

Marie-Josée LEGAULT

Professeure associée, École des sciences de l'administration
Université TÉLUQ

Printemps 84

“Chômage et santé :
l'envers du décor.”

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES
CHICOUTIMI, QUÉBEC
<http://classiques.uqac.ca/>



<http://classiques.uqac.ca/>

Les Classiques des sciences sociales est une bibliothèque numérique en libre accès développée en partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.

UQAC

<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25^e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.](#)

Un document produit en version numérique par Réjeanne Toussaint, bénévole,
Chomedey, Ville Laval, Qc. courriel: rtoussaint@aei.ca.
[Page web](#) dans Les Classiques des sciences sociales :
http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_toussaint_rejeanne.html
à partir du texte de :

Marie-Josée LEGAULT

“Chômage et santé : l’envers du décor.”

In revue **Interventions économiques pour une alternative sociale**, pp.
233-247. Montréal : Les Éditions Albert Saint-Martin, 1984, 296 pp.
Numéro intitulé : **EMPLOI : L'ÉCLATEMENT ?**”.

[Madame Diane-Gabrielle Tremblay, économiste, et professeure à l'École des sciences de l'administration de la TÉLUQ (UQÀM) nous a autorisé, le 25 septembre 2021, la diffusion en libre accès à tous des numéros 1 à 27 inclusivement le 25 septembre 2021 dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriels : Diane-Gabrielle Tremblay : Diane-Gabrielle.Tremblay@teluq.ca
Professeure, École des sciences de l'administration
Université TÉLUQ
Tél : 1 800 665-4333 poste : 2878
Marie-Josée Legault : marie-josée.legault@teluq.ca

Police de caractères utilisés :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

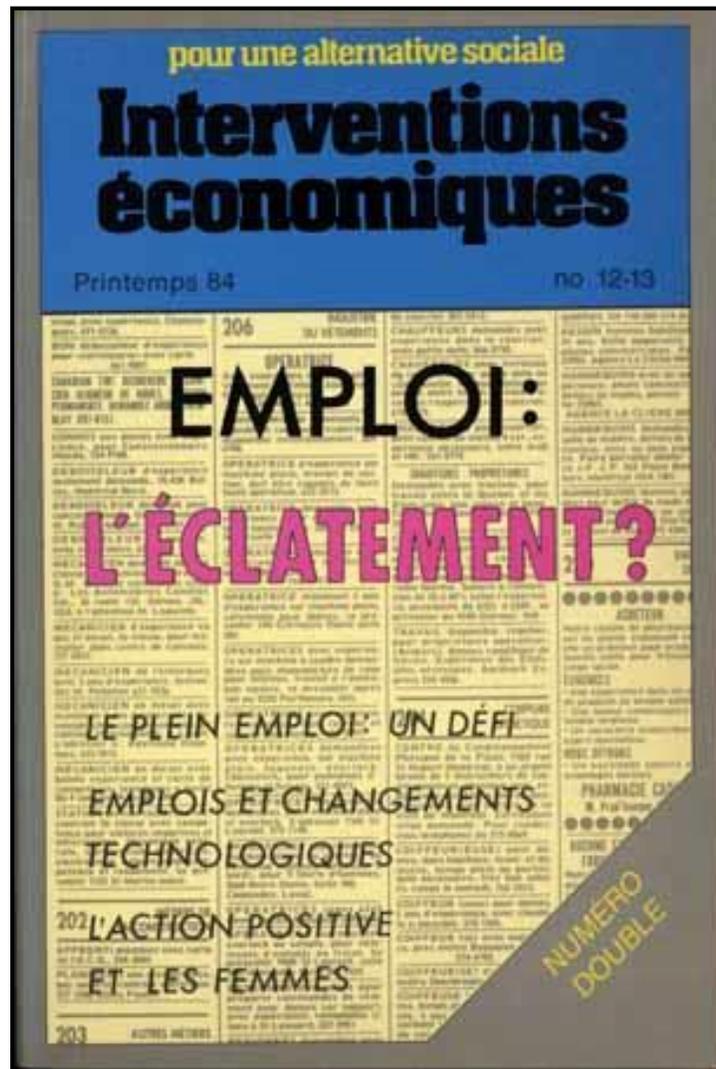
Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5’’ x 11’’.

