol Res Online. 2014;19(4):74-81.

[24] Garcia-Lorenzo L, Sell-Trujillo L, Donnelly P. Responding to stigmatization: How to resist and overcome the stigma of unemployment. Organization Studies. 2022;43(10):1629-50.

[25] Patrick R. Living with and responding to the "scrounger" narrative in the UK: Exploring everyday strategies of acceptance, resistance and deflection. J Poverty Soc Justice. 2016;24(3):245-59.

[26] Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. Psychol Bull. 2009;135(5):707-30.

[27] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.

[28] Hentzgen C, Pariset C, Savary K, Limon É. Quantifier le non-recours à l'assurance chômage. Document d'étude nº 263. Paris: Dares; 2022. 68 p.

[29] Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JTA. Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. Soc Sci Med. 2014;103:101-9.

[30] Adam SH, Junne F, Schlachter S, Mehler M, Gündel H, Rüsch N, *et al*. Interventions to foster mental health and reintegration in individuals who are unemployed: Systematic review. JMIR Public Health Surveill. 2025;11:e65698.

[31] Crépon B, Duflo E, Gurgand M, Rathelot R, Zamora P. Do labor market policies have displacement effects? Evidence from a clustered randomized experiment. Q J Econ. 2013;128(2):531-80.

[32] Marie C, Rauscher C, Bourguignon D. « Les chômeurs veulent juste profiter du système » : Quand les préjugés tiennent lieu d'argument. In: Reversé C (dir.). Petit guide de survie aux discussions des repas de famille. Bordeaux: Éditions Le Bord de l'eau; 2025.

[33] Castra D. L'insertion professionnelle des publics précaires. Paris: Presses universitaires de France; 2003. 256 p.

[34] Duclos L, Kerbourc'h JY. Organisation du marché du travail et flexicurité à la française. Paris: Conseil d'orientation pour l'emploi; 2006. 96 p.

[35] Farache J. L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner. Paris: Conseil économique, social et environnemental; 2016. 130 p.

[36] Pattaro S, Bailey N, Williams E, Gibson M, Wells V, Tranmer M, *et al*. The impacts of benefit sanctions: A scoping review of the quantitative research evidence. J Soc Pol. 2022;51(3):611-53.

[37] Coquet B. Main basse sur l'assurance chômage. In: OFCE (dir.). L'économie française 2022. Paris: La Découverte; 2021. p. 98-111.

[38] Vallée B, Pascual A, Guéguen N. Comment recruter plus efficacement les « publics précaires » ? Une approche contextuelle et collective des recrutements sur les postes de bas niveaux de qualification. L'orientation scolaire et professionnelle. 2011;40(2):17 p.

[39] Bon-Maury G, Bruneau C, Dherbécourt C, Diallo A, Flamand J, Gilles C, *et al.* Le coût économique des discriminations. Paris: France Stratégie; 2016. 122 p.

Citer cet article

Marie C. Chômage, stigmatisation et santé : enjeux psychosociaux et perspectives de santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):499-507. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_1.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

© BY

ARTICLE // Article

L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ DES ACTIFS SANS ET EN EMPLOI ET FACTEURS ASSOCIÉS : RÉSULTATS À PARTIR DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2021

// DEPRESSIVE EPISODES IN FRANCE BY UNEMPLOYED AND EMPLOYED WORKERS AND RELATED FACTORS: RESULTS FROM THE 2021 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER

Hélène Goulard[1] (helene.goulard@santepubliquefrance.fr), Christophe Léon[1], Noémie Soullier[1], Aude Mondeilh[2], Guillaume Boulanger[1]

[1] *Santé publique France, Saint-Maurice*
[2] *Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (Cerpop), Université de Toulouse*

Soumis le 22.05.2026 // *Date of submission: 05.22.2026*

Résumé // Abstract

Introduction – En France, d'importantes inégalités sociales de santé subsistent, et l'emploi est un déterminant social qui joue notamment sur la santé mentale. Afin d'identifier les populations auprès desquelles intervenir pour la prévention, il est nécessaire de mieux connaître les différences de prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) entre actifs sans et en emploi et d'identifier les déterminants sociaux en jeu.

Méthode – Notre population d'étude est constituée de 14 471 actifs âgés de 18 à 64 ans résidant en France hexagonale interrogés par téléphone. Elle est issue des données du Baromètre de Santé publique France 2021. Les estimations ont été pondérées afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion et de la structure de la population.

Résultats – L'EDC dans l'année était plus fréquent chez les actifs sans emploi que ceux en emploi, chez les hommes (16,7% *versus* 10,0%, p<0,001) et les femmes (27,2% *vs* 15,5%, p<0,001). L'EDC concernait plus fréquemment les plus jeunes (18-24 ans), et en particulier les jeunes femmes sans emploi (34,5%). Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques, les comportements de santé et l'effet ressenti de la période de la Covid-19 sur le moral, la situation d'emploi restait associée significativement à l'EDC parmi les femmes (odds ratio ajusté, ORa=1,4 – intervalle de confiance à 95%: [1,1-1,8]) contrairement aux hommes. De plus, le fait de vivre en famille monoparentale accentuerait le lien entre chômage et EDC chez les femmes sans emploi.

Conclusion – Même si les mécanismes directs et indirects du lien entre chômage et EDC restent à mieux identifier, une prévention ciblée doit concerner la population des actifs sans emploi, notamment les femmes les plus jeunes et celles en famille monoparentale.

Introduction – *In France, significant social inequalities in health persist, and employment is a social determinant that particularly affects mental health. To identify populations for prevention, it is necessary to better understand the differences in the prevalence of major depressive episode (MDE) between the unemployed and employed persons, and to identify the social determinants.*

Method – *Our study population consists of 14,471 people in labor force aged 18 to 64, residing in mainland France, surveyed by telephone, using data from Santé publique France's 2021 Health Barometer. Estimates were weighted to account for inclusion probability and population structure.*

Results – *Past-year MDE was more frequent among unemployed than employed people: 16.7% versus 10.0% in men (p<0.001) and 27.0% vs 15.5% in women (p<0.001). MDE more frequently affected the youngest (18-24 years), particularly unemployed young women (34.5%). After adjustment for sociodemographic and economic characteristics, health behaviors and the perceived impact of COVID-19 on morale, employment status remained*

significantly associated with MDE among women (ajusted OR=1.4, 95% confidence interval, 95% CI: [1.1-1.8]), but the association became non-significant in men. Furthermore, living in a single-parent household may strengthen the link between unemployment and MDE in unemployed women.

Conclusion – *Although the direct and indirect mechanisms linking unemployment to MDE require better identification, targeted prevention measures must focus on the unemployed working-age population, particularly the youngest women and those in single-parent families.*

Mots-clés : Actifs sans emploi, Épisode dépressif caractérisé, Inégalités sociales de santé
// Keywords: Unemployed people, Major depressive episode, Social inequalities in health

Introduction

En France, d'importantes inégalités sociales de santé (ISS) apparaissent dès l'enfance et s'accumulent tout au long de la vie [1,2]. Elles résultent d'une distribution hétérogène des déterminants sociaux de la santé [3] parmi lesquels la situation d'emploi occupe une place centrale [2]. En France, parmi la totalité des actifs (sans emploi dits « chômeurs », et en emploi), les actifs sans emploi peuvent représenter entre 2 millions et 5,8 millions de personnes selon France Travail [(1)].

Les études portant sur la santé des actifs sans emploi ont mis en évidence des indicateurs de santé dégradés [4], notamment sur la santé mentale [5-7] et les usages de substances psychoactives [8-10]. Une corrélation forte a été établie entre l'augmentation du taux de chômage et celle du taux de suicide [11].

Bien que le lien entre chômage et dégradation de la santé mentale soit avéré, les mécanismes sous-jacents, ainsi que l'influence des déterminants sociaux chez les hommes et les femmes, restent insuffisamment explorés séparément [12]. Le lien peut être bidirectionnel entre la santé et le fait d'être actif sans emploi. Des recherches indiquent que l'influence du fait d'être sans emploi sur la santé mentale peut être jusqu'à deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes [13]. Pour expliquer cette disparité, l'une des hypothèses repose sur la divergence des situations ou des rôles familiaux et des attentes sociales entre les sexes [12].

Dans l'objectif de mieux documenter l'état de santé des personnes sans emploi, Santé publique France a mis en place un programme de surveillance épidémiologique de la santé des personnes sans emploi (Sesse) [(2)]. Il vise à produire, pour la première fois et régulièrement, des indicateurs épidémiologiques nationaux afin de quantifier le fardeau sanitaire au sein de cette population, de suivre l'évolution de ces indicateurs et de proposer des stratégies de prévention adaptées. Une première étude, résumée dans cet article, s'est appuyée sur l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France.

Cet article compare la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) déclaré au cours des 12 derniers mois chez les actifs, selon qu'ils se déclarent avec ou sans emploi. L'analyse poursuit trois objectifs principaux :

- estimer la prévalence de l'EDC au cours des 12 derniers mois selon la situation d'emploi, c'est-à-dire chez les actifs se déclarant sans et en emploi ;
- évaluer le lien entre situation d'emploi et l'EDC chez les hommes et les femmes en tenant compte des déterminants sociaux (diplôme, situation financière, origine migratoire, type de ménage), des comportements individuels en santé et de l'effet ressenti de la période de la Covid-19 ;
- explorer dans quelle mesure le type de ménage, spécifiquement la monoparentalité, amplifie le lien entre le chômage et l'EDC.

Méthode

Source de données et population d'étude

Le Baromètre de Santé publique France est une enquête transversale répétée, interrogeant la population résidant en France hexagonale sur ses opinions, comportements et connaissances en lien avec la santé. L'étude s'appuie sur les données de l'édition 2021, soit 24 514 personnes âgées de 18 à 85 ans et parlant le français, interrogées par téléphone. Le taux de participation révisé était de 44,3%.

Mesure de l'épisode dépressif caractérisé

La variable d'intérêt à expliquer, l'EDC au cours des 12 derniers mois, s'appuie sur la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF) développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [14]. L'EDC est ainsi défini par l'existence d'une période de 15 jours consécutifs de tristesse ou de perte d'intérêt, presque tous les jours et pratiquement toute la journée, ainsi que par la présence sur la même période, d'au moins trois symptômes secondaires et une perturbation des activités. Les EDC sont caractérisés comme légers, modérés ou sévères, en fonction du nombre de symptômes décrits et de leur retentissement sur les activités habituelles [15,16].

Variables sociodémographiques, économiques et de comportements de santé

La situation d'emploi, déterminant social majeur de la santé, est étudiée comme variable explicative. Elle concourt à la position sociale d'un individu et

(1) https://statistiques.francetravail.org/stmt/publication
(2) https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/sesse-surveillance-epidemiologique-de-la-sante-des-personnes-sans-emploi-en-france

interagit avec les autres déterminants sociaux tels que le sexe, l'éducation et les ressources financières. Elle a été évaluée à partir de la question suivante : « Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? En emploi, apprenti(e) ou en stage rémunéré ; étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré ; au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi) ; retraité(e) ou préretraité(e) ; femme ou homme au foyer ; dans une autre situation (congés longue durée, personne handicapée, etc.) ». Notre étude est restreinte aux actifs, classées en deux catégories : « en emploi » et « sans emploi ». L'expression « actifs sans emploi » est utilisée dans l'article pour désigner les personnes ayant déclaré être au chômage (inscrites ou non à France Travail, anciennement Pôle Emploi).

Les variables sociodémographiques et économiques étudiées étaient : le sexe, l'âge en tranches (18-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans), la taille d'unité urbaine de la commune de résidence (hors unité urbaine, 20 000 à 200 000 habitants, agglomération parisienne), le niveau de diplôme (inférieur au baccalauréat, baccalauréat, supérieur au baccalauréat), la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) actuelle ou dernière PCS occupée (cadres, ouvriers, autres), le type de ménage (personne seule ou autre, famille monoparentale, couple sans ou avec enfant(s)), la perception de sa situation financière (à l'aise ou ça va, c'est juste, c'est difficile ou n'y arrive pas sans faire de dettes), l'origine migratoire (non immigré et immigré).

Les analyses ont été ajustées sur les comportements de santé relatifs à la consommation quotidienne de tabac, l'alcoolisation ponctuelle importante (API) hebdomadaire (correspondant au fait de boire six verres ou plus en une occasion, chaque semaine au cours des 12 derniers mois), ainsi que l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois. Ces comportements ont été synthétisés sous forme de variables binaires (oui/non).

Enfin, l'impact de la pandémie de la Covid-19 a été mesuré à travers le ressenti de cette période sur le moral en trois catégories : un effet (tout à fait ou plutôt), pas d'effet ressenti (plutôt pas ou pas du tout) ou sans opinion.

Analyse statistique

L'analyse a été restreinte aux 14 471 actifs âgés de 18 à 64 ans dont 7 321 femmes et 7 150 hommes.

Les estimations ont été pondérées afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique) et de la structure de la population via un calage sur marges utilisant les variables suivantes : le sexe croisé avec l'âge en tranches décennales et la région, la taille d'unité urbaine, la taille du foyer et le niveau de diplôme (population de référence : Insee, enquête emploi 2020) [3].

[3] https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2021

Analyse descriptive

Les prévalences de l'EDC ont été décrites selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques, ainsi que les comportements de santé et l'effet de la période de la Covid-19. Elles ont été comparées au moyen du test du Chi2 de Pearson (avec correction de Rao-Scott). Les analyses ont été stratifiées selon le sexe.

Modélisation

Les associations entre la situation d'emploi et l'EDC ont été évaluées à l'aide de régressions logistiques. La catégorie de référence était celle des actifs en emploi. Dans un premier temps, des analyses univariées ont permis d'estimer des odds ratio (OR) bruts. Puis, des modèles multivariés ont été réalisés, incluant les caractéristiques démographiques et économiques, les comportements de santé et l'effet perçu de la période de la Covid-19 sur le moral. Seuls les modèles finaux sont présentés. Ces variables ont été considérées, soit comme des facteurs de risque d'EDC, soit comme des facteurs de confusion.

Le seuil d'inclusion des variables dans les modèles multivariés a été fixé à un seuil de significativité inférieur à 20% lors de l'analyse bivariée. Les variables ont été introduites dans les modèles selon la force de l'association et par groupe de variables socio-économiques puis de comportements (résultats non présentés).

Enfin, dans un troisième temps, ces mêmes analyses multivariées ont été stratifiées sur le type de ménage, afin d'évaluer si le lien entre situation d'emploi et EDC était différent ou accentué.

Résultats

En 2021, la prévalence globale de l'EDC dans l'année parmi les actifs de 18-64 ans était de 10,9% (n=747) parmi les hommes et 17,2% parmi les femmes (n=1 192).

L'épisode dépressif caractérisé selon la situation d'emploi et les autres déterminants sociaux

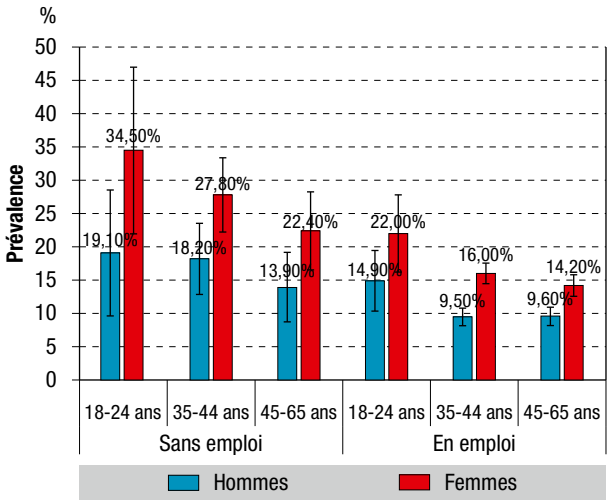
La prévalence globale de l'EDC déclaré dans l'année était de 16,7% chez les hommes actifs sans emploi et de 27,2% parmi les femmes sans emploi. L'EDC dans l'année était plus fréquent chez les actifs sans emploi que ceux en emploi, quel que soit l'âge (figure). La prévalence la plus élevée chez les actifs sans emploi était observée chez les femmes et hommes de 18 à 24 ans (respectivement 34,5% et 19,1%).

Hommes

Chez les hommes, les prévalences d'EDC étaient respectivement de 16,7% *versus* 9,9% entre actifs sans et en emploi. L'EDC au cours de l'année concernait plus fréquemment les 18-24 ans, les personnes habitant en unité urbaine (de 20 000 à 200 000 habitants ou agglomération parisienne), les immigrés,

Figure

Prévalence déclarée de l'EDC au cours des 12 derniers mois selon la situation d'emploi et l'âge chez les hommes et chez les femmes, Baromètre Santé publique France 2021



EDC : épisode dépressif caractérisé.
Note de lecture : La prévalence d'EDC dans l'année était de 19,1% (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [10-29]) parmi les hommes de 18-24 ans actifs sans emploi.
Source : Baromètre de Santé publique France 2021.

ceux qui financièrement y arrivaient difficilement ou n'y arrivaient pas sans dettes, et ceux qui vivaient au sein d'une famille monoparentale. Il n'était pas mis en évidence d'association avec la PCS et le diplôme (tableau 1).

Femmes

Les prévalences chez les femmes étaient respectivement de 27,2% parmi les actives sans emploi *vs* 15,5% parmi celles actives en emploi. L'EDC concernait plus fréquemment les 18-24 ans, celles sans emploi, celles qui avaient uniquement le baccalauréat, celles qui financièrement y arrivaient difficilement ou n'y arrivaient pas sans dettes ainsi que celles qui vivaient au sein d'une famille monoparentale. Il n'y avait pas d'association avec la taille d'unité urbaine et l'origine migratoire (tableau 1).

L'épisode dépressif caractérisé selon les comportements défavorables à la santé

Au sujet des comportements de santé (tableau 2), la prévalence déclarée de l'EDC au cours de l'année était significativement plus élevée chez ceux qui ont déclaré être fumeur quotidien (14,3% chez les hommes et 25,7% chez les femmes), avoir eu une API hebdomadaire (15,3% chez les hommes et 26,2% chez les femmes) et chez ceux qui ont déclaré un usage de cannabis dans l'année (16,5% chez les hommes et 33,0% chez les femmes).

L'épisode dépressif caractérisé et la période de la Covid-19

La prévalence d'EDC était plus importante parmi ceux et celles déclarant que la période de la Covid-19 a eu un effet sur leur moral (17,5% chez les hommes *vs* 23,5% chez les femmes) (tableau 2).

