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*