Édition numérique réalisée le 29 novembre 2022 à Chicoutimi, Québec.



Marie-Josée LEGAULT
Professeure associée, École des sciences de l’administration
Université TÉLUQ

“Chômage et santé :
l’envers du décor.”



In revue **Interventions économiques** *pour une alternative sociale*, pp. 233-247. Montréal : Les Éditions Albert Saint-Martin, 1984, 296 pp. Numéro intitulé : **EMPLOI : L'ÉCLATEMENT ?**”.

Note pour la version numérique : La numérotation entre crochets [] correspond à la pagination, en début de page, de l'édition d'origine numérisée. JMT.

Par exemple, [1] correspond au début de la page 1 de l'édition papier numérisée.

[233]

Nos 12-13.**EMPLOI : L'ÉCLATEMENT ?****DOSSIER****Troisième partie : Questions.****“ CHÔMAGE ET SANTÉ :
L'ENVERS DU DÉCOR.”****Marie-Josée LEGAULT ***

Y a-t-il une relation entre le chômage et la santé ? Les faits divers et les statistiques sur la délinquance laissent supposer ce que des études sociologiques tendent à démontrer : à savoir qu'un lien existe entre la situation de chômage et les maladies, les délits de viol, d'abus d'enfants, d'agression, et aussi avec les suicides. Les manchettes des quotidiens qui titrent à la une « un chômeur s'en prend à l'épicier du coin » ou encore « chômeur, il tue sa femme et ses enfants avant de se tuer lui-même », suggèrent l'importance du statut de chômeur dans les faits racontés, et certaines compilations statistiques appuient d'une certaine façon leur intuition. Ainsi, un rapport du bureau du coroner du Toronto métropolitain montre la progression du nombre des suicides à Toronto de 76 à 77, qui est de 325 à 370...

L'augmentation est surtout sensible pour les personnes de 20 à 29 ans et de 60 à 69 ans, groupes d'âge où le chômage sévit davantage ¹. Ce rapport est corroboré par une étude menée par des psychologues du

* La revue de littérature qui est l'origine de cet article a été réalisée par l'auteure à l'occasion du développement d'un projet de recherche sur les effets du chômage sur la santé, dans le cadre des activités du laboratoire de recherche sur l'emploi, la répartition et la sécurité du revenu (LABREV, UQAM). Les idées exprimées ici n'engagent toutefois que l'auteure.

¹ *Globe and Mail*, 24 mai 1978.

Toronto General Hospital ² qui démontre que seulement 26,3% de leur échantillon avaient un travail permanent au moment de leur tentative de suicide. Plus de 42% étaient au chômage (homme 44,3%, femmes 39,5%) ; les autres étaient étudiants, retraités, ménagères, travailleurs à temps partiel.

D'après le rapport du corps de police d'une ville du sud de l'Ontario ³, sur 55 délits de viol au cours des huit premiers mois de 77, 21 des personnes arrêtées étaient au chômage. Toutefois, les personnes arrêtées ne sont pas nécessairement reconnues coupables ; de lourdes présomptions rendent plus vulnérables [234] les chômeurs, mais les relations entre chômage et viol ne sont pas limpides. De même, lorsque l'on dit que 24,1% des viols relevés sont le fait de chômeurs ⁴, on peut se demander de quelle nature sont les viols dits « relevés » ? Ceux pour lesquels il y a déclaration de police, ou alors mise en accusation, ou bien encore verdict de culpabilité ? Selon la nature des « viols relevés », il peut se créer un biais défavorable aux chômeurs s'ils sont à l'avance considérés comme suspects.