La situation d'emploi : un des déterminants sociaux de l'épisode dépressif caractérisé

Hommes

La probabilité de déclarer un EDC dans l'année était significativement plus élevé chez les hommes actifs sans emploi que chez ceux en emploi, avec un OR brut de 1,8 (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [1,4-2,4]) (tableau 3). Après ajustement sur l'âge, le diplôme, l'origine migratoire, le type de ménage, la situation financière, la taille d'agglomération de résidence, les comportements de santé et l'effet ressenti de la période de la Covid-19 sur le moral, la situation d'emploi n'était plus associée significativement à l'EDC dans l'année (OR ajusté, ORa=1,1 [0,8-1,5]). Ce résultat suggère que l'effet initialement observé était expliqué par les autres déterminants sociaux et comportementaux introduits dans le modèle.

Femmes

L'association entre l'EDC dans l'année était significativement plus élevée chez les femmes actives sans emploi que chez celles en emploi, avec un OR brut de 2,0 [1,6-2,5]. Après ajustement sur l'âge, le diplôme, le type de ménage, la situation financière, les comportements de santé et l'effet ressenti de la période de la Covid-19 sur le moral (tableau 3), la situation d'emploi reste associée à la survenue d'un EDC dans l'année, avec un risque accru chez les femmes actives sans emploi par rapport aux femmes actives en emploi (ORa=1,6 [1,2-2,0]).

La probabilité de risque d'épisode dépressif caractérisé est accrue pour les femmes sans emploi en famille monoparentale

L'association brute entre l'EDC et la situation d'emploi était plus élevée pour les actifs sans emploi par rapport aux actifs en emploi, pour les hommes et pour les femmes vivant en couple ou vivant seuls ou dans un ménage complexe (tableau 4).

En revanche, parmi les actifs vivant en famille monoparentale, le risque d'EDC est accru pour les femmes sans emploi (ORa=2,0 [1,2-3,3]) par rapport aux femmes en emploi, mais ce n'est pas le cas chez les hommes.

Discussion

Écarts

L'épisode dépressif caractérisé déclaré est plus élevé parmi les actifs sans emploi que parmi les actifs en emploi

En 2021, le pourcentage d'EDC déclaré au cours des 12 derniers mois était plus élevé chez les actifs sans emploi qu'en emploi. Le pourcentage d'EDC déclaré était toujours plus élevé chez les femmes : en particulier, plus d'une femme sur quatre sans emploi (27,2%) présentait un EDC dans l'année contre un homme sur six (16,7%) de 18 à 64 ans. La proportion d'EDC déclaré était la plus élevée parmi les jeunes femmes de 18 à 24 ans sans emploi (34,5%).

Tableau 1

Prévalence de l'EDC au cours des 12 derniers mois selon les caractéristiques sociodémographiques et économiques chez les actifs hommes et femmes de 18 à 64 ans (n=14 471) – Baromètre de Santé publique France 2021

	Hommes (n=747)			Femmes (n=1 192)		
	EDC			EDC		
	N	%	[IC95%]	N	%	[IC95%]
Situation d'emploi	***			***		
Actifs sans emploi	119	16,7	[13,2-20,2]	192	27,2	[23,0-30,9]
Actifs en emploi	628	9,9	[9,1-10,9]	1 000	15,5	[14,4-16,6]
Origine migratoire	*			NS		
Non immigré	652	10,4	[9,5-11,3]	1 074	16,9	[15,7-18,0]
Immigré	95	14,2	[10,7-17,6]	118	19,0	[15,0-22,9]
Diplôme	NS			*		
<Baccalauréat	189	10,3	[8,5-11,9]	245	17,1	[14,6-19,3]
Baccalauréat	169	12,8	[10,6-14,8]	249	19,8	[17,3-22,4]
>Baccalauréat	389	10,7	[9,5-11,8]	698	16,0	[14,6-17,2]
Dernière PCS ou actuelle	NS			NS		
Cadres	402	10,2	[8,4-11,9]	229	16,6	[14,3-18,9]
Ouvriers	170	10,2	[8,5-11,9]	99	20,9	[16,4-25,0]
Autres	175	11,6	[10,2-12,9]	863	16,8	[15,4-18,0]
Type de ménage	***			***		
Ménage d'une seule personne, autre	221	13,6	[11,4-15,8]	278	22,9	[20,0-25,9]
Famille monoparentale	87	15,1	[11,4-18,8]	235	23,9	[20,4-27,2]
Couple avec ou sans enfant	439	9,4	[8,4-10,5]	678	14,2	[13,0-15,5]
Situation financière	***			***		
À l'aise, ça va	444	8,5	[7,6-9,5]	688	13,5	[12,2-14,6]
C'est juste	173	13,9	[11,5-16,3]	298	21,6	[18,8-24,2]
Y arrive difficilement ou n'y arrive pas sans dettes	130	19,3	[15,6-22,9]	206	29,3	[24,9-33,3]
Âge (ans)	***			***		
18-24	71	16,0	[11,8-20,1]	83	25,7	[20,1-31,3]
25-44	343	10,6	[9,3-11,9]	581	17,7	[16,1-19,3]
45-64	333	10,2	[8,8-11,4]	528	15,2	[13,5-16,6]
Taille d'unité urbaine de résidence	**			NS		
Hors unité urbaine	145	7,8	[6,2-9,3]	273	15,5	[13,6-17,8]
20 000 à ≥200 000 habitants	457	11,9	[10,7-13,2]	704	17,3	[15,9-18,8]
Agglomération parisienne	145	11,5	[9,1-13,9]	215	18,1	[15,3-20,9]

EDC : épisode dépressif caractérisé ; PCS : professions et catégories socioprofessionnelles ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; NS : non significatif.
Test de comparaison des pourcentages de Rao Scott tenant compte du plan de sondage : *** : p<0,0001 ; ** : p<0,001 ; * : p<0,05 ; NS : p>0,05.
% : pourcentage pondéré tenant compte de la probabilité d'inclusion et de la structure de la population cible.
Note de lecture : Parmi les actifs sans emploi, 16,7% des hommes et 27,2% des femmes déclaraient un EDC.

À notre connaissance, il n'existe pas de données récentes de prévalence de l'EDC en France dans la population des actifs sans emploi parmi l'ensemble des actifs de 18 à 64 ans.

Des écarts qui diminuent entre hommes et femmes sans emploi

Les associations bivariées entre la situation d'emploi et l'EDC dans l'année étaient proches entre hommes et femmes (OR bruts d'EDC de 1,8 et 2,0 entre actifs sans emploi *vs* en emploi). Cependant, ces associations ne jouaient pas de la même manière chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, le lien entre la situation d'emploi et l'EDC s'expliquait par la position sociale et les comportements de santé.

Chez les femmes, après ajustement, le fait d'être active sans emploi était un déterminant social significativement associé à l'EDC, et ce indépendamment des autres déterminants sociaux et comportementaux pris en compte dans le modèle ajusté. Cet effet restait somme toute modeste, avec une probabilité

Tableau 2

Prévalence de l'EDC selon les comportements de santé et l'effet ressenti de la période de la Covid-19 sur le moral chez les actifs hommes et femmes de 18 à 64 ans (n=14 471) – Baromètre de Santé publique France 2021

	Hommes (n=747)			Femmes (n=1 192)		
	EDC			EDC		
	N	%	[IC95%]	N	%	[IC95%]
Tabac quotidien	***			***		
Oui	271	14,3	[12,2-16,2]	401	25,7	[22,8-28,3]
Non	469	9,2	[8,2-10,2]	786	14,2	[13,0-15,3]
API par semaine	***			*		
Oui	79	15,3	[11,3-19,3]	38	26,2	[17,7-34,8]
Non	668	10,5	[9,5-11,4]	1153	17,0	[15,8-18,0]
Cannabis dans l'année	***			***		
Oui	148	16,5	[13,4-19,4]	117	33,0	[27,0-38,9]
Non	599	10,0	[9,0-10,9]	1074	16,1	[14,9-17,1]
Effet ressenti de la période de la Covid-19 sur le moral	***			***		
Tout à fait ou plutôt	127	17,5	[15,9-19,1]	977	23,5	[21,9-25,1]
Plutôt pas, pas du tout ou sans opinion	620	3,7	[3,0-4,5]	214	7,6	[6,4-8,8]

EDC : épisode dépressif caractérisé ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; API : alcoolisation ponctuelle importante.
Test de comparaison des pourcentages de Rao Scott tenant compte du plan de sondage : *** : p<0,0001 ; * : p<0,05.
% : pourcentage pondéré tenant compte de la probabilité d'inclusion et de la structure de la population cible.
Note de lecture : Parmi les femmes actives de 18-64 ans déclarant fumer quotidiennement, elles étaient 25,7% à déclarer un EDC dans l'année.

Tableau 3

Odds ratios bruts et ajustés de l'association entre la situation d'emploi et l'EDC en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, des comportements de santé et de l'effet ressenti de la période de la Covid-19 – hommes et femmes de 18 à 64 ans, n=14 471 – Baromètre de Santé publique France 2021

	Hommes (n=7 150)				Femmes (n=7 321)			
	OR bruts [IC95%]		OR ajustés[a] [IC95%]		OR bruts [IC95%]		OR ajustés[b] [IC95%]	
Caractéristiques socio-économiques								
Situation d'emploi	***		NS		***		***	
Actifs en emploi	réf.		réf.		réf.		réf.	
Actifs sans emploi	1,8	[1,4-2,4]	1,1	[0,8-1,5]	2,0	[1,6-2,5]	1,6	[1,2-2,0]
Diplôme le plus élevé	0,14		*		*		0,05	
<Baccalauréat	réf.		réf.		réf.		réf.	
Baccalauréat	1,3	[1,0-1,7]	1,4	[1,1-1,9]	1,2	[1,0-1,5]	1,3	[1,0-1,6]
>Baccalauréat	1,1	[0,9-1,4]	1,3	[1,0-1,7]	0,9	[0,8-1,1]	1,3	[1,0-1,7]
Origine migratoire	*		NS		NS		-	-
Non immigré	réf.		réf.		réf.		-	-
Immigré	1,4	[1,1-1,9]	1,2	[0,8-1,7]	1,2	[0,9-1,5]	-	-
Type de ménage	***		NS		***		***	
Couple avec et sans enfant	réf.		réf.		réf.		réf.	
Ménage d'une seule personne, autre	1,6	[1,4-1,8]	1,2	[1,0-1,5]	1,5	[1,2-1,9]	1,5	[1,2-1,8]
Famille monoparentale	2,0	[1,6-2,3]	1,4	[1,0-1,9]	1,7	[1,3-2,4]	1,5	[1,2-1,8]
Situation financière	***		***		***		***	
À l'aise, ça va	réf.		réf.		réf.		réf.	
Juste, un peu difficile	1,7	[1,4-2,2]	1,6	[1,2-2,0]	1,8	[1,5-2,2]	1,4	[1,1-1,7]
Difficile, n'y arrive pas sans dettes	2,6	[2,0-3,4]	1,9	[1,4-2,6]	2,7	[2,1-3,4]	1,8	[1,4-2,4]

☞

Tableau 3 (Suite)

	Hommes (n=7 150)				Femmes (n=7 321)			
	OR bruts [IC95%]		OR ajustés[a] [IC95%]		OR bruts [IC95%]		OR ajustés[b] [IC95%]	
Caractéristiques sociodémographiques								
Âge (ans)	**		NS		***		NS	
45-65	réf.		réf.		réf.		réf.	
25-44	1,1	[0,9-1,3]	0,8	[0,7-1,0]	1,2	[1,0-1,4]	1,1	[0,9-1,3]
18-24	1,7	[1,2-2,4]	1,1	[0,8-1,6]	1,9	[1,4-2,7]	1,3	[0,9-1,8]
Taille agglomération de résidence	**		*		NS		-	-
Hors unité urbaine	réf.		réf.		réf.		-	-
20 000 à ≥200 000 habitants	1,6	[1,3-2,0]	1,4	[1,1-1,8]	1,1	[0,9-1,4]	-	-
Agglomération parisienne	1,6	[1,1-2-1]	1,3	[0,9-1,8]	1,2	[0,9-1,5]		
Comportements de santé ou effet ressenti								
Tabac quotidien	***		*		***		***	
Non	réf.		réf.		réf.		réf.	
Oui	1,6	[1,3-2,0]	1,3	[1,1-1,7]	2,1	[1,7-2,5]	1,7	[1,4-2,1]
API par semaine	**		NS		*		NS	
Non	réf.		réf.		réf.		réf.	
Oui	1,5	[1,1-2,1]	1,2	[0,9-1,7]	1,8	[1,1-2,8]	1,0	[0,6-1,6]
Cannabis dans l'année	*		NS		**		*	
Non	réf.		réf.		réf.		réf.	
Oui	1,8	[1,4-2,2]	1,2	[0,9-1,6]	2,6	[2,0-3,4]	1,5	[1,1-2,0]
Effet ressenti de la période de la Covid-19 sur le moral	***		***		***		***	
Moindre effet ou pas ou ne se prononce pas	réf.		réf.		réf.		réf.	
Tout à fait ou plutôt	5,4	[4,3-6,9]	5,0	[3,9-6,4]	3,7	[3,1-4,5]	3,5	[2,8-4,3]

EDC : épisode dépressif caractérisé ; API : alcoolisation ponctuelle importante ; OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; réf. : référence ; NS : non significatif.

Régression logistique : OR bruts et ajustés[a,b] sur les variables du tableau. *** : p< 0,0001 ; ** : p<0,001 ; * : p<0,05 ; NS : p>0,30.

[a] : ajustés sur l'âge, la taille d'agglomération de résidence, la situation d'emploi, le diplôme, le statut migratoire, le type de ménage, la situation financière déclarée, la consommation quotidienne de tabac, la consommation excessive d'alcool par mois, la consommation de cannabis dans l'année, l'effet de la période de la Covid-19 sur le moral.

[b] : ajustés sur l'âge, la situation d'emploi, le diplôme, le type de ménage, la situation d'emploi déclarée, la consommation quotidienne de tabac, la consommation excessive d'alcool par mois, la consommation de cannabis dans l'année, l'effet de la période de la Covid-19 sur le moral.

Note de lecture : Après ajustement, l'association entre le fait d'être sans emploi et l'EDC était positive et augmenté avec un OR de 1,6 [1,2-2,0] chez les femmes.

de présenter un EDC supérieur de 60% (ORa=1,6). Dans une étude en Espagne, l'ORa chez les femmes était de 1,5[17] et il était du même ordre de grandeur chez les hommes et les femmes que dans l'étude française Epicov[18].

Comme le soulignaient Dominique Lhuilier et coll., l'expérience du chômage peut être vécue comme une assignation à résidence douloureuse pour les hommes et les femmes, mais différemment[19]. Il n'y a pas de consensus sur les différences selon le sexe des liens entre la situation d'emploi et la santé mentale. Pour certains auteurs, l'influence du sexe doit être remise en perspective avec la situation contextuelle de chaque pays du fait des différences du marché du travail, de la protection sociale et de la représentation familiale[20]. À partir des données de 27 études de cohorte, Milner et coll. ont constaté que la précarité de l'emploi était plus susceptible d'être associée à la santé mentale des hommes, et le chômage et la retraite étaient associés à une moins bonne santé mentale pour les hommes comme pour les femmes[21]. Les hommes chômeurs seraient plus vulnérables au suicide en raison de la menace sur leur identité sociale, tandis que les femmes, plus touchées par la dépression, subiraient un stress cumulatif lié aux inégalités de genre et aux charges familiales, avec des besoins de soutien distincts[20]. Backhans et coll. ont montré un effet indépendant du chômage sur la santé mentale, mais ils précisent que cet effet variait selon le sexe. En effet, les analyses montraient que l'impact du chômage était plus marqué chez les hommes[22]. Cependant, Artazcoz et coll., en Espagne, montraient que les femmes

Tableau 4

Association entre la situation d'emploi et l'EDC au cours des 12 derniers mois au regard du type de ménage chez les hommes et les femmes actifs de 18 à 64 ans (n=14 471) – Baromètre de Santé publique France 2021

	Hommes		Femmes	
	Stratifié par type de ménage et situation d'emploi			
	OR bruts [IC95%]	ORa[b] [IC95%]	OR bruts [IC95%]	ORa[c] [IC95%]
Couple avec ou sans enfant				
Actif en emploi	1,0	réf.	1,0	réf.
Actif sans emploi	1,8 [1,2-2,7]**	1,4 [0,8-2,4]	1,6 [1,1-2,2]**	1,3 [0,9-1,8]
Personne seule, autres				
Actif en emploi	1,0	réf.	1,0	réf.
Actif sans emploi	1,9 [1,2-2,9]**	1,5 [0,9-2,4]	1,8 [1,1-2,8]*	1,4 [0,8-2,3]
Famille monoparentale				
Actif en emploi	1,0	réf.	1,0	réf.
Actif sans emploi	0,9 [0,4-1,9]	0,8 [0,4-1,7]	2,6 [1,7-4,0]***	2,0 [1,2-3,3]**

Réf.: référence ; OR : odds ratio ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05.

[b] : Odds ratios ajustés sur l'âge, la taille d'agglomération de résidence, la situation d'emploi, le diplôme, le statut migratoire, le type de ménage, la situation financière déclarée, la consommation quotidienne de tabac, la consommation excessive d'alcool par mois, la consommation de cannabis dans l'année, l'effet de la période de la Covid-19 sur le moral.

[c] : Odds ratios ajustés sur l'âge, la situation d'emploi, le diplôme, le type de ménage, la situation financière déclarée, la consommation quotidienne de tabac, la consommation excessive d'alcool par mois, la consommation de cannabis dans l'année, l'effet de la période de la Covid-19 sur le moral.

rapportaient une santé mentale dégradée liée au chômage, notamment parce qu'elles subissaient à la fois la norme de la « bonne travailleuse » (investie, performante, etc.) et de la « bonne mère » (dévouée, attentive, disponible, etc.)[13].

Pour autant, dans une méta-analyse, Lorant et coll. ont montré que les inégalités socio-économiques face à la dépression sont hétérogènes et varient selon la méthode de mesure de la santé mentale, la définition et la mesure du statut socio-économique, ainsi que selon des facteurs contextuels tels que le pays, la région et la période. Néanmoins, ils ont mis en évidence des preuves convaincantes d'inégalités socio-économiques face à la dépression[23].

Monoparentalité

Nos résultats confirment ceux de Patel et coll. qui mettaient en évidence que les personnes vivant seules, ainsi que les familles monoparentales étaient plus à risque de problèmes de santé mentale que celles vivant en couple (avec ou sans enfant)[24-26]. D'après nos résultats, l'association entre la situation d'emploi et l'EDC est présente et accrue parmi les familles monoparentales uniquement pour les femmes sans emploi. De même, d'après Backans et coll., le chômage était le moins associé à la santé mentale chez les personnes vivant en couple sans enfant[22].

