[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.