Dans les cas d'abus d'enfants, la Toronto Children's Aid Society, grâce à un relevé de ses dossiers, a démontré que, dans 68,9% des cas, il s'agissait de familles dont le chef était au chômage. Une étude de Marvin Ross ⁵ a conclu d'une analyse statistique que le chômage intégral peut expliquer 63% de la variation des taux de criminalité. Une autre étude de Harvey Brenner ⁶ soutient qu'une augmentation de 1,4% du chômage en 70 amena, cinq ans plus tard, une augmentation de divers indices de dégradation sociale : suicides, admissions dans les hôpitaux psychiatriques, admissions dans les prisons d'État, homicides, décès dus à la cirrhose du foie (dont on peut inférer une augmentation de l'alcoolisme), décès imputables à des troubles cardiovasculaires ou rénaux (voir l'encadré).

² A. Munro et al., *Toronto General Hospital Self Harm Project*, six month report, 1978.

³ Social Planning Council of Metropolitan Toronto.

⁴ L. Clark, D. Lewis, *Rape: The Price of Coercive sexuality*, 1977.

⁵ Economic, *Opportunity and Crime*, 1977, p. 35.

⁶ *Estimating the Social Cost of National Economic Implications for Mental and Physical Health and Criminal Aggression*, rapport présenté au Joint Committee du Congrès américain, octobre 1976.

Résultats de l'étude de Harvey Brenner :
 « Estimating the social cost of national économie implications
 for mental and physical health and criminal aggression »

Indice du stress social	Cas en nombre 1975	Pourcentage de variation im- putable à l'augmentation de 1,4 % du taux de chômage	Augmentation des cas
Suicides	26 960	5,7 %	1 540
Admissions dans les hôpitaux psy- chiatriques de l'État	117 480	4,7 %	5 520
Admission dans les prisons de l'État	136 875	5,6 %	7 760
Homicides	21 730	8 %	1 740
Décès par cirrhose du foie	32 080	2,7 %	870
Décès par troubles cardiovascu- laires ou rénaux	979 180	2,7 %	26 440
Nombre total de décès	1 910 000	2,7 %	51 570

Tout cela suggère le fait que le [235] statut de chômeur influence la santé entendue au sens large, le bien-être et la capacité de fonctionner en société. En cette matière, les recherches à caractère académique qui se sont penchées sur la relation particulière entre le chômage et la santé n'infirmement pas l'hypothèse de l'existence d'une relation entre le chômage et la santé. Bien au contraire, il s'en dégage une quasi-certitude, mais la nature de la relation est plus complexe qu'on pourrait l'imaginer.

A priori

D'entrée de jeu, lorsqu'on aborde la question des effets du chômage sur la santé, on se confronte à deux présupposés d'autant plus funestes qu'ils sont quasi inconscients et qu'ils ont leur part de vraisemblance. D'abord, il y a la croyance selon laquelle le travail est la clé de la santé... quelle que soit sa nature, et par conséquent, le corollaire selon lequel les effets du chômage ne sauraient être que négatifs. D'autre part, on

rencontre la présomption automatique que ces effets ne visent que les chômeurs, non pas à l'exclusion des autres, mais plutôt par omission.

Pourtant, la réalité est plus complexe dès lors qu'on replace le chômage et ses effets sur la santé dans le contexte de la crise économique et des conditions de travail propres à la conjoncture, et non dans le seul cadre individuel de la *pathologie du chômeur*.

Qui est visé ?

Si l'on prend par exemple la question des personnes visées par les effets du chômage sur la santé, il est nécessaire de distinguer trois groupes dont la santé est menacée par la baisse du niveau d'emploi. D'abord, en tant que conjoncture socioéconomique, le chômage (des autres...) contribue à la détérioration des conditions de travail de *ceux qui sont encore en emploi*, en accentuant la pression au rendement et l'insécurité dans l'emploi ; ces pressions sont le