Limites

Plusieurs limites peuvent être listées : les études sur les inégalités de santé entre hommes et femmes basées sur les enquêtes transversales engendrent un biais de causalité inverse potentiel qui ne peut pas être exclu (c'est-à-dire qui, du chômage ou de l'EDC, est survenu en premier)[12]. Seules des associations peuvent être observées, sans possibilité de déterminer leur direction ou leur temporalité. Dans notre étude, l'analyse transversale ne permet pas l'analyse causale.

Le Baromètre de Santé publique France repose sur des déclarations des participants, ce qui peut entraîner un biais de désirabilité sociale. En effet, les individus peuvent avoir tendance à fournir des réponses qu'ils estiment socialement plus acceptables que leurs comportements réels. Ce biais est particulièrement pertinent pour des sujets sensibles tels que la consommation de cannabis ou les comportements suicidaires et il peut également être présent pour les questions destinées à définir la présence d'EDC. Il peut aussi être différentiel, la santé mentale étant socialement différenciée selon le genre. Aussi, les prévalences de l'EDC dans l'année pourraient être plus importantes que celles estimées, en particulier chez les hommes.

De plus, certaines analyses utilisaient des indicateurs dont les modalités ont été regroupées en raison d'effectifs trop faibles. Cette agrégation nécessaire restreint la capacité à identifier des sous-groupes de profils parmi les actifs sans emploi. L'étude ne dispose pas d'une puissance statistique suffisante pour établir des analyses fines au sein des sous-groupes d'âge proposés par Brydsten et coll., notamment les jeunes adultes, les adultes d'âge moyen, et les personnes proches de la retraite[26]. Cette contrainte empêche de mieux comprendre les spécificités selon les différentes étapes de la vie et leur lien avec la situation d'emploi.

Par ailleurs, l'EDC est évalué via la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF), administré par téléphone. Cette méthode peut entraîner des biais de déclaration, comme une sous-estimation des symptômes, en raison de la nature auto-déclarée des réponses et de

l'absence d'entretien clinique approfondi. Ces limites sont connues au regard de la difficulté que représente le repérage d'un trouble comme la dépression à partir d'un questionnaire simplifié.

Enfin, l'interprétation des résultats peut être compliquée par le contexte exceptionnel de la pandémie de Covid-19. Cette situation a pu modifier durablement les comportements, les perceptions ainsi que la santé mentale des populations et notamment celle des actifs sans emploi.

Perspectives

Il serait intéressant de regarder les résultats en tenant compte d'autres facteurs de risque, tels que la durée du chômage ou les antécédents de dépression par exemple, à ce jour non mesurés dans le Baromètre de Santé publique France.

Ainsi, il conviendrait de creuser les mécanismes sous-jacents à l'œuvre dans l'EDC chez les hommes et les femmes, entre actifs et actives sans emploi, notamment chez les jeunes femmes actives sans emploi chez lesquelles l'EDC était le plus fréquent (plus d'une femme sur trois). À l'issue de cette étude, les analyses seront poursuivies sur d'autres sources de données, avec d'autres méthodes. L'objectif sera alors de tester des hypothèses chez les hommes et les femmes séparément, en se concentrant sur le lien entre la situation d'emploi et l'EDC selon la situation familiale, le diplôme, la situation financière et d'autres facteurs non mesurés (durée du chômage, antécédents de dépression, etc.).

Davantage d'études longitudinales sont sans aucun doute nécessaires pour pallier les limites de celle présentée dans cet article. Ce sera le cas avec l'exploitation longitudinale de l'échantillon démographique permanent apparié au Système national de données de santé [4]. Une telle approche est particulièrement adaptée, car elle permet de suivre les individus dans le temps, ce qui offre plusieurs avantages clés : établir un ordre chronologique entre le chômage et l'EDC (pour distinguer la cause de l'effet), exclure dès le départ les personnes atteintes de maladies (évitant ainsi un biais de sélection), mesurer les effets différés du chômage sur la santé et contrôler les facteurs de confusion potentiels. La situation financière était un des facteurs de confusion dans l'analyse, l'OR brut étant passé de 2,6 à 2,3 après ajustement chez les hommes, et de 2,7 à 2,1 chez les femmes. Avec une analyse de médiation sur d'autres données, nous pourrions mettre en lumière les hypothèses des mécanismes sous-jacents du lien entre chômage et EDC et déterminer si l'effet passe uniquement par le stress financier, ou s'il implique également le type de ménage dans lequel on vit, ou d'autres facteurs de la position sociale. Il sera aussi possible de quantifier la part des effets médiés. Cette méthode permettrait d'identifier les leviers d'actions sur lesquels agir dans cette population sans emploi.

[4] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/ledp-sante-enrichissement-de-lechantillon-demographique-permanent-par

Conclusion

Les résultats quantifiés en population générale à partir du Baromètre de Santé publique France sont à confirmer avec d'autres sources de données. Ils soulignent cependant que le fait d'être sans emploi était lié à l'EDC chez les femmes uniquement, indépendamment des autres déterminants de la position sociale, et en tenant compte des autres facteurs de risque ou de confusion tels que les comportements défavorables de santé. Ces résultats posent la question de l'importance de politiques de prévention plus ciblées. Il conviendrait d'informer et de sensibiliser les professionnels de santé, institutionnels et associatifs accompagnant les actifs sans emploi à la fragilité des jeunes actifs sans emploi de moins de 25 ans, et de concevoir des messages de prévention adaptés, afin d'éviter qu'ils ne soient perçus comme stigmatisants ou culpabilisants. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Nous remercions les membres de Santé publique France : Raphaël Andler, Emmanuel Lahaie, Anne Pasquereau, Valérie Deschamps, Charlotte Verdot.

Références

[1] Vuillermoz C, Deguen S, Vandentorren S, Melchior M. Épidémiologie sociale : concepts, méthodes et exemples d'application. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. 240 p.

[2] Vandentorren S, Mondeilh A, Soullier N. Pourquoi la position sociale est importante à considérer dans l'état de santé d'une population et comment la mesurer dans les travaux de santé publique ? Le rôle de la position sociale sur la santé. Saint-Maurice: Santé publique France; 2026. 20p. https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/enquetesetudes/pourquoi-la-position-sociale-est-importante-a-considerer-dans-letat-de-sante-dune-population-et

[3] World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2010. 76 p. https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852

[4] Sermet C, Khlat M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. Rev Epidemiol Santé Publique. 2004;52(5):465-74.

[5] Sterud T, Lunde LK, Berg R, Proper KI, Aanesen F. Mental health effects of unemployment and re-employment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Occup Environ Med. 2025;82(7):343-53.

[6] Kim TJ, von dem Knesebeck O. Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. BMC Public Health. 2015;15:985.

[7] Paul KI, Geithner E, Moser K. Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. J Psychol. 2009;143(5):477-91.

[8] Khlat M, Sermet C, Le Pape A. Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. Soc Sci Med. 2000;50(12):1807-25.

[9] Guignard R, Nguyen-Thanh V, Andler R, Richard JB, Beck F, Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. Bull Epidemiol

Hebd. 2016;(16-17):304-12. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_5.html

[10] Moore TH, Kapur N, Hawton K, Richards A, Metcalfe C, Gunnell D. Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: A systematic review. Psychol Med. 2017;47(6):1062-84.

[11] Laanani M, Ghosn W, Jougla É, Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(1-2):2-6. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/1-2/2015_1-2_1.html

[12] Artazcoz L, Borrell C, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and work related inequalities in health: A gender perspective for two complementary approaches to work and health research. J Epidemiol Community Health. 2007;61 Suppl 2(Suppl 2):ii39-45.

[13] Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004;94(1):82-8.

[14] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). Int J Methods Psychiatr Res. 1998;7(4):171-85.

[15] Sapinho D, Chan Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale : apports et limites des outils. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(35-36):314-7. https://www.santepubliquefrance.fr/sante-mentale/article/mesure-de-lepisode-depressif-majeur-en-population-generale-apports-et-limites-des-outils

[16] Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(35-36):318-21. https://www.santepubliquefrance.fr/sante-mentale/depression-et-anxiete/article/evaluation-de-la-depression-dans-une-enquete-en-population-generale

[17] Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? Eur J Public Health, 2004;14(1):43-8.

[18] Melchior M, Florence AM, Davisse-Paturet C, Falissard B, Galéra C, Hazo JB, *et al*. Labor market participation and depression during the COVID-19 pandemic among young adults (18 to 30 years): A nationally representative study in France. Front Public Health. 2022;10:904665.

[19] Lhuillier D, Gelpe D, Waser AM. Santé et travail, paroles de chômeurs. Toulouse: Éditions Eres; 2024. 320 p.

[20] Virgolino A, Costa J, Santos O, Pereira ME, Antunes R, Ambrósio S, *et al*. Lost in transition: A systematic review of the association between unemployment and mental health. J Ment Health. 2022;31(3):432-44.

[21] Milner A, Scovelle AJ, King T, Marck C, McAllister A, Kavanagh A, *et al*. Gendered working environments as a determinant of mental health inequalities: A systematic review of 27 studies. Occup Environ Med. 2020;78(3):147-52.

[22] Backhans MC, Hemmingsson T. Unemployment and mental health--who is (not) affected? Eur J Public Health. 2012;22(3):429-33.

[23] Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. Am J Epidemiol. 2003;157(2):98-112.

[24] Patel V. Building social capital and improving mental health care to prevent suicide. Int J Epidemiol. 2010;39(6):1411-2.

[25] Patel V, Prince M. Global mental health: A new global health field comes of age. JAMA. 2010;303(19):1976-7.

[26] Brydsten A, Hammarstrom A, San Sebastian M. Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: A decomposition analysis of social determinants for mental health. Int J Equity Health. 2018;17(1):59.

Citer cet article

Goulard H, Léon C, Soullier N, Mondeilh A, Boulanger G. L'épisode dépressif caractérisé des actifs sans et en emploi et facteurs associés : résultats à partir du Baromètre de Santé publique France 2021. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):507-16. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_2.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

© 

SITUATION VIS-À-VIS DE L'EMPLOI ET SANTÉ DÉCLARÉE DANS L'ENQUÊTE FAMILLES ET EMPLOYEURS 2024 : VERS UN CONTINUUM D'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE

// EMPLOYMENT SITUATION AND SELF-REPORTED HEALTH IN THE FAMILIES AND EMPLOYERS SURVEY 2024: TOWARDS A LABOUR MARKET ATTACHMENT CONTINUUM

Émilie Counil (emilie.counil@ined.fr), Hugo Frère

Institut national d'études démographiques (Ined), Aubervilliers

Soumis le 29.05.2026 // *Date of submission: 05.29.2026*

Résumé // Abstract

Contexte – L'étude des liens entre santé et situation d'activité repose souvent sur une approche segmentée du chômage et de l'emploi. Par contraste, nous postulons un continuum allant de la stabilité à l'éloignement durable de l'emploi. Notre étude a pour objectif d'opérationnaliser un tel continuum d'intégration professionnelle et d'en tester l'utilité en explorant ses liens avec la santé déclarée.

Méthode – L'enquête Familles et employeurs 2024 (FamEmp 2024) a été conduite auprès d'un échantillon représentatif de 41 233 personnes de 20 à 65 ans en France hexagonale. La situation vis-à-vis de l'emploi (continuum d'intégration) est définie selon les types d'emploi et de transitions de l'emploi vers le chômage. La probabilité de rapporter un état de santé dégradé a été modélisée selon le sexe, en fonction de la position dans ce continuum (régressions logistiques multivariées).

Résultats – En référence à l'emploi salarié « stable sécurisé », nous retrouvons une association forte entre santé dégradée et chômage de longue durée, ainsi qu'avec l'emploi salarié « stable incertain », et en cas de transition de l'emploi stable vers le chômage court. L'association avec l'emploi salarié atypique est observée uniquement chez les hommes, tandis que les femmes dirigeantes indépendantes déclarent moins de maladies chroniques.

Conclusion – Il semble primordial de prendre en compte l'insécurité subjective au sein même de l'emploi stable, dans la mesure où elle correspond à des profils de santé similaires à ceux des personnes en chômage de longue durée. Toutefois, interpréter le sens de ces relations nécessite d'étendre notre approche à l'aide de données longitudinales.

Background – *Research linking health and activity status often relies on a segmented approach of unemployment and employment. In contrast, we propose a continuum ranging from stability to long-term exclusion from the labor market. The aim of our study is to operationalise this continuum of labour market attachment and to test its utility by exploring its links with self-reported health.*

Method – *The Families and Employers Survey (FamEmp 2024) was conducted among a representative sample of 41,233 individuals aged from 20 to 65 in mainland France. The employment situation (labor market integration continuum) is based on types of employment and transitions from employment to unemployment. The probability of reporting poor health was modelled by sex according to the position on this continuum (multivariate logistic regressions).*

Results – *Compared to "stable and secure" salaried employment, we find a strong association between poor health and long-term unemployment, as well as with "stable but insecure" salaried employment, and in cases of transition from stable employment to short-term unemployment. The association with atypical salaried employment is observed only among men, whereas self-employed women in managerial roles report fewer chronic illnesses.*

Conclusion – *It seems essential to consider subjective insecurity even within stable employment, as it corresponds to health profiles similar to those in long-term unemployement. However, interpreting the meaning of these relationships requires expanding our approach using longitudinal data.*

Mots-clés : Chômage, Emploi précaire, Santé déclarée, Genre, Inégalités
// *Keywords: Unemployment, Precarious employment, Self-reported health, Gender, Inequalities*

Introduction

La littérature en santé publique porte un intérêt de longue date aux effets de l'insécurité de l'emploi et du chômage sur la santé, depuis la menace de perdre son emploi (crises économiques, restructurations), jusqu'à sa perte brutale (licenciement) et à l'installation du chômage dans la durée (exclusion de l'emploi). L'expansion et la diversification de nouvelles formes d'emploi, caractérisées par

des relations d'emploi flexibles et atypiques, c'est-à-dire éloignées de la norme du salariat (contrat à durée indéterminée – CDI – à temps plein), ont cependant progressivement brouillé les frontières entre emploi et privation d'emploi, conduisant à l'émergence de concepts en économie et sociologie du travail tels que le « halo du chômage »[1] ou encore les « zones grises des relations d'emploi »[2]. En épidémiologie sociale, le concept d'« emploi précaire » a été intégré aux modèles des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[3,4]. Il fait l'objet de conceptualisations et d'opérationnalisations statistiques diverses qui ont en commun de reposer sur trois principales dimensions : l'insécurité de l'emploi, l'insuffisance des revenus du travail, et le manque d'exercice des droits dans le travail[5].

En pratique, le chômage et l'emploi précaire demeurent toutefois le plus souvent étudiés séparément. Les mesures proposées pour cerner ces situations ne tiennent pas forcément compte du type de transition professionnelle (par exemple de l'emploi stable vers le chômage, ou de l'emploi précaire vers le chômage), ni du sens de la relation entre emploi et santé (une santé dégradée sans aménagement de poste de travail pouvant conduire à un reclassement moins favorable, voire au licenciement pour inaptitude). Ainsi, si le chômage semble globalement défavorable à la santé, il peut dans certains cas constituer une mise à l'abri temporaire face à des conditions de travail pénibles, voire dangereuses, ou encore face aux difficultés de conciliation entre exigences professionnelles et responsabilités familiales. L'inactivité (c'est-à-dire le fait de n'être ni en emploi, ni au chômage) peut également recouvrir des réalités contrastées, liées aux rôles familiaux, à la reprise d'études, à l'incapacité de travailler pour raison de santé ou encore à un découragement face à une recherche d'emploi infructueuse. Ces constats incitent, d'une part à prendre en compte autant que possible le caractère dynamique des liens entre situation vis-à-vis de l'emploi et santé par des approches diachroniques, et d'autre part, à envisager au sein des approches transversales une forme de « continuum d'intégration dans l'emploi », de l'emploi stable et serein à l'éloignement durable, en s'inspirant par exemple du « continuum d'emploi » proposé en contexte nord-américain[6].

Une autre motivation est mise en avant pour intégrer dans un même modèle d'étude les personnes en emploi et celles sans emploi : elle réside dans une certaine forme d'équivalence, du point de vue de leurs effets sur la santé, entre les situations d'insécurité perçue en emploi et la privation d'emploi[7]. Une telle convergence, issue d'enquêtes conduites dans des contextes nationaux aux systèmes de protection sociale variés, nous invite ainsi à éprouver de manière concrète l'idée selon laquelle, en particulier dans le contexte français, toute forme d'emploi ne serait pas forcément plus bénéfique pour la santé que l'absence d'emploi – autrement dit, certaines situations d'emploi pourraient nuire à la santé de manière similaire à certaines situations de chômage.

L'objectif principal de cette étude est de rassembler plusieurs aspects de l'intégration dans l'emploi – habituellement considérés de manière catégorielle et segmentée – au sein d'un continuum reflétant un éventail de situations plus ou moins favorables à la santé. Afin d'en éprouver l'utilité, nous opérationnalisons tout d'abord ce concept, puis nous testons son association avec des indicateurs de santé déclarée dans le cadre d'une grande enquête nationale sur l'articulation entre la vie familiale et la vie professionnelle, l'enquête Familles et employeurs (FamEmp) 2024 de l'Institut national d'études démographiques (Ined)[8].

Matériel et méthodes

Données

Nous utilisons le volet individus de la première vague de l'enquête FamEmp, conduite en 2024 [(1)] par téléphone et sur Internet. Le champ correspond aux personnes de 20 à 65 ans, vivant en France hexagonale, en ménage ordinaire, quelle que soit leur situation vis-à-vis de l'emploi, ce qui distingue FamEmp des enquêtes Conditions de travail (champ des personnes en emploi) et Sumer (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels – champ des personnes salariées). Ont participé 41 233 personnes (avec un taux de réponse de 45%). La présente analyse porte sur les personnes s'étant déclarées principalement en emploi ou au chômage, ainsi que celles cumulant emploi et chômage ou inactivité au moment de l'enquête.

Mesures de la santé

La santé déclarée a été mesurée à partir de la question « Comment est votre état de santé en général ? ». Afin de créer une variable binaire, les réponses « mauvais » et « très mauvais » ont été regroupées, contre « très bon », « bon » et « assez bon ». L'existence d'une maladie chronique a ensuite été abordée à partir de la question « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? » (réponse : oui ou non). La mesure du bien-être psychologique mobilise l'indice « WHO-5 » [(2)] de l'OMS. C'est une mesure subjective de la santé mentale « positive », composée de cinq items permettant d'obtenir un score sur 100. Un score ≤32 indique en particulier un risque de dépression[9]. Ces trois composantes ont été complétées par la question : « Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, réveil précoce sans réussir à se rendormir…) ? ». Les réponses « plusieurs fois par semaine » et « presque tous les jours » ont été regroupées, contre « jamais ou rarement » et « quelques fois ».

(1) https://famemp.site.ined.fr/fr
(2) https://www.who.int/fr/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01

Création du continuum d'intégration dans l'emploi

En adéquation avec les informations disponibles, la définition statistique de la notion de précarité dans l'emploi a été centrée sur l'insécurité de l'emploi. Elle combine des caractéristiques objectives telles que la relation d'emploi, le contrat de travail, la durée hebdomadaire de travail et le cumul emploi-chômage/inactivité, ainsi qu'un proxy d'insécurité subjective : le risque perçu de perdre son emploi dans les 12 prochains mois[10]. Il n'a en revanche pas été possible d'intégrer la dimension de l'inadéquation des revenus, ni celle du manque d'exercice des droits dans le travail, régulièrement retrouvées dans la littérature en santé publique[5,11]. Pour les personnes se déclarant au chômage (inscrites ou non à France Travail), la durée de l'épisode, mais aussi la situation d'activité ayant précédé cette transition ont été prises en compte. Les situations d'inactivité recouvrent des réalités très hétérogènes et ont été exclues de l'analyse, sauf lorsque la personne déclarait cumuler un emploi en parallèle et travailler au moins 24h par semaine (seuil légal du temps partiel en contrat à durée déterminée – CDD). Le tableau 1 explicite les neuf situations vis-à-vis de l'emploi définies au sein des grandes catégories d'emploi salarié, d'emploi non salarié et de non-emploi, sans ordonnancement a priori en fonction d'une échelle qualitative d'intégration professionnelle.

Modélisations statistiques

La probabilité d'avoir une santé dégradée selon la situation vis-à-vis de l'emploi a été prédite conditionnellement à l'âge (en continu), et l'association entre modalités du continuum et variables de santé a été modélisée à l'aide de logits ajustés sur des variables de contrôle supplémentaires. Dans le modèle M1 : le diplôme (5 modalités), le statut par rapport à la migration (3 modalités), la situation familiale (4 modalités) et le mode de passation du questionnaire (2 modalités) ; dans le modèle M2 sont ajoutées : la catégorie socioprofessionnelle (CSP, 7 modalités) et la situation financière perçue du foyer (6 modalités). Toutes les analyses ont été stratifiées selon le sexe administratif (binaire) et intègrent des pondérations afin d'ajuster la structure de l'échantillon à celle de la population nationale.

Résultats

Sur les 41 233 participants, 40 959 avaient renseigné leur sexe et 31 609 étaient soit au chômage, soit en emploi au moment de l'enquête. Après exclusion des actifs en emploi n'ayant pas pu être classés du fait d'informations manquantes, l'échantillon analytique était composé de 30 816 personnes. Le tableau 2 rapporte les principales caractéristiques selon le sexe, ainsi que la distribution du continuum d'intégration professionnelle. L'emploi salarié « stable sécurisé » est la situation la plus fréquente, suivie des formes atypiques d'emploi salarié, et de différentes formes de chômage. Enfin, l'emploi non salarié en solo et l'emploi salarié « stable incertain » sont plus fréquents que les situations d'emploi de type dirigeant et indépendant employeur. La distribution diffère entre les femmes (en particulier plus représentées parmi les emplois salariés atypiques) et les hommes (plus souvent en emploi non salarié), sans écart significatif concernant le chômage. La santé déclarée des femmes est par ailleurs globalement moins favorable que celle des hommes : elles rapportent plus souvent un état de santé (très) mauvais (7,2% *versus* 5,4%, p<0,001), une maladie chronique (28,6% *vs.* 23,7%, p<0,001), des troubles du sommeil (41,3% *vs.* 29,9%, p<0,001), et elles présentent un risque accru de dépression (12,8% *vs.* 9,4%, p<0,001).

Tableau 1

Les situations d'intégration dans l'emploi

Statut d'emploi	Situation vis-à-vis de l'emploi	Critères d'inclusion
Salarié	Emploi salarié « stable sécurisé »	Personnes occupant un emploi salarié en CDI ou statutaire de la fonction publique, rapportant une (très) faible probabilité de perdre leur emploi dans les 12 prochains mois
Salarié	Emploi salarié « stable incertain »	Personnes occupant un emploi salarié en CDI ou statutaire de la fonction publique, rapportant une (très) forte probabilité de perdre leur emploi dans les 12 prochains mois
Salarié	Emploi salarié atypique	Personnes occupant un emploi salarié à durée déterminée (CDD, intérim, alternance, salariés de particuliers), ou cumulant chômage ou inactivité avec une activité salariée d'au moins 24h/semaine
Non salarié	Dirigeants et indépendants employeurs	Personnes occupant un emploi non salarié, artisans, commerçants ou chefs d'entreprises, employeurs d'au moins un salarié
Non salarié	Auto-entrepreneurs et indépendants solo	Personnes occupant un emploi non salarié d'auto-entrepreneur, d'indépendant à son compte, ou cumulant chômage ou inactivité avec une activité non salariée d'au moins 24h/semaine
Sans emploi	Transition emploi stable vers chômage court	Personnes au chômage depuis moins de 12 mois et ayant occupé auparavant un emploi salarié en CDI ou statutaire de la fonction publique
Sans emploi	Transition emploi atypique vers chômage court	Personnes au chômage depuis moins de 12 mois et ayant occupé auparavant un emploi salarié atypique
Sans emploi	Chômage de longue durée	Personnes au chômage depuis un an ou plus, quel que soit le statut d'emploi précédent
Sans emploi	Chômage de durée inconnue	Personnes au chômage n'ayant pas renseigné la date d'entrée au chômage

CDI : contrat à durée indéterminée ; CDD : contrat à durée déterminée.

Tableau 2

Caractéristiques de l'échantillon d'étude – Enquête FamEmp 2024

Caractéristiques	Ensemble (n=30 816) n (%)	Femmes (n=15 989) n (%)	Hommes (n=14 827) n (%)	p-valeur*
Situation vis-à-vis de l'emploi				<0,001
Emploi salarié « stable sécurisé »	19 021 (63,41%)	10 007 (64,18%)	9 014 (62,67%)	
Emploi salarié « stable incertain »	1 680 (5,74%)	838 (5,42%)	842 (6,05%)	
Emploi salarié atypique	3 473 (11,20%)	1 979 (12,52%)	1 494 (9,93%)	
Dirigeants et indépendants employeurs	1 182 (3,58%)	436 (2,48%)	746 (4,63%)	
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	2 457 (6,67%)	1 133 (5,81%)	1 324 (7,49%)	
Transition emploi stable vers chômage court	608 (2,00%)	314 (1,98%)	294 (2,02%)	
Transition emploi atypique vers chômage court	861 (2,57%)	452 (2,53%)	409 (2,61%)	
Chômage de longue durée	925 (2,90%)	486 (2,91%)	439 (2,89%)	
Chômage de durée inconnue	609 (1,94%)	344 (2,17%)	265 (1,71%)	
Âge				0,2
20-29 ans	5 894 (19,66%)	3 068 (19,21%)	2 826 (20,10%)	
30-39 ans	7 710 (24,59%)	4 039 (24,73%)	3 671 (24,45%)	
40-49 ans	8 205 (25,35%)	4 250 (25,20%)	3 955 (25,51%)	
50-59 ans	7 376 (24,50%)	3 797 (24,68%)	3 579 (24,33%)	
60-65 ans	1 631 (5,90%)	835 (6,18%)	796 (5,62%)	
Diplôme le plus élevé				<0,001
Brevet ou moins	2 382 (11,37%)	1 113 (10,29%)	1 269 (12,42%)	
CAP/BEP	5 141 (20,66%)	2 222 (16,87%)	2 919 (24,31%)	
Baccalauréat (ou équivalent)	6 760 (21,66%)	3 414 (21,75%)	3 346 (21,59%)	
Baccalauréat +2, 3 ou 4	9 874 (28,54%)	5 741 (32,78%)	4 133 (24,45%)	
Baccalauréat +5 ou plus	6 243 (17,76%)	3 305 (18,31%)	2 938 (17,23%)	
Données manquantes	416	194	222	
Statut migratoire				0,039
Descendant d'immigré	5 042 (16,55%)	2 705 (16,98%)	2 337 (16,14%)	
Immigré	3 682 (12,97%)	1 765 (12,49%)	1 917 (13,43%)	
Population majoritaire	21 970 (70,48%)	11 453 (70,53%)	10 517 (70,44%)	
Données manquantes	122	66	56	
Situation familiale				<0,001
En couple sans enfants ou beaux-enfants	6 494 (21,51%)	3 406 (22,22%)	3 088 (20,83%)	
En couple avec enfants ou beaux-enfants	12 949 (43,85%)	6 517 (42,59%)	6 432 (45,06%)	
Pas en couple avec enfants ou beaux-enfants	2 702 (7,67%)	2 067 (11,54%)	635 (3,96%)	
Pas en couple et sans enfants ou beaux-enfants	7 838 (26,97%)	3 550 (23,65%)	4 288 (30,15%)	
Données manquantes	833	449	384	
Catégorie socioprofessionnelle				<0,001
Agriculteur, artisan, commerçant et chef d'entreprise	2 065 (7,41%)	722 (4,62%)	1 343 (10,13%)	
Cadre, profession intellectuelle	6 690 (23,42%)	2 964 (20,92%)	3 726 (25,86%)	
Profession intermédiaire	7 863 (25,95%)	4 522 (28,15%)	3 341 (23,80%)	
Employé qualifié	4 162 (14,03%)	3 262 (21,26%)	900 (6,98%)	
Employé peu qualifié	2 943 (10,85%)	2 319 (16,66%)	624 (5,18%)	
Ouvrier qualifié	3 259 (12,45%)	548 (4,06%)	2 711 (20,65%)	
Ouvrier peu qualifié	1 456 (5,89%)	527 (4,34%)	929 (7,40%)	
Données manquantes	2 378	1 125	1 253	
Situation financière perçue du foyer				<0,001
Ne peut pas y arriver sans faire de dettes	1 291 (4,41%)	685 (4,52%)	606 (4,29%)	
Y arrive difficilement	4 020 (13,74%)	2 218 (14,65%)	1 802 (12,76%)	

☞

Tableau 2 (Suite)

Caractéristiques	Ensemble (n=30 816) n (%)	Femmes (n=15 989) n (%)	Hommes (n=14 827) n (%)	p-valeur*
C'est juste, il faut faire attention	9 644 (32,95%)	5 091 (33,62%)	4 553 (32,24%)	
Ça va	8 702 (29,73%)	4 436 (29,29%)	4 266 (30,21%)	
Plutôt à l'aise	4 730 (16,16%)	2 345 (15,48%)	2 385 (16,89%)	
Vraiment à l'aise	880 (3,01%)	369 (2,44%)	511 (3,62%)	
Données manquantes	1 549	845	704	
État de santé perçu				<0,001
Très bon à assez bon	27 962 (93,70%)	14 369 (92,82%)	13 593 (94,55%)	
Mauvais à très mauvais	1 912 (6,30%)	1 134 (7,18%)	778 (5,45%)	
Données manquantes	942	486	456	
Risque de dépression (WHO-5 ≤32)				<0,001
Pas de risque	25 697 (88,91%)	13 127 (87,19%)	12 570 (90,58%)	
Risque de dépression	3 319 (11,09%)	1 993 (12,81%)	1 326 (9,42%)	
Données manquantes	1 800	869	931	
Troubles du sommeil				<0,001
Pas ou occasionnel	18 997 (64,51%)	9 010 (58,70%)	9 987 (70,14%)	
Régulier à quotidien	10 792 (35,49%)	6 504 (41,30%)	4 288 (29,86%)	
Données manquantes	1 027	475	552	
Maladie chronique				<0,001
Non	21 668 (73,89%)	10 867 (71,40%)	10 801 (76,29%)	
Oui	7 801 (26,11%)	4 443 (28,60%)	3 358 (23,71%)	
Données manquantes	1 347	679	668	

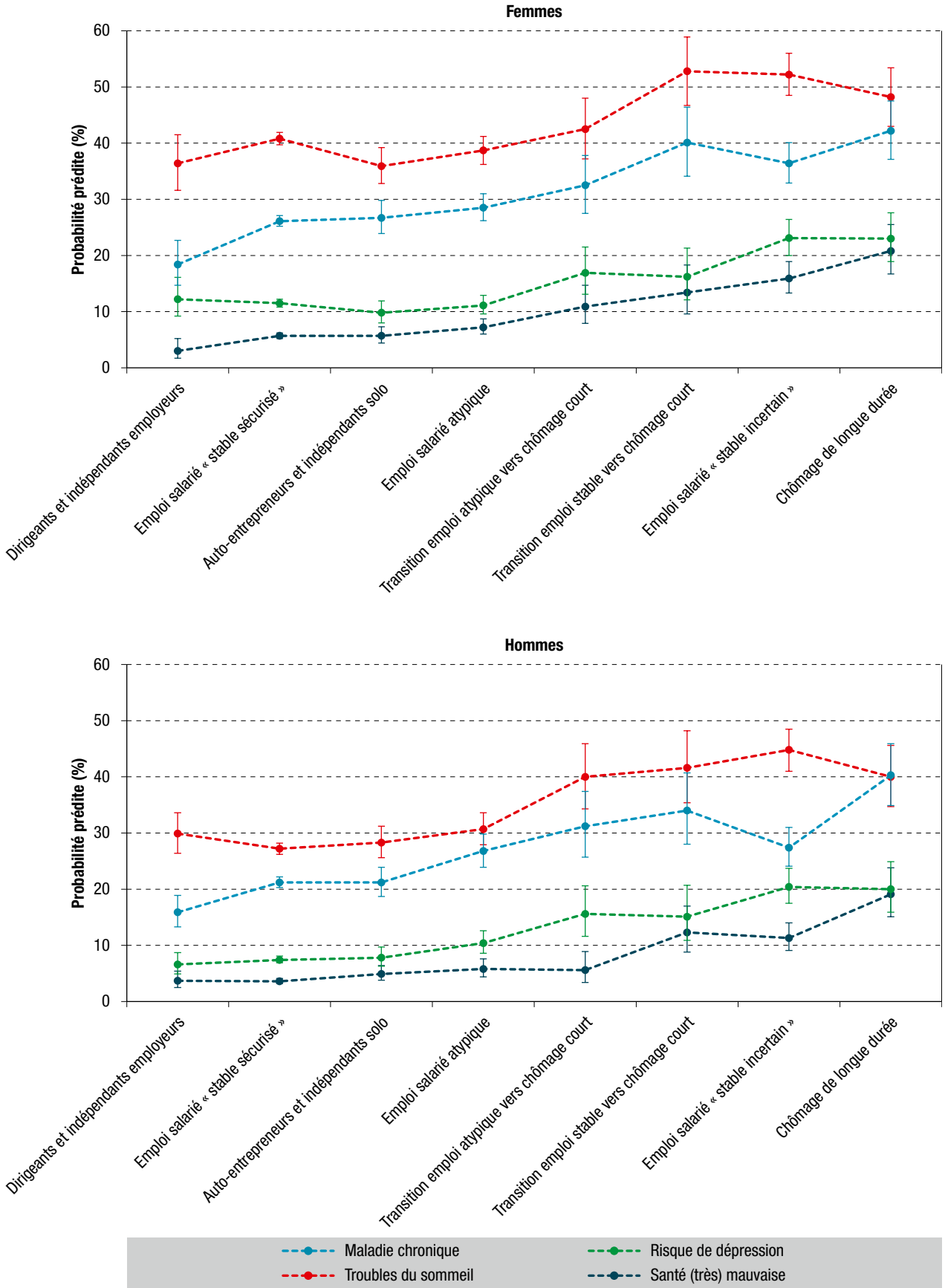
n : effectifs bruts (non pondérés) ; % : pourcentages pondérés selon le plan de sondage.
Enquête FamEmp : enquête Familles et employeurs ; CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; BEP : brevet d'études professionnelles.
* Test du Chi2 (testant l'hypothèse nulle d'une absence de différence entre femmes et hommes) avec correction de Rao et Scott.

La figure présente les probabilités prédites de déclarer un état de santé défavorable « à âge égal » selon le sexe et la situation vis-à-vis de l'emploi, ordonnées suivant le niveau de (très) mauvaise santé déclaré par les femmes. Les personnes en emploi non salarié se déclarent globalement en meilleure santé, suivies de celles en emploi salarié « stable sécurisé ». Les profils de santé plus dégradés concernent les personnes au chômage, avec des écarts plus marqués en cas de chômage de longue durée, et des écarts variables entre les sexes selon le type de transition entre emploi et chômage court. Deux situations présentent des contrastes particulièrement notables. Les femmes en emploi « stable incertain » rapportent des niveaux de santé souvent comparables à ceux des chômeuses de longue durée et à d'autres types de chômage. C'est également le cas chez les hommes. En revanche, les femmes en emploi salarié atypique ont globalement un état de santé déclaré plutôt comparable à celles en emploi salarié « stable sécurisé », tandis que les hommes dans la même situation présentent tantôt un niveau comparable (risque de dépression, troubles du sommeil), tantôt se rapprochent de ceux en emploi salarié « stable incertain » (maladie chronique).

Les tableaux 3a (femmes) et 3b (hommes) complètent ces analyses en procédant à des ajustements supplémentaires afin de contrôler l'effet de potentiels facteurs de confusion. Chez les femmes, les associations positives sont atténuées, mais se maintiennent pour le chômage de longue durée, l'emploi salarié « stable incertain », et la transition de l'emploi stable vers le chômage court, sauf pour le risque de dépression. L'association avec la transition de l'emploi atypique vers le chômage court, en revanche, disparaît. À l'inverse, les femmes dirigeantes et indépendantes employeuses rapportent moins souvent une maladie chronique que celles en emploi salarié « stable sécurisé », et les auto-entrepreneuses et indépendantes solo déclarent moins souvent des problèmes de sommeil et de risque de dépression, tout comme les femmes en emploi salarié atypique. Outre des tendances assez similaires, les hommes se distinguent par des associations positives significatives avec l'emploi salarié atypique pour les quatre issues de santé, que l'ajustement complet fait toutefois tomber pour la mauvaise santé perçue et le risque de dépression. Les hommes en emploi non salarié ne diffèrent pas de ceux occupant un emploi salarié « stable sécurisé ». Enfin, contrairement aux femmes, les associations positives avec la transition de l'emploi atypique vers le chômage court se maintiennent pour les maladies chroniques et les troubles du sommeil.

Figure

État de santé déclaré selon la situation vis-à-vis de l'emploi (continuum d'intégration professionnelle) ajusté sur l'âge selon le sexe – Enquête FamEmp 2024



Enquête FamEmp : enquête Familles employeurs.
Probabilités prédites (%) à âge comparable à partir d'un modèle logit ; intervalle de confiance à 95%.

Tableau 3

Association entre situation vis-à-vis de l'emploi (continuum d'intégration professionnelle) et santé déclarée (régressions logistiques) – Enquête FamEmp 2024

a) Chez les femmes

Situation vis-à-vis de l'emploi	M1*			M2*		
	OR	[IC95%]	p-valeur	OR	[IC95%]	p-valeur
(Très) mauvaise santé perçue						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	0,62	[0,34-1,10]	0,1	0,84	[0,42-1,67]	0,6
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	1,08	[0,80-1,45]	0,6	1,16	[0,81-1,65]	0,4
Emploi salarié atypique	1,16	[0,92-1,47]	0,2	1,04	[0,81-1,34]	0,8
Transition emploi atypique vers chômage court	1,69	[1,16-2,46]	0,006	1,39	[0,89-2,15]	0,15
Transition emploi stable vers chômage court	2,34	[1,59-3,44]	<0,001	1,78	[1,18-2,70]	0,006
Emploi salarié « stable incertain »	3,07	[2,42-3,88]	<0,001	2,71	[2,12-3,47]	<0,001
Chômage de longue durée	3,80	[2,85-5,06]	<0,001	2,95	[2,17-4,02]	<0,001
Maladie chronique						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	0,67	[0,51-0,89]	0,005	0,69	[0,50-0,95]	0,021
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	1,04	[0,88-1,22]	0,7	0,93	[0,76-1,14]	0,5
Emploi salarié atypique	1,09	[0,95-1,24]	0,2	1,05	[0,91-1,21]	0,5
Transition emploi atypique vers chômage court	1,28	[1,00-1,64]	0,05	1,16	[0,87-1,55]	0,3
Transition emploi stable vers chômage court	1,73	[1,33-2,26]	<0,001	1,58	[1,20-2,08]	0,001
Emploi salarié « stable incertain »	1,60	[1,35-1,89]	<0,001	1,47	[1,24-1,75]	<0,001
Chômage de longue durée	1,98	[1,58-2,48]	<0,001	1,69	[1,32-2,16]	<0,001
Troubles du sommeil						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	0,86	[0,69-1,08]	0,2	0,88	[0,68-1,14]	0,3
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	0,82	[0,70-0,95]	0,007	0,79	[0,66-0,94]	0,009
Emploi salarié atypique	0,90	[0,80-1,02]	0,1	0,89	[0,79-1,01]	0,082
Transition emploi atypique vers chômage court	1,04	[0,82-1,32]	0,7	0,86	[0,65-1,14]	0,3
Transition emploi stable vers chômage court	1,57	[1,21-2,02]	<0,001	1,43	[1,09-1,87]	0,009
Emploi salarié « stable incertain »	1,60	[1,36-1,88]	<0,001	1,53	[1,30-1,81]	<0,001
Chômage de longue durée	1,38	[1,11-1,71]	0,004	1,11	[0,87-1,41]	0,4
Risque de dépression						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	1,21	[0,87-1,68]	0,2	1,21	[0,82-1,79]	0,3
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	0,86	[0,68-1,09]	0,2	0,67	[0,50-0,89]	0,006
Emploi salarié atypique	0,90	[0,75-1,09]	0,3	0,83	[0,67-1,02]	0,07
Transition emploi atypique vers chômage court	1,47	[1,08-1,99]	0,015	1,04	[0,71-1,53]	0,8
Transition emploi stable vers chômage court	1,43	[1,01-2,03]	0,047	1,22	[0,85-1,75]	0,3
Emploi salarié « stable incertain »	2,29	[1,88-2,80]	<0,001	2,07	[1,69-2,55]	<0,001
Chômage de longue durée	2,14	[1,65-2,78]	<0,001	1,59	[1,18-2,13]	0,002

☞

Tableau 3 (Suite)

b) Chez les hommes

Situation vis-à-vis de l'emploi	M1*			M2*		
	OR	[IC95%]	p-valeur	OR	[IC95%]	p-valeur
(Très) mauvaise santé perçue						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	1,07	[0,70-1,64]	0,8	0,69	[0,38-1,26]	0,2
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	1,35	[0,99-1,84]	0,056	0,86	[0,53-1,39]	0,5
Emploi salarié atypique	1,47	[1,07-2,04]	0,019	1,33	[0,95-1,87]	0,1
Transition emploi atypique vers chômage court	1,28	[0,75-2,19]	0,4	0,94	[0,49-1,81]	0,9
Transition emploi stable vers chômage court	3,57	[2,39-5,32]	<0,001	3,10	[2,09-4,60]	<0,001
Emploi salarié « stable incertain »	3,31	[2,51-4,36]	<0,001	2,74	[2,05-3,68]	<0,001
Chômage de longue durée	4,84	[3,51-6,67]	<0,001	3,50	[2,44-5,04]	<0,001
Maladie chronique						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	0,68	[0,55-0,85]	<0,001	0,79	[0,60-1,04]	0,092
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	0,98	[0,83-1,16]	0,8	1,06	[0,86-1,32]	0,6
Emploi salarié atypique	1,32	[1,12-1,56]	0,001	1,22	[1,02-1,46]	0,026
Transition emploi atypique vers chômage court	1,62	[1,22-2,16]	0,001	1,40	[0,99-1,98]	0,056
Transition emploi stable vers chômage court	1,79	[1,33-2,41]	<0,001	1,62	[1,20-2,20]	0,002
Emploi salarié « stable incertain »	1,34	[1,11-1,62]	0,002	1,23	[1,01-1,49]	0,036
Chômage de longue durée	2,24	[1,75-2,86]	<0,001	1,94	[1,47-2,57]	<0,001
Troubles du sommeil						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	1,14	[0,95-1,37]	0,2	1,06	[0,82-1,36]	0,7
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	1,08	[0,93-1,25]	0,3	0,94	[0,76-1,16]	0,6
Emploi salarié atypique	1,21	[1,04-1,40]	0,013	1,19	[1,01-1,39]	0,039
Transition emploi atypique vers chômage court	1,73	[1,34-2,25]	<0,001	1,63	[1,18-2,24]	0,003
Transition emploi stable vers chômage court	1,87	[1,42-2,46]	<0,001	1,69	[1,27-2,24]	<0,001
Emploi salarié « stable incertain »	2,22	[1,89-2,62]	<0,001	2,00	[1,68-2,36]	<0,001
Chômage de longue durée	1,77	[1,39-2,25]	<0,001	1,55	[1,17-2,04]	0,002
Risque de dépression						
Emploi salarié « stable sécurisé »	1 (réf.)			1 (réf.)		
Dirigeants et indépendants employeurs	0,95	[0,68-1,31]	0,7	0,96	[0,62-1,48]	0,9
Auto-entrepreneurs et indépendants solo	1,00	[0,77-1,30]	>0,9	0,89	[0,62-1,26]	0,5
Emploi salarié atypique	1,31	[1,03-1,68]	0,028	1,15	[0,89-1,49]	0,3
Transition emploi atypique vers chômage court	1,96	[1,34-2,86]	<0,001	1,39	[0,87-2,23]	0,2
Transition emploi stable vers chômage court	2,20	[1,48-3,26]	<0,001	1,83	[1,23-2,71]	0,003
Emploi salarié « stable incertain »	3,32	[2,66-4,14]	<0,001	2,90	[2,29-3,67]	<0,001
Chômage de longue durée	2,53	[1,85-3,47]	<0,001	1,47	[1,01-2,15]	0,047

Enquête FamEmp : enquête Familles et employeurs ; OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.
* M1: modèle ajusté sur l'âge, le diplôme, le statut migratoire, la situation familiale et le mode de passation ; M2 : modèle ajusté en plus sur la CSP et la situation financière perçue du foyer.

Discussion

Ainsi, en référence à l'emploi salarié « stable sécurisé », ces premières comparaisons suggèrent plusieurs pistes d'approfondissement. D'abord, à travers différents indicateurs de santé déclarée, nos résultats confirment une forte association entre chômage, en particulier de longue durée, et santé dégradée ; de manière plus originale, ils suggèrent en outre de prendre en considération le type de transition professionnelle vers le chômage. Un autre résultat marquant concerne l'association également forte avec l'emploi salarié « stable incertain », ce qui inciterait à prendre en compte la précarité subjective

de l'emploi, afin de discerner les situations d'emploi vécues comme sécurisées de celles pouvant être assimilées à une « déstabilisation des stables » [12]. Ce résultat semble corroboré par les niveaux de santé dégradée rapportés par les personnes vivant une transition de l'emploi stable vers le chômage court. Toutefois, une autre lecture pourrait aller dans le sens de la causalité inverse : c'est parce que l'on saurait sa santé fragilisée que, malgré un contrat stable, on percevrait un risque de perdre son emploi. Si les observations et pistes d'interprétation précédentes concernent aussi bien les femmes que les hommes, ces derniers se distinguent par une association entre emploi salarié atypique et santé dégradée, absente chez les femmes, qui pourraient plus souvent trouver dans les formes d'emploi flexibles un moyen de composer avec leurs responsabilités familiales. Enfin, les profils de santé des dirigeants et indépendants employeurs reflètent possiblement d'autres effets de sélection dans les situations de travail non salarié souvent prenantes, ainsi que de forts niveaux d'autonomie qui peuvent venir compenser les contraintes associées à ces statuts, favorisant en particulier chez les femmes l'articulation des vies professionnelle et personnelle, au moins pendant un temps [13].

Ces différents points appellent à une certaine prudence dans l'interprétation de l'ensemble de nos résultats, le sens de la relation (de l'emploi vers la santé ou inversement) ne pouvant être établi dans le cadre d'une étude transversale. Les situations étudiées ici s'articulent en effet au cours de la vie, avec des influences réciproques entre événements professionnels, familiaux et de santé [14]. Une prochaine étape concerne ainsi l'exploitation des calendriers professionnels rétrospectifs et l'analyse prospective des liens entre parcours d'emploi, situation actuelle, et évolution de l'état de santé déclarée, l'enquête FamEmp prévoyant deux points de suivi longitudinal. Par ailleurs, si nous pensons avoir montré l'utilité de raisonner en termes de continuum d'intégration dans l'emploi pour l'étude des liens entre (non-)emploi et santé, l'opérationnalisation de ce continuum reste perfectible. Pour exemple, l'insuffisance des revenus du travail n'a pour le moment pas été intégrée, bien que nous ayons observé un gradient très marqué entre les formes d'emploi précarisées et la prévalence de revenus situés sous le seuil de pauvreté. Enfin, concernant la partie du continuum traitant des situations en emploi, nous avons considéré qu'un travail ennuyeux et peu gratifiant, peu valorisé ou dangereux constituait une conséquence possible de la précarité d'emploi (donc un possible médiateur de ses effets sur la santé), plutôt qu'une caractéristique de l'emploi précaire lui-même. D'autres travaux insistent au contraire sur les liens étroits entre conditions d'emploi et conditions de travail, reliant directement précarité de l'emploi et précarité du travail [15-17].

Conclusion

Notre approche ne vise pas à remplacer les analyses plus fines de sous-catégories méritant des traitements spécifiques – bénéficiaires des minima sociaux, travail indépendant économiquement dépendant, formes contractuelles atypiques… –, mais plutôt à contribuer à décloisonner les connaissances en rapprochant, à l'échelle de la population, différentes expériences vécues en rapport à l'emploi du point de vue de leurs liens avec la santé. Les écarts à la norme d'emploi étant distribués de manière très inégale entre classes sociales, mais aussi entre femmes et hommes [18], entre générations [19], et selon l'origine migratoire [20], il semble essentiel de poursuivre les efforts d'intégration des connaissances afin de mieux lutter contre les inégalités de santé en lien avec le travail, et inversement. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe responsable de l'enquête FamEmp 2024 pour la mise à disposition des données, en particulier les chercheurs de l'Ined qui l'ont conçue et qui la coordonnent – Roméo Fontaine, Ariane Pailhé et Delphine Remillon –, ainsi que le groupe d'exploitation FamEmp pour la mise en commun de variables construites. Le contenu de cet article n'engage que ses auteurs.

Références

[1] Cézard M. Le chômage et son halo. Économie et statistique. 1986;193-194(1):77-82.

[2] Bureau MC, Corsani A, Giraud O, Rey F (dir.). Les zones grises des relations de travail et d'emploi. Un dictionnaire sociologique. Buenos Aires: Editorial Teseo; 2019. 678 p.

[3] Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) study, with a glossary on employment relations. Int J Health Serv. 2010;40(2):195-207.

[4] Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: Understanding an emerging social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2014;35:229-53.

[5] Kreshpaj B, Orellana C, Burström B, Davis L, Hemmingsson T, Johansson G, *et al*. What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. Scand J Work Environ Health. 2020;46(3):235-47.

[6] Grzywacz JG, Dooley D. "Good jobs" to "bad jobs": Replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. Soc Sci Med. 2003;56(8):1749-60.

[7] Kim TJ, von dem Knesebeck O. Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. BMC Public Health. 2015;15:985.

[8] Fontaine R, Pailhé A, Remillon D. L'enquête longitudinale Familles et employeurs (FamEmp) : Mesurer les nouveaux enjeux relatifs à l'articulation vie familiale-vie professionnelle et au rôle des entreprises. Revue des politiques sociales et familiales. 2023;149(4):139-47.

[9] Krieger T, Zimmermann J, Huffziger S, Ubl B, Diener C, Kuehner C, *et al*. Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. J Affect Disord. 2014;156:240-4.

[10] Helbling L, Kanji S. Job insecurity: Differential effects of subjective and objective measures on life satisfaction trajectories of workers aged 27-30 in Germany. Soc Indic Res. 2018;137(3):1145-62.

[11] Padrosa E, Bolíbar M, Julià M, Benach J. Comparing precarious employment across countries: Measurement invariance of the Employment Precariousness Scale for Europe (EPRES-E). Soc Indic Res. 2021;154(3):893-915.

[12] Paugam S. Le salarié de la précarité. Paris: Presses universitaires de France; 2007. 464 p.

[13] Landour J. Les Mompreneurs. Travail et Emploi. 2017;(150):79-100.

[14] Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann R. What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. Eur J Public Health. 2015;25(6):951-60.

[15] Appay B (dir.), Thébaud-Mony A (dir.). Précarisation sociale, travail et santé. Paris: IRESCO; 1997.

[16] Hélardot V. Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? Empan. 2005;60(4):30-7.

[17] Hélardot V, Drulhe M. Précarisation du travail et de l'emploi : vers de nouvelles dynamiques d'inégalités sociales de santé ? Revue Sociologie Santé. 2007;(25):1-17.

[18] Institut national de la statistique et des études économiques. Marché du travail. In: Femmes et hommes, l'égalité en question. Paris: Insee; 2022. p. 113-23. https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047805

[19] Vivés C, Remillon D. Précarité, sur-emploi ou discontinuité ? Trajectoires et vécus des contrats courts pour les salarié·es de 50 ans et plus. Travail et Emploi. 2024;(173-174-175):77-105.

[20] Brinbaum Y, Meurs D, Primon JL. Situation sur le marché du travail : statuts d'activité, accès à l'emploi et discrimination. In: Beauchemin C, Hamel C, Simon P (éd.). Trajectoires et origines. Paris: Ined Éditions; 2016. p. 203-32.

Citer cet article

Counil É, Frère H. Situation vis-à-vis de l'emploi et santé déclarée dans l'enquête Familles et employeurs 2024 : vers un continuum d'intégration professionnelle. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):517-26. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_3.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

© CC BY

ARTICLE // Article

LA COHORTE CONSTANCES COMME SOURCE DE DONNÉES SUR LES RELATIONS ENTRE CHÔMAGE ET SANTÉ EN FRANCE

// THE CONSTANCES COHORT AS A SOURCE OF DATA ON THE RELATIONSHIPS BETWEEN UNEMPLOYMENT AND HEALTH IN FRANCE

Pierre Meneton[1] (pierre.meneton@inserm.fr), Marcel Goldberg[2], Marie Zins[2]

[1] Inserm UMRS 1142, Limics, Campus des Cordeliers, Paris
[2] Inserm UMS 011, Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Soumis le 05.05.2026 // *Date of submission: 05.05.2026*

Résumé // Abstract

À l'instar de ce qui a été décrit dans d'autres pays, la présente synthèse des études réalisées dans la cohorte Constances montre que les chômeurs français ont en moyenne plus de comportements à risque, une moins bonne santé physique et mentale, plus de maladies chroniques et meurent plus tôt que les personnes ayant un emploi. Il s'agit d'effets au long terme dépendant du degré d'exposition au chômage au cours de la vie et qui se combinent avec ceux liés aux conditions de travail durant la carrière et à la position sociale en général.

As observed in other countries, this overview of the studies conducted in the CONSTANCES cohort shows that unemployed French individuals, on average, engage in more risky behaviors, have poorer physical and mental health, suffer from more chronic illnesses, and die earlier than employed individuals. These long-term effects depend on the degree of exposure to unemployment over the course of a lifetime and are compounded by factors related to working conditions during the career and overall social status.

Mots-clés : Cohorte, Chômage, Conditions de travail, Parcours de vie, État de santé
// *Keywords: Cohort, Unemployment, Working conditions, Life course, Health status*

Introduction

La cohorte Constances est un outil de premier ordre pour étudier la relation entre chômage et santé dans la population française[1]. Elle présente de nombreux atouts : la sélection initiale des participants affiliés au régime général d'assurance maladie (qui couvre 85% de la population française) selon un plan d'échantillonnage aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge, le statut socio-économique et la région, la taille (plus de 200 000 personnes âgées de 18 à 69 ans à l'inclusion entre 2012 et 2021), le suivi régulier des participants dans les centres d'examens de santé de la sécurité sociale et par des questionnaires annuels, les liens avec les bases de données institutionnelles telles que la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) qui donne accès à l'historique des épisodes de chômage au cours de la vie ou le Système national des données de santé (SNDS) qui contient des données médicales exhaustives sur le remboursement des consultations de professionnels de santé et des médicaments prescrits, les maladies chroniques exonérées du ticket modérateur et les hospitalisations avec les diagnostics associés.

L'exposition au chômage est reconstituée à partir des relevés de carrière de l'assurance vieillesse (nombre de trimestres validés au titre du chômage au cours de la vie). Il s'agit donc d'une mesure fondée sur les périodes indemnisées, distincte de la définition du chômage au sens du Bureau international du travail utilisée par la statistique publique.

Les principaux résultats des études sur la cohorte Constances concernent les comportements à risque, la santé mentale, le stress biologique, les maladies cardiovasculaires et la mortalité qui ont tous été associés au chômage. Ces études apportent également des éclairages sur les voies de médiation entre chômage et santé, ainsi que sur la persistance à long terme de cette relation au cours de la vie.

Cet article a pour objectif de synthétiser exclusivement les données issues de la cohorte Constances, et s'inscrit dans ce numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* dont les autres contributions éclairent des aspects de la santé des chômeurs qui n'ont pas été abordés dans la cohorte. Une expertise collective de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), à paraître au printemps 2027, fournira par ailleurs une revue systématique complète de la littérature sur les relations entre chômage et santé, à laquelle le lecteur est renvoyé pour une discussion approfondie de l'inférence causale, de la causalité inverse et des effets de la protection sociale, qui dépassent le périmètre de cet article.

Les comportements à risque

Consommation d'alcool et durée du chômage

El Haddad et coll.[2] ont étudié 84 943 participants, évalués deux fois à un an d'intervalle, pour produire une analyse dose-réponse entre la durée du chômage et la consommation d'alcool. L'étude documente un gradient clair de consommation risquée d'alcool (plus de dix verres par semaine maintenu lors des deux évaluations) : rapport de cotes (RC): 1,21 (intervalle de confiance à 95% (IC95%): [1,02-1,42]) pour les individus récemment réemployés, progressant à 1,34 [1,15-1,55] pour un chômage de moins d'un an, 1,63 [1,34-1,99] pour un à trois ans et 1,83 [1,33-2,53] pour trois ans ou plus, tous par rapport aux participants continuellement en emploi et tous statistiquement significatifs après ajustement sur le revenu, le niveau d'études, la dépression, la santé perçue, le tabagisme et le statut marital.

Deux résultats auxiliaires méritent une attention particulière. Premièrement, le groupe des réemployés présente des cotes élevées de consommation à risque statistiquement indiscernables de celles des chômeurs de courte durée – un effet persistant au cours de la vie démontrant que les schémas de consommation nocive établis pendant le chômage ne disparaissent pas après la réintégration du marché du travail, ce qui remet directement en question l'hypothèse selon laquelle la reprise d'emploi inverse entièrement les effets comportementaux sur la santé. Deuxièmement, la consommation à risque des hommes au chômage augmente plus précocement que celle des femmes (interaction sexe – durée du chômage, p=0,037), une différence qui a des implications directes pour un éventuel calendrier de dépistage ou d'interventions.

Co-trajectoires de consommation de substances et de statut professionnel

Dans une autre étude, El Haddad et coll.[3] ont prolongé cette analyse en utilisant la modélisation des trajectoires de 19 285 participants suivis pendant 5 ans pour caractériser la co-évolution dans le temps de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en parallèle du statut professionnel. Le résultat principal est que les groupes présentant les taux les plus élevés de non-emploi chronique combinent consommation de tabac et de cannabis selon un pattern stratifié par niveau d'études : la co-trajectoire de non-emploi chronique et de poly-usage de substances est concentrée parmi les participants de faible niveau d'études. Cette approche par trajectoires permet de caractériser la dynamique de l'accumulation des risques comportementaux lors de l'exclusion du marché du travail, fournissant des données détaillées sur la façon dont la consommation de substances et le statut professionnel co-évoluent au cours de la vie active.

Cumul des comportements à risque

Plessz et coll.[4] ont posé la question suivante en analysant 65 630 participants à l'inclusion dans la cohorte : le chômage élève-t-il simultanément plusieurs comportements à risque ou élève-t-il chacun indépendamment par des mécanismes distincts ? L'étude documente des associations substantielles entre le chômage et trois comportements à risque : la faible consommation de fruits

et légumes (RC: 1,38 [1,25-1,53]), le tabagisme (2,06 [1,91-2,23]) et le mésusage d'alcool (1,78 [1,60-1,96]). De façon cruciale, le cumul des comportements – la co-occurrence excédentaire de plusieurs facteurs de risque au-delà de ce que leurs prévalences individuelles prédiraient – ne diffère pas selon l'exposition au chômage. Ce résultat nul sur le cumul plaide contre un mécanisme unique de réponse au stress entraînant tous les comportements simultanément et soutient l'interprétation selon laquelle le chômage élève chaque comportement par des mécanismes sociaux distincts opérant en parallèle : la perte de la structure temporelle professionnelle contraignant la consommation d'alcool, la privation financière dégradant l'alimentation, la perturbation des normes sociales affectant le tabagisme.

Santé mentale : histoires d'emploi et limites des mécanismes conventionnels

Histoires d'emploi défavorables et santé

Wahrendorf et coll.[5] ont utilisé les données portant sur 31 718 participants pour examiner les conséquences cumulatives des trajectoires de vie professionnelle défavorables sur six paramètres fonctionnels de santé évalués à l'âge mûr : symptômes dépressifs, anxiété, fonction physique, fonction respiratoire, performance cognitive et douleur. L'analyse rétrospective de l'histoire professionnelle a permis la reconstruction du statut d'emploi entre 25 et 45 ans, à partir duquel des indicateurs du désavantage cumulatif ont été dérivés : le nombre de périodes de chômage, les années hors emploi, celles dans des emplois peu valorisants et celles avec arrêts maladie. Le chômage répété (deux épisodes ou plus) est associé à des symptômes dépressifs substantiellement élevés, tant chez les hommes (risque relatif (RR): 1,68 [1,47-1,93]) que chez les femmes (1,37 [1,17-1,61]), avec des patterns dose-réponse cohérents. Chez les hommes, les années prolongées hors emploi sont en outre associées à une moins bonne performance cognitive, un résultat reliant le chômage cumulatif à la fonction neuropsychologique. L'étendue de l'impact fonctionnel à travers les domaines affectif, respiratoire, moteur et cognitif est cohérente avec un fardeau physiologique systémique lié au désavantage professionnel cumulatif, plutôt qu'à une voie spécifique à un domaine, et motive l'analyse de la charge allostatique conduite ultérieurement dans la même cohorte.

Le déséquilibre effort-récompense comme médiateur

Hoven et coll.[6] apportent une contribution centrée sur les mécanismes en estimant la proportion de l'association entre les histoires d'emploi défavorables et la dépression incidente médiée par le stress psychosocial au travail actuel – plus spécifiquement le déséquilibre entre effort et récompense – chez 13 716 hommes et 12 767 femmes. En utilisant une évaluation prospective de la dépression, l'étude montre que le déséquilibre entre effort et récompense explique environ 20% de l'association entre histoire d'emploi défavorable et dépression, les 80% restants correspondant à un effet direct, non expliqué par le stress professionnel actuel. Ce résultat de médiation partielle a une interprétation théorique précise : les trajectoires professionnelles défavorables nuisent à la santé mentale par des mécanismes qui s'étendent substantiellement au-delà de la qualité de l'emploi ultérieur. Ces résultats sont cohérents avec l'hypothèse selon laquelle la majorité de l'impact du chômage sur la santé opère par des mécanismes qui ne sont ni financiers ni médiés par le stress professionnel.

Stress biologique : charge allostatique au cours de la vie professionnelle

Wahrendorf et coll.[7] fournissent des données biologiques plus directes en examinant la charge allostatique – le coût physiologique composite de l'exposition au stress chronique – en fonction de l'adversité professionnelle cumulative chez 92 715 participants. L'indice de charge allostatique intègre dix biomarqueurs couvrant les systèmes cardiovasculaire (fréquence cardiaque, pressions artérielles systolique et diastolique, pression pulsée), anthropométrique (tour de taille, indice de masse corporelle), métabolique (cholestérol total, glycémie, triglycérides) et immunitaire/inflammatoire (numération leucocytaire), scorés à l'aide de seuils de quartile à risque élevé (β) spécifiques au sexe de l'individu.

Le chômage répété est significativement associé à une charge allostatique élevée tant chez les hommes (β=0,069 [0,021-0,117]) que chez les femmes (0,063 [0,024-0,103]). Les années prolongées hors emploi (six ans ou plus) présentent des associations indépendantes robustes dans les deux sexes après ajustement simultané pour toutes les autres caractéristiques de carrière défavorables – hommes (0,071 [0,043-0,098]), femmes (0,032 [0,014-0,051]) – confirmant que c'est la durée de l'exclusion du marché du travail, et non sa seule survenue, qui détermine le stress biologique. Le pattern dose-réponse, à travers la fréquence des épisodes de chômage et le total des années hors emploi, est cohérent avec un modèle de charge allostatique dans lequel chaque activation de la réponse au stress contribue un incrément cumulatif à l'usure physiologique. Le désavantage de classe professionnelle génère les associations de charge allostatique globalement les plus importantes (effets marginaux moyens entre 0,38-0,43 pour le grade professionnel le plus bas), soulignant que le pattern complet d'exposition socio-économique sur l'ensemble de la carrière caractérise le fardeau biologique de façon plus complète que les seuls épisodes de chômage pris isolément.

Maladies cardiovasculaires et mortalité : spécificité des maladies concernées et forme de la relation dose-réponse

Maladies cardiovasculaires associées au chômage

Sanchez Rico et coll.[8] ont utilisé un échantillon des participants (n=130 197 ; données collectées entre 2012 et 2021) pour examiner les événements cardiovasculaires non létaux survenus au cours de la vie

en fonction de trois expositions socio-économiques simultanément ajustées : la position sociale, l'environnement de travail défavorable et l'exposition cumulée au chômage. L'ajustement simultané est l'innovation méthodologique centrale : dans les études antérieures, seules une ou deux de ces expositions corrélées étaient ajustées, laissant non traitée une confusion résiduelle entre elles. Le chômage de longue durée (entre 20 et 148 trimestres de vie) est indépendamment associé à l'angine de poitrine (RC: 1,46 [1,11-1,92]), à l'infarctus du myocarde (1,64 [1,28-2,11]) et à l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (1,70 [1,14-2,53]), mais ne présente aucune association significative avec l'accident vasculaire cérébral (AVC). En revanche, un environnement de travail défavorable est sélectivement associé à ce dernier (1,29 [1,06-1,56]), mais ne l'est pas aux événements coronariens ou vasculaires périphériques, après ajustement simultané.

La spécificité des associations – maladies coronariennes et vasculaires périphériques à l'exposition au chômage, AVC à l'environnement de travail – a des implications mécanistiques significatives. Elle est cohérente avec des mécanismes médiés par l'athérosclérose (protéine C-réactive élevée, dyslipidémie, dysrégulation glucidique et accumulation de la charge allostatique) déterminant la coronaropathie et l'artériopathie périphérique consécutives au chômage, tandis que des réponses au stress hémodynamique plus étroitement liées aux facteurs de stress psychosociaux aigus du travail sous-tendent l'AVC.

Relation dose-réponse non linéaire des maladies cardiovasculaires et de la mortalité incidentes selon l'exposition cumulée au chômage

L'analyse prospective complémentaire de Sanchez Rico et coll.[9], conduite chez 114 307 participants, a révélé une dose-réponse en forme de J entre le chômage cumulatif au cours de la vie et les maladies cardiovasculaires incidentes : les participants avec une faible exposition au cours de la vie (1-3 trimestres) avaient une incidence de maladies cardiovasculaires significativement plus faible que ceux jamais exposés (RC: 0,78 [0,60-0,97]), tandis que les groupes à exposition élevée et très élevée présentaient des taux substantiellement hauts (de 1,40 à 1,64). Une forme en J a également été trouvée pour la mortalité (faible exposition à 0,81 ; forte exposition de 1,50 à 2,09), mais pas pour le cancer, plaidant contre un facteur de confusion résiduel lié à l'âge. Le mécanisme proposé – un bref chômage permettant à certains travailleurs d'échapper à des emplois aux conditions de travail défavorables – est soutenu par des données montrant de plus faibles prévalences de mauvaises conditions de travail chez les participants à faible exposition.

Voies de médiation : qu'est-ce qui explique l'association chômage-maladie ?

Sanchez Rico et coll.[10] ont suivi 54 679 participants pendant sept ans pour vérifier que le chômage cumulatif au cours de la vie prédit les événements incidents – maladies cardiovasculaires, cancers et mortalité toutes causes – codés selon la Classification internationale des maladies – 10e révision (CIM-10) – issus de dossiers administratifs. L'objectif de l'étude était d'estimer la médiation exercée par huit facteurs de risque comportementaux et cliniques communs – tabagisme, consommation d'alcool non modérée, inactivité physique, symptômes dépressifs, triglycérides sanguins, hypertension, obésité, glycémie à jeun – constituant l'analyse causale la plus complète sur le plan méthodologique à ce jour sur la relation entre exposition au chômage et événements subséquents de santé.

Les cinq médiateurs statistiquement significatifs pris ensemble n'expliquaient qu'environ 20% des associations du chômage avec les maladies cardiovasculaires (21%), les cancers (22%) et la mortalité (18%). Le tabagisme était le médiateur individuel le plus important pour les trois résultats (maladies cardiovasculaires avec 10,8%, cancers 10,6%, et mortalité 8,7%), suivi par les symptômes dépressifs (maladies cardiovasculaires avec 7,7%, mortalité 10,2%), la consommation d'alcool non modérée (3-6%), l'inactivité physique (3-4%) et les triglycérides sanguins (5,9% pour les maladies cardiovasculaires). L'hypertension, l'obésité, et la glycémie à jeun n'étaient pas des médiateurs statistiquement significatifs après ajustement complet, bien que ces résultats nuls puissent en partie refléter les prévalences faibles de ces facteurs de risque dans la population socialement privilégiée de la cohorte Constances. Ces analyses de médiation permettent d'explorer les mécanismes reliant le chômage aux problèmes de santé, mais elles ne suffisent pas à elles seules à établir des relations causales directes, qui reposent ici sur la convergence de l'ensemble des dispositifs mobilisés.

L'effet direct résiduel d'environ 80% – inexpliqué par l'ensemble des facteurs de risque mesurés – a plusieurs implications. Il suggère que la majorité de l'association du chômage avec les principaux problèmes de santé opère par des mécanismes non capturés par les facteurs de risque cliniques conventionnels. Ce résiduel reflète possiblement les conséquences psychosociales, identitaires et neuro-endocriniennes accumulées de l'exclusion durable du marché du travail – l'ancrage biologique du stress chronique par la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, l'inflammation systémique et l'accumulation de la charge allostatique – pour lesquelles les analyses de Wahrendorf et coll.[7] fournissent les données biologiques les plus directes.

Persistance à long terme des associations entre le chômage et la santé

Sanchez Rico et coll.[11] ont limité l'analyse à 29 281 participants retraités – des individus n'étant plus directement exposés au marché du travail – et en examinant si le chômage cumulé au cours de la vie conservait des associations de santé significatives des décennies après que les épisodes de chômage aient eu lieu. Le chômage de longue

durée (20-148 trimestres cumulés) demeure indépendamment associé à une santé perçue dégradée (RC: 1,39 [1,23-1,57]), à un handicap pour les tâches courantes (1,41 [1,26-1,57]) et à une prévalence plus élevée de maladies cardiovasculaires (1,71 [1,40-2,10]) après ajustement pour la position sociale et les caractéristiques de la retraite. Une relation dose-réponse couvrant les expositions modérées (RC de 1,13 à 1,17) et élevées (RC de 1,39 à 1,71) a été observée pour les trois indicateurs de santé. Aucune association n'a été trouvée entre le chômage au cours de la vie et un quelconque type de cancer chez les retraités, cohérent avec le résultat nul sur le cancer de Sanchez Rico et coll.[12] lorsque l'environnement de travail est simultanément contrôlé.

Cette étude apporte une contribution empirique suggérant que les coûts sanitaires du chômage persistent dans la population retraitée. Le résultat soutient un modèle cumulatif du parcours de vie, dans lequel le chômage produit des dommages physiologiques et fonctionnels qui ne sont pas entièrement réversibles par la reprise d'emploi ou le passage du temps, et qui s'accumulent jusqu'à se manifester comme une incapacité et des limitations de santé cliniquement détectables à la retraite.

Contributions des études sur la cohorte Constances

Ces études, réalisées au cours des dernières années, indiquent clairement que l'association, probablement causale, entre l'exposition au chômage de longue durée ou répétée et une santé dégradée, qui a été documentée dans de nombreux pays, se retrouve également dans le contexte français (tableau). Elles apportent aussi des contributions nouvelles qui enrichissent la littérature internationale dans ce domaine :

- en établissant une relation dose-réponse des effets sanitaires du chômage avec une cohérence et une précision qui renforcent l'inférence causale, que ce soit pour la consommation

Tableau

Synthèse des études issues de la cohorte Constances sur les relations entre chômage et santé

Étude (réf.)	N (années de suivi)	Exposition	Comportements à risque et problèmes de santé	Méthode	Résultat clé
El Haddad, et coll. 2023 [2]	84 943 (1)	Durée du chômage	Consommation d'alcool à risque	Prospective Analyse dose-réponse	Gradient croissant avec la durée Effet persistant après réemploi
El Haddad, et coll. 2026 [3]	19 285 (5)	Statut professionnel	Tabac Alcool Cannabis	Prospective Modélisation de trajectoires	Poly-usage concentré chez les personnes peu diplômées en chômage de longue durée
Plessz, et coll. 2020 [4]	65 630 (0)	Chômage (statut)	Alimentation Tabac Alcool	Transversale	Chaque comportement élevé, mais pas de cumul excédentaire
Wahrendorf, et coll. 2019 [5]	31 718 (0)	Histoires d'emploi défavorables	Dépression Cognition Fonctions physiques	Rétrospective et transversale Analyse dose-réponse	Chômage répété associé aux symptômes dépressifs dans les 2 sexes
Hoven, et coll. 2021 [6]	26 483 (5)	Histoires d'emploi défavorables	Dépression	Rétrospective et prospective Analyse de médiation	Déséquilibre effort-récompense médie environ 20% 80% effet direct
Wahrendorf, et coll. 2022 [7]	92 715 (0)	Adversité professionnelle cumulée	Charge allostatique (10 biomarqueurs)	Rétrospective et transversale Analyse dose-réponse	Chômage répété et années hors emploi ↑ charge allostatique
Sanchez Rico, et coll. 2023 [8]	130 197 (0)	Chômage cumulé, conditions de travail, position sociale	Événements cardiovasculaires	Rétrospective et transversale Ajustement simultané	Chômage → maladie coronaire et artériopathie Conditions de travail → accident vasculaire cérébral
Sanchez Rico, et coll. 2026 [9]	114 307 (7)	Chômage cumulé au cours de la vie	Maladies cardiovasculaires Mortalité	Rétrospective et prospective Dose-réponse (forme en J)	Exposition brève protectrice Exposition élevée délétère
Sanchez Rico, et coll. 2025 [10]	54 679 (7)	Chômage cumulé au cours de la vie	Maladies cardiovasculaires Cancers Mortalité	Rétrospective et prospective Analyse de médiation (9 facteurs de risque)	Facteurs de risque conventionnels expliquent environ 20% 80% effet direct
Sanchez Rico, et coll. 2024 [11]	29 281 (0)	Chômage cumulé au cours de la vie	Santé perçue Handicap Maladies cardiovasculaires	Rétrospective et transversale Analyse dose-réponse	Associations persistent après la retraite
Sanchez Rico, et coll. 2023 [12]	130 197 (0)	Chômage, conditions de travail, position sociale	Maladies cardiovasculaires Cancers	Rétrospective et transversale	Cancer non associé quand le travail est contrôlé

Réf. : référence.

Encadré

Hétérogénéité des effets du chômage selon sa durée

La relation dose-réponse en forme de J observée pour les maladies cardiovasculaires et la mortalité indique que les expositions au chômage très brèves s'accompagnent d'un risque plus faible que l'absence totale de chômage, vraisemblablement parce qu'un chômage court permet à certains travailleurs d'échapper à des conditions de travail défavorables. Cette observation contre-intuitive converge avec celles issues d'une tout autre tradition méthodologique. Dans un rapport de recherche publié par la Dares en 2024, fondé sur 82 entretiens cliniques approfondis menés auprès de 24 personnes au chômage, selon une approche basée sur la psychodynamique du travail, les auteurs rapportent un allègement de la souffrance au moment de la rupture du contrat de travail chez 16 des 24 personnes suivies, accompagné d'une amélioration rapide de l'état de santé – réduction des douleurs somatiques, amélioration du sommeil et de l'humeur – et observé dans tous les secteurs professionnels. Cet allègement laisse toutefois place, lorsque le retour à l'emploi tarde, à une dégradation progressive, décrite comme un enlisement [13]. La convergence entre ce constat, issu du vécu subjectif des personnes, et la relation en forme de J observée dans la cohorte Constances renforce l'hypothèse selon laquelle un chômage bref peut soustraire certains travailleurs à des conditions de travail délétères, et souligne que les effets du chômage sur la santé ne peuvent être interprétés indépendamment des conditions de travail qui l'ont précédé.

d'alcool, la charge allostatique, les maladies cardiovasculaires, la mortalité, ou la santé perçue et le handicap ;

- en montrant que le chômage, à l'inverse des conditions de travail défavorables, prédit les maladies coronariennes et vasculaires périphériques, mais pas l'accident vasculaire cérébral, ce qui représente un niveau de spécificité mécanistique absent des études internationales antérieures ;
- en mettant en évidence l'hétérogénéité des effets du chômage selon sa durée : la relation dose-réponse en forme de J observée pour les maladies cardiovasculaires et la mortalité indique que les expositions très brèves s'accompagnent d'un risque plus faible que l'absence totale de chômage, vraisemblablement parce qu'un chômage court permet à certains travailleurs d'échapper à des conditions de travail défavorables ; seules les expositions prolongées ou répétées sont délétères. Ce résultat contre-intuitif, également rapporté dans d'autres champs de recherche sur le chômage, souligne que l'effet du chômage sur la santé n'est ni uniforme ni strictement monotone (voir l'encadré) ;
- en réalisant l'analyse de médiation la plus complète à ce jour qui démontre que l'ensemble des facteurs de risque conventionnels n'explique que 20% des associations du chômage avec les maladies cardiovasculaires et la mortalité. Le résiduel de 80% indique la prédominance des voies non conventionnelles explorées par l'analyse de la charge allostatique qui étend les données sur le stress biologique lié au chômage à un ensemble de biomarqueurs cardiovasculaires, métaboliques, anthropométriques et immunitaires ;
- enfin, en fournissant les premières données épidémiologiques selon lesquelles les problèmes de santé associés au chômage persistent chez les retraités, établissant le chômage comme une exposition globale au cours de la vie dont les conséquences biologiques survivent à la fois à l'exposition elle-même, à la reprise d'emploi ou à la retraite.

Limites de la cohorte

La cohorte Constances comporte peu de personnes très défavorisées sur le plan social ; les tailles d'effet et les proportions de médiation rapportées dans cet article doivent donc être interprétées comme des bornes inférieures conservatrices des associations qui seraient observées dans un échantillon plus représentatif. Par ailleurs, les études recensées reposent sur des données de santé recueillies principalement entre 2012 et 2021 et elles n'exploitent pas les variations temporelles des dispositifs d'assurance chômage. De telles analyses, qui permettraient de mieux distinguer les effets propres du chômage de ceux du revenu et de la protection sociale, constituent une perspective de recherche importante pour les travaux futurs sur la cohorte. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Zins M, Goldberg M, CONSTANCES Team. The French CONSTANCES population-based cohort: Design, inclusion and follow-up. Eur J Epidemiol. 2015;30(12):1317-28.

[2] El Haddad R, Meneton P, Melchior M, Wiernik E, Zins M, Airagnes G. Changes in alcohol consumption according to the duration of unemployment: Prospective findings from the French CONSTANCES cohort. BMJ Open. 2023;13(11):e077255.

[3] El Haddad R, Kab S, Meneton P, Zins M, Wiernik E, Airagnes G. Co-trajectories of substance use and work status: Longitudinal exploratory descriptive findings from the CONSTANCES cohort. Subst Use Misuse. 2026;61(6):880-9.

[4] Plessz M, Ezdi S, Airagnes G, Parizot I, Ribet C, Goldberg M, *et al*. Association between unemployment and the co-occurrence and clustering of common risky health behaviors: Findings from the CONSTANCES cohort. PLoS One. 2020;15(5):e0232262.

[5] Wahrendorf M, Hoven H, Goldberg M, Zins M, Siegrist J. Adverse employment histories and health functioning: The CONSTANCES study. Int J Epidemiol. 2019;48(2):402-14.

[6] Hoven H, Wahrendorf M, Goldberg M, Zins M, Siegrist J. Adverse employment histories, work stress and self-reported depression in the French CONSTANCES study. Eur J Public Health. 2021;31(6):1230-6.

[7] Wahrendorf M, Chandola T, Goldberg M, Zins M, Hoven H, Siegrist J. Adverse employment histories and allostatic load: Associations over the working life. J Epidemiol Community Health. 2022;76(4):374-81.

[8] Sanchez Rico M, Plessz M, Airagnes G, Ribet C, Hoertel N, Goldberg M, *et al*. Cardiovascular burden and unemployment: A retrospective study in a large population-based French cohort. PLoS One. 2023;18(7):e0288747.

[9] Sanchez Rico M, Wiernik E, Renuy A, Kab S, Hoertel N, Goldberg M, *et al*. Non-linear relationships between lifetime unemployment exposure, major health outcomes and all-cause mortality: A retrospective and prospective study in a large population-based French cohort. BMC Public Health. 2025;26(1):514.

[10] Sanchez Rico M, Wiernik E, Renuy A, Kab S, Hoertel N, Goldberg M, *et al*. Involvement of common risk factors in the associations between lifetime unemployment exposure, major health outcomes and mortality: A retrospective and prospective study in a large population-based French cohort. BMJ Open. 2025;15(4):e096607.

[11] Sanchez Rico M, Plessz M, Airagnes G, Wiernik E, Hoertel N, Goldberg M, *et al*. Lifetime exposure to unemployment and prior working conditions are associated with retiree's health: A retrospective study in a large population-based French cohort. Soc Sci Med. 2024;341:116550.

[12] Sanchez Rico M, Plessz M, Airagnes G, Ribet C, Hoertel N, Goldberg M, *et al*. Distinct cardiovascular and cancer burdens associated with social position, work environment and unemployment: A cross-sectional and retrospective study in a large population-based French cohort. BMJ Open. 2023;13(7):e074835.

[13] Duarte A, Le Lay S, Lemozy F. Santé mentale et expérience subjective du chômage : une approche par la psychodynamique du travail. Valorisation de la recherche n°6. Paris: Dares, Drees; 2024. 215 p. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/sante-mentale-et-experience-subjective-du-chomage

Citer cet article

Meneton P, Goldberg M, Zins M. La cohorte Constances comme source de données sur les relations entre chômage et santé en France. Bull Epidemiol Hebd. 2026;(23-24):526-32. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_4.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

© CC BY

FOCUS // Focus

INTERVENTIONS DE RECHERCHE D'EMPLOI FONDÉES SUR DES PREUVES POUR LES TRAVAILLEURS ET LES JEUNES SANS EMPLOI

// EVIDENCE-BASED JOB-SEEKING SUPPORT FOR UNEMPLOYED WORKERS AND YOUNG PEOPLE

Jukka Vuori[1], Richard H. Price[2], Pierre Arwidson[3] (pierre.arwidson@santepubliquefrance.fr)

[1] *Institut finlandais de la santé au travail (Finnish Institute of Occupational Health), Helsinki, Finlande*
[2] *Université du Michigan, Ann Arbor, États-Unis*
[3] *Santé publique France, Saint-Maurice*

Soumis le 03.07.2026 // *Date of submission: 07.03.2026*

Résumé // Abstract

Cet article décrit le développement, la mise en œuvre et l'efficacité du programme Jobs, une intervention psychosociale fondée sur des preuves et basée sur l'apprentissage par les pairs. Ce programme vise à soutenir les personnes sans emploi dans leur recherche, tout en préservant leur santé mentale. La perte d'un emploi engendre souvent des difficultés financières, des tensions familiales et une détresse psychologique, augmentant ainsi le risque de dépression, notamment en cas de chômage prolongé. La recherche montre cependant que des interventions ciblées peuvent renforcer les compétences en recherche d'emploi, stimuler la motivation et atténuer les conséquences émotionnelles négatives des échecs professionnels. Des essais randomisés à grande échelle menés aux États-Unis ont démontré des bénéfices significatifs, notamment des taux de réinsertion professionnelle plus élevés, une meilleure qualité d'emploi, une réduction des symptômes dépressifs et des avantages économiques à long terme. Le programme a ensuite été adapté en Finlande sous le nom d'intervention Työhön et testé avec succès auprès de chômeurs de longue durée, malgré les différences en matière de prestations sociales et de marchés du travail. Des résultats positifs similaires ont été rapportés dans plusieurs autres pays, dont le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, l'Afrique du Sud, ainsi qu'en Chine et en Corée du Sud. Les premières recherches et les travaux menés à l'Institut de l'université du Michigan, au sein du Centre de recherche en prévention du Michigan, pour développer l'intervention Jobs destinée aux chômeurs sont abordés. Nous décrivons également la diffusion ultérieure du programme à l'échelle nationale et internationale.

This text outlines the development, implementation, and effectiveness of the JOBS program—an evidence-based psychosocial intervention based on peer-learning and designed to support unemployed individuals in their job-seeking process while also protecting their mental health. Losing a job often triggers financial strain, family stress, and psychological distress, increasing the risk of depression, particularly during prolonged unemployment. Research shows, however, that well-targeted interventions can strengthen job-search skills, enhance motivation, and reduce the negative emotional consequences of setbacks.

Large-scale randomised trials in the United States demonstrated significant benefits, including higher reemployment rates, better job quality, reduced depressive symptoms, and long-term economic advantages. The program was later adapted in Finland as the Työhön intervention and successfully tested among longer-term unemployed individuals, despite differences in social benefits and labor markets. Similar positive results have been reported in several other countries, including the United Kingdom, Germany, Ireland, the Netherlands, South Africa and also in China and South Korea.

The early research and work involved in developing the JOBS intervention for the unemployed at the University of Michigan Institute in the Michigan Prevention Research Centre are discussed. We also describe later dissemination of the program nationally and internationally.

Mots-clés : Chômage, Santé mentale, Essais randomisés et contrôlés, Interventions fondées sur des preuves
// Keywords: Unemployment, Mental health, Randomised controlled trials, Evidence-based interventions

Le défi du retour à l'emploi après une perte d'emploi

Le chômage ne doit pas être analysé comme un phénomène individuel alors qu'il est systémique. Il peut y avoir des causes économiques, mais également structurelles, liées par exemple à des dysfonctionnements profonds et durables du marché du travail, variables d'un pays à l'autre et dans le temps. La France a développé plusieurs dispositifs pour pallier ces dysfonctionnements, comme la méthode d'interventions offres et demandes (IOD)[(1)], dont le slogan est « personne n'est inemployable ». Il existe aussi l'expérimentation Territoires zéro chômeur de longue durée qui permet à certains territoires d'offrir un contrat à durée indéterminée (CDI) à des chômeurs de plus d'un an dans des entreprises de l'économie sociale et solidaire[(2)].

Néanmoins, la situation de chômage est difficile à vivre pour les individus dont la santé mentale est affectée, comme le montre la méta-analyse de Paul et Moser[1]. Certains travaux ont par ailleurs souligné la stigmatisation dont étaient victimes les demandeurs d'emploi[2].

Trouver un nouvel emploi n'est que l'un des nouveaux défis auxquels est confrontée une personne ayant perdu le sien. Après une perte d'emploi, les premières pensées se tournent souvent vers les menaces économiques liées au chômage et la cascade d'événements stressants qui peuvent en découler, tels que les tensions et les conflits familiaux, l'incapacité à payer les factures, voire la perte de son logement à la suite d'une saisie immobilière. La recherche d'un nouvel emploi est elle-même semée d'embûches et d'obstacles qui peuvent miner la motivation à persévérer. En cas de chômage prolongé, la situation semble particulièrement critique chez les demandeurs d'emploi les plus vulnérables à la dépression[3].

Cependant, il a été démontré que le retour à l'emploi contribue à rétablir la santé mentale et le bien-être après une période de chômage et ce, rapidement après un chômage de courte durée. En revanche, les personnes ayant connu un chômage de longue durée peuvent avoir besoin de davantage de soutien et de temps pour s'adapter à leur nouvelle situation professionnelle[4,5]. Encourager la recherche d'emploi des personnes ayant perdu leur travail est essentiel pour préserver leur santé mentale, car le retour à l'emploi est fondamental pour un bien-être mental durable. Or, pour beaucoup de personnes engagées dans une recherche d'emploi, ce rôle est totalement nouveau et inhabituel. Des interventions visant à renforcer leurs stratégies et compétences de recherche d'emploi sont donc indispensables, non seulement pour garantir le succès de leur recherche, mais aussi pour améliorer leur bien-être mental. Parallèlement, elles préviennent le découragement et les conséquences négatives que les obstacles et les revers rencontrés peuvent avoir sur la motivation du demandeur et qui l'exposent à une série d'événements économiques et personnels stressants, susceptibles de nuire à sa santé et à son bien-être.

Développement du programme de recherche d'emploi Jobs

Depuis 1981, des chercheurs du *Michigan Prevention Research Center* (MPRC), rattaché à l'Institut de recherche sociale de l'université du Michigan, étudient les difficultés rencontrées par les personnes sans emploi et leur famille. Ils ont mis au point le programme Jobs afin d'aider les chômeurs à retrouver un travail et à faire face aux multiples défis et au stress liés au chômage et à la recherche d'emploi[6]. Ce programme est une intervention de groupe basée sur l'apprentissage par les pairs et visant à favoriser le retour à l'emploi, tout en renforçant les capacités d'adaptation et la santé mentale des chômeurs (figure).

(1) https://transfer-iod.org/public/methode-iod/
(2) Décret n° 2026-72 du 11 février 2026 habilitant de nouveaux territoires pour mener l'expérimentation « Territoires zéro chômeur de longue durée ».

Figure

Le programme Jobs, *Finish Institute of Occupational Health (FIOH)*, 2024



Le programme comporte cinq composantes principales :

- des méthodes actives d'enseignement et d'apprentissage, par opposition à un apprentissage passif et magistral, utilisant les connaissances et les compétences des participants eux-mêmes, mises en évidence au moyen de discussions en petits et grands groupes, de jeux de rôle et d'autres activités ;
- des formateurs compétents, qui ont été spécialement formés pour dispenser le programme Jobs ;
- des environnements d'apprentissage bienveillants, dans lesquels les formateurs modélisent et renforcent les comportements de soutien afin que les participants puissent apprendre les uns des autres et se soutenir mutuellement ;
- l'auto-efficacité : des processus de formation qui renforcent la confiance générale, le sentiment de contrôle et l'auto-efficacité liée à l'emploi chez les participants (par exemple, accroître la conviction d'avoir les compétences nécessaires pour trouver un emploi approprié) ;
- l'immunisation contre les revers : pour que les bénéfices de la formation perdurent dans le temps, les participants sont accompagnés dans la planification et la gestion des obstacles.

Le programme a d'abord été développé et évalué auprès d'un large échantillon de demandeurs d'emploi recrutés dans plusieurs agences pour l'emploi de la région de Détroit dans l'État du Michigan [7-9]. Lors de ces premiers essais, les caractéristiques démographiques et professionnelles des échantillons correspondaient étroitement à celles de la population sans emploi des États-Unis. Des études de développement ultérieures ont inclus d'autres populations en Californie [10]. Le programme Jobs a été évalué dans le cadre de deux expérimentations de terrain à grande échelle (Jobs I en 1984-1986, et Jobs II en 1991-1994), selon un protocole comprenant des groupes expérimentaux et témoins randomisés. Les résultats initiaux de Jobs I ont été publiés dans un article de Caplan et coll. en 1989 [7] et de Price et coll. en 1992 [11], tandis que les résultats de la réplication et de l'extension de Jobs II ont été publiés dans un article de Vinokur et coll. en 1995 [8]. Des analyses ultérieures ont porté sur les résultats d'un suivi à long terme de deux ans [12] sur l'application d'une analyse coûts-avantages [13].

Les essais du programme Jobs ont produit plusieurs résultats positifs en matière de réinsertion professionnelle, de santé mentale et de croissance économique. La participation au programme a entraîné :

- une proportion plus élevée de participants retrouvant un emploi et occupant des postes mieux rémunérés que ceux des groupes témoins randomisés ;
- des analyses coûts-avantages indiquant que les coûts du programme Jobs peuvent être compensés par l'augmentation des recettes fiscales générées par les emplois mieux rémunérés obtenus par les participants ;
- une réduction significative des symptômes dépressifs et des épisodes dépressifs ;
- une plus grande efficacité du programme pour les chômeurs présentant le risque psychologique le plus élevé de dépression ;
- une protection des travailleurs contre les effets néfastes d'une perte d'emploi ultérieure et des difficultés qui en découlent.

Essais du programme Jobs en Finlande et dans d'autres pays

Les recherches menées sur le programme Jobs en Finlande, où le marché du travail diffère de celui des États-Unis, ont été examinées plus en détail. L'idée

initiale du modèle était de proposer une solution efficace pour les demandeurs d'emploi de courte durée. En Finlande, le programme a été testé dans le cadre de deux vastes études menées auprès de chômeurs de longue durée, dans un contexte de marché du travail particulièrement difficile. La première étude a été réalisée dans la région de Turku entre 1996 et 1997, alors que le taux de chômage avoisinait les 15% de la population active. La seconde, menée à l'échelle nationale entre 1998 et 2000, a vu ce taux de chômage s'établir à environ 11%. Elles ont constitué de nouveaux tests rigoureux des principes sous-jacents au programme Jobs, auprès de populations et de marchés du travail différents. Les deux essais ont été menés par les chercheurs de l'Institut finlandais de la santé au travail (FIOH). Comparée aux États-Unis, la Finlande offrait aux chômeurs des allocations chômage plus élevées et pendant des périodes plus longues, ce qui a pu influencer leur motivation à rechercher un emploi [14] et réduire l'anticipation des difficultés financières futures après le choc initial de la perte d'emploi [15]. Par conséquent, l'efficacité d'un programme conçu pour les États-Unis auprès des chômeurs finlandais restait incertaine. Après une phase initiale d'adaptation et de formation en Finlande, le programme finlandais Jobs, baptisé Työhön (Travailler), a été mis en œuvre sur le marché du travail finlandais et testé lors d'une expérimentation de terrain randomisée à Turku et dans deux villes voisines [16]. Cet essai randomisé à grande échelle a été mené auprès de 1 261 demandeurs d'emploi finlandais. Six mois après le début du programme, celui-ci a eu un impact positif sur la qualité du retour à l'emploi, notamment chez les personnes au chômage depuis 3 à 12 mois. Comparés au groupe témoin, les participants du groupe expérimental étaient plus souvent employés ou en formation professionnelle. Le programme a également permis de réduire la détresse psychologique. Deux ans après son début, la participation a significativement diminué les symptômes dépressifs et amélioré l'estime de soi des participants [17].

Deuxièmement, après l'expérimentation initiale d'efficacité menée dans la région de Turku, le programme finlandais Jobs (Työhön) a été déployé dans les agences pour l'emploi à travers le pays, grâce à la formation de plus de 300 formateurs dispensés par la FIOH dans ces agences. Entre 1998 et 2000, une étude expérimentale randomisée contrôlée (ERC) nationale a été réalisée afin d'évaluer les effets bénéfiques de la formation à la recherche d'emploi en général, indépendamment de la méthode utilisée, puis de comparer les effets du programme Jobs, fondé sur des données probantes, avec ceux de la formation traditionnelle, axée sur la pratique et centrée sur le formateur. Cette ERC avec liste d'attente et un suivi de six mois a été menée dans 19 agences pour l'emploi réparties sur l'ensemble du territoire finlandais. Neuf d'entre elles ont utilisé la méthode Jobs et 10 ont privilégié des méthodes plus pratiques dans leur formation à la recherche d'emploi. La répartition aléatoire en groupes expérimental et témoin a été effectuée séparément dans chaque agence. Concernant les résultats relatifs au retour à l'emploi, un effet positif de la formation à la recherche d'emploi a été constaté chez les chômeurs bénéficiant d'une incitation financière (par exemple, la fin prochaine d'une allocation chômage plus élevée) pour participer aux différents programmes [18]. La participation forcée à ces formations n'a pas augmenté le taux de retour à l'emploi, mais a nui à leurs effets positifs sur la santé mentale. Des analyses complémentaires ont démontré que cette participation forcée réduisait le retour à l'emploi, en particulier chez les chômeurs de longue durée [14]. Ces résultats sont en ligne avec d'autres travaux sur la motivation à rechercher un emploi, selon les principes de la théorie de l'autodétermination avec laquelle on distingue la motivation construite de façon autonome, car choisie et assumée, favorable à une recherche active d'emploi, de la motivation imposée associée à une recherche d'emploi qui ne résistera pas aux premiers revers [19].

Une analyse de modélisation linéaire hiérarchique des activités de groupe, issue de l'étude d'évaluation nationale, a été réalisée afin d'étudier la mise en œuvre des principes de formation dans les différentes activités de recherche d'emploi et leur importance dans la prédiction des effets bénéfiques. Les résultats ont démontré que la préparation aux difficultés, au niveau du groupe de participants, prédisait significativement une diminution de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs lors du suivi à six mois, soulignant ainsi cette spécificité de la méthode Jobs [20]. Enfin, afin de comparer les effets sur l'emploi de ce programme, fondé sur des preuves, et d'autres méthodes plus ancrées dans la pratique, les 19 agences pour l'emploi ont été réparties en deux groupes : les 9 agences appliquant la méthode Jobs et les 10 agences utilisant une autre méthode de formation à la recherche d'emploi. De plus, certaines variables issues du questionnaire (groupe expérimental/groupe témoin, risque initial de dépression) ont été croisées avec les données du registre du travail grâce aux numéros de sécurité sociale. Ces données comprenaient des informations sur la situation professionnelle (emploi, chômage, inactivité, études) pour chaque mois pendant les deux années précédant l'intervention (groupe témoin) et les quatre années suivant l'intervention (groupe d'intervention). Les résultats ont démontré que des effets bénéfiques à long terme sur le retour à l'emploi et le maintien en emploi n'ont été observés que dans le cadre des interventions basées sur la méthode Jobs, validée par la recherche, pour les participants présentant un risque initial de dépression. En revanche, les interventions axées sur la pratique ont semblé avoir des effets même néfastes sur l'emploi, ce qui était inattendu et pourrait être dû à l'orientation vers la formation continue face aux difficultés du marché du travail [21,22].

Par ailleurs, le programme Jobs a été mis en œuvre à l'échelle internationale et testé dans divers pays aux marchés du travail différents, avec des résultats positifs. Outre la Finlande, Jobs a été déployé en Europe

auprès des chômeurs de longue durée en Irlande[23,24], aux Pays-Bas[25], au Royaume-Uni[26], en Allemagne[27,28] et en Afrique du Sud[29] où les évaluations ont montré des effets bénéfiques sur l'emploi. De plus, des programmes Jobs ont été mis en œuvre avec succès dans sept villes de la République populaire de Chine[30].

Modèle théorique du programme Jobs, mécanismes sous-jacents et efficacité dans différents contextes

Ci-après, le modèle théorique qui a guidé la recherche et la conception du programme Jobs est décrit, puis une étude, examinant l'influence des différents concepts de ce modèle et le rôle des processus de médiation dépendant de ces concepts entre eux, est présentée.

Apprentissage actif, sentiment d'efficacité personnelle et résilience face aux échecs

Le programme Jobs repose fortement sur l'apprentissage actif et un environnement favorable, créant ainsi un cadre propice à l'acquisition des techniques de recherche d'emploi et autres compétences pertinentes. Ceci permet aux participants de développer un sentiment d'efficacité personnelle accumulé quant à leur capacité à rechercher un emploi et, dans le cas des jeunes entrant sur le marché du travail, d'améliorer leurs chances de construire une carrière de qualité et durable. Le sentiment d'efficacité personnelle en matière de recherche d'emploi définit le degré de confiance en sa capacité à mener à bien les activités essentielles de recherche d'emploi, telles que la prospection et la préparation aux entretiens. Bandura[31] et Ajzen[32] l'ont tous deux démontré : c'est une composante motivationnelle qui accroît la probabilité d'adopter des comportements difficiles ou exigeants. Par conséquent, on peut supposer que le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle dans la recherche d'emploi augmente la fréquence et l'efficacité de cette recherche. L'intervention vise également à aider les participants à anticiper les obstacles et à développer des compétences pour y faire face, les prémunissant ainsi contre les réactions psychologiques négatives face aux échecs inévitables.

Cette prédisposition est bénéfique pour maintenir la motivation des chercheurs d'emploi face aux obstacles et prévenir les rechutes[33,34]. Les exercices de groupe proposés dans le cadre de l'intervention permettent aux participants d'anticiper les obstacles qu'ils pourraient rencontrer dans leur recherche d'emploi, tels que les refus, les retards et l'absence de réponse. Ceci les aide à développer un sentiment de contrôle personnel qui réduit le découragement et la perte de motivation. L'auto-efficacité dans la recherche d'emploi et la capacité à surmonter les échecs constituent les deux principaux éléments actifs de l'intervention et jouent un rôle de médiateur direct dans ses résultats. Ces deux aspects sont étroitement liés et font partie intégrante du concept cognitivo-motivationnel de la préparation à la recherche d'emploi[35]. Ces processus entraînent l'efficacité de la recherche d'emploi, tant en termes de persévérance que de découragement, ainsi que dans le déploiement de techniques efficaces.

Mécanismes sous-jacents au programme Jobs

Les mécanismes sous-jacents au programme Jobs expliquent son efficacité. Des modèles de médiation de l'intervention Jobs auprès des chômeurs ont été étudiés à partir de données issues de vastes études expérimentales de terrain afin de tester les processus hypothétiques décrits ci-dessus. Vinokur et Schul ont démontré en 1997 comment la capacité à surmonter les échecs protège les participants ayant subi une perte d'emploi après en avoir temporairement retrouvé un, réduisant ainsi le risque de symptômes dépressifs importants[36]. Dans une étude connexe, Vinokur et Schul ont montré en 2002 le double rôle des difficultés financières dans le processus de réinsertion professionnelle. Elles facilitent la réinsertion en renforçant la motivation et l'intensité de la recherche d'emploi, mais les freinent en accentuant les symptômes dépressifs. Ces résultats montrent clairement que l'amélioration des chances de réussite dans la recherche d'emploi implique non seulement de développer les compétences, la motivation et l'intensité de la recherche, mais aussi de gérer les obstacles.

Vuori et Vinokur[35] ont étudié deux médiateurs spécifiques ciblés par l'intervention de type Jobs : l'auto-efficacité dans la recherche d'emploi et la capacité à surmonter les obstacles, envisagés comme des composantes de la préparation à la recherche d'emploi. Le rôle de cette préparation comme principal médiateur des effets de l'intervention sur les résultats a été testé à partir des données de Työhön, auprès de 1 261 participants. L'intervention a permis d'améliorer significativement la préparation à la recherche d'emploi. Cette initiative a entraîné une augmentation du taux de réinsertion professionnelle et une diminution des difficultés financières et des symptômes dépressifs[35].

Conclusion

Le programme Jobs est destiné aux chômeurs cherchant à retrouver un emploi après une perte de travail. L'équipe finlandaise a développé un autre programme nommé *School to Work*, qui consiste à préparer les élèves en amont de leur rencontre avec le milieu du travail. Ce programme, destiné aux jeunes en transition entre l'école et le monde du travail, est aussi un des exemples d'interventions fondées sur des théories[37,38]. Leurs effets bénéfiques sur l'emploi et la santé mentale ont été démontrés dans le cadre d'études expérimentales randomisées sur le terrain. Il a été constaté que ces effets bénéfiques à long terme sont liés aux résultats immédiats des interventions, tels qu'une meilleure préparation aux transitions professionnelles. Ces deux interventions sont dispensées en groupes de pairs, selon des méthodes d'apprentissage actif et à partir de contenus de formation documentés dans des manuels. La formule de formation en groupe, avec deux formateurs

par groupe, a été développée à grande échelle et a permis d'obtenir des résultats de formation de haute qualité. De ce fait, ce type d'interventions pourrait servir d'exemple de formation efficace à la recherche d'emploi à l'échelle du système. La mise en œuvre à grande échelle d'interventions de recherche de haute qualité pour faciliter les transitions professionnelles demeure un défi majeur. Les systèmes de services sont confrontés à des ressources insuffisantes et à des pressions politiques. Les chercheurs manquent souvent d'expérience en matière de collaboration avec les professionnels des services et ne sont pas formés pour s'adapter à l'évolution des besoins et des priorités du secteur des services sociaux. Le prochain défi consiste à créer des collaborations pour combler le fossé entre les chercheurs capables de fournir des recherches de haute qualité, nécessaires à des interventions efficaces, et les professionnels des systèmes de services disposés à consacrer les ressources et le temps nécessaires à leur mise en œuvre. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocat Behav. 2009;74(3):264-82.

[2] Marie C, Bouchat P, Bourguignon D. "You're a nobody when you're unemployed": Exploring the content of unemployed people's stereotype. J Community Appl Soc Psychol. 2025;35(3):e70085.

[3] Kessler RC, Turner BJ, House JS. Effects of unemployment on health in a community survey: Main, modifying, and mediating effects. J Soc Issues. 1988;44(4):69-85.

[4] Lahelma E. Unemployment, re-employment and mental well-being: A panel study of industrial job-seekers in Finland. Scan J Soc Med. 1989;(suppl 43):170 p.

[5] Vuori J, Vesalainen J. Labour market interventions as predictors of re-employment, job seeking activity and psychological distress among the unemployed. J Occup Organ Psychol. 1999;72(4):523-38.

[6] Price RH, Choi JN, Vinokur AD. Links in the chain of adversity following job loss: How financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. J Occup Health Psychol. 2002;7(4):302-12.

[7] Caplan RD, Vinokur AD, Price RH, van Ryn M. Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. J Appl Psychol. 1989;74(5): 759-69.

[8] Vinokur AD, Price RH, Schul Y. Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. Am J Community Psychol. 1995;23(1):39-74.

[9] Caplan RD, Vinokur AD, Price RH. From job loss to reemployment: Field experiments in prevention-focused coping. In: Albee GW, Gullotta TP (dir.), Primary Prevention Works. Thousand Oaks, California: Sage Publication; 1996. p. 341-79.

[10] Price RH, Friedland DS, Choi J, Caplan RD. Job loss and work transitions in a time of global economic change. In: Arriaga X, Oskamp S (dir.). Addressing community problems. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1998. p. 195-222.

[11] Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD. Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. J Health Soc Behav. 1992;33(2):158-67.

[12] Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. J Occup Health Psychol. 2000;5(1):32-47.

[13] Vinokur AD, van Ryn M, Gramlich EM, Price RH. Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the JOBS program: A preventive intervention for the unemployed. J Appl Psychol. 1991;76(2):213-9.

[14] Malmberg-Heimonen I, Vuori J. Activation or discouragement – the effect of enforced participation on the success of job-search training. Eur J Soc Work. 2005;8(4):451-67.

[15] Strandh M. State intervention and mental well-being among the unemployed. J Soc Policy. 2001;30(1):57-80.

[16] Mäkitalo M, Tervahartiala T, Saarinen M. Työhön Työhöohjelma Ohjaajan käsikirja [Työhön program trainers' manual]. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. 1997.

[17] Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. J Occup Organ Psychol. 2005;78(1):43-52.

[18] Malmberg-Heimonen I, Vuori J. Financial incentives and job search training: Methods to increase labour market integration in contemporary welfare states? Soc Policy Adm. 2005;39(3):247-59.

[19] Vansteenkiste M, Lens W, De Witte H, Feather NT. Understanding unemployed people's job search behaviour, unemployment experience and well-being: A comparison of expectancy-value theory and self-determination theory. Br J Soc Psychol. 2005;44(2):269-87.

[20] Vuori J, Price RH, Mutanen P, Malmberg-Heimonen I. Effective group training techniques in job-search training. J Occup Health Psychol. 2005;10(3):261-75.

[21] Hämäläinen K, Nykyri E, Uusitalo R, Vuori J. Ovatko vaikuttavuusarvot kohdallaan? Esimerkkinä työnhakukoulutus. [Are evaluations of effectivity correct? Job search training as an example]. Helsinki: Ministry of Labor; 2007. 87 p.

[22] Malmberg-Heimonen IE, West BT, Vuori J. Long-term effects of research-based and practice-based job search interventions: An RCT reevaluation. Res Soc Work Pract. 2019;29(1):36-48.

[23] Barry M, Reynolds C, Sheridan A, Egenton R. Implementation of the JOBS programme in Ireland. J Public Ment Health. 2006;5(4):10-25.

[24] Reynolds C, Barry MM, Gabhainn SN. Evaluating the impact of the winning new Jobs programme on the re-employment and mental health of a mixed profile of unemployed people. Int J Ment Health Promot. 2010;12(2):32-41.

[25] Brenninkmeijer V, Blonk RW. The effectiveness of the JOBS program among the long-term unemployed: A randomized experiment in the Netherlands. Health Promot Int. 2012;27(2):220-9.

[26] Knight T, Lloyd R, Rayment M, Purdon S, Bryson C, Downing C, *et al*. Group Work/JOBS II: Evaluation synthesis report. Londres: Department for Work and Pensions; 2021. 180 p.

[27] Hollederer A, Jahn HJ, Klein D. JOBS program Germany for health promotion among the unemployed in the community setting with institutions for employment promotion (JobsProgramDtl): Study protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2021;21(1):261.

[28] Jahn HJ, Hollederer A. The health benefits of the JOBS Program Germany for unemployed people: A 6-month follow-up study. J Public Health. 2025;33:1-16.

[29] Paver R, De Witte H, Rothmann S, Van den Broeck A, Blonk RWB. The Implementation and Evaluation of the South African Adaptation of the JOBS Program. Front Psychol. 2020;11:1418.

[30] Price RH. Winning new jobs in China. Jobs in China: A seven city project. Beijing: Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences; 2001.

[31] Bandura A, National Inst of Mental Health. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewoods Cliffs: Prentice Hall; 1986.

[32] Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.

[33] Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and prevention relapse. Am Psychol. 1986;41(7):765-82.

[34] Meichenbaum D. Stress inoculation training. Elmsford: Pergamon Press; 1985. 115 p.

[35] Vuori J, Vinokur A. Job-search preparedness as a mediator of the effects of the Työhön job-search intervention on re-employment and mental health. J Organiz Behav. 2005;26(3):275-91.

[36] Vinokur AD, Schul Y. Mastery and inoculation against setbacks as active ingredients in the JOBS intervention for the unemployed. J Consult Clin Psychol. 1997;65(5):867-77.

[37] Koivisto P, Vuori J, Nykyri E. Effects of the school-to-work group method among young people. J Vocat Behav. 2007;70(2):277-96.

[38] Koivisto P, Vuori J, Vinokur AD. Transition to work: Effects of preparedness and goal construction on employment and depressive symptoms. J Res Adolesc. 2010;20(4):869-92.

Citer cet article

Vuori J, Price RH, Arwidson P. Focus. Interventions de recherche d'emploi fondées sur des preuves pour les travailleurs et les jeunes sans emploi. Bull Epidemiol Hebd. 2026; (23-24):532-8. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/23-24/2026_23-24_5.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

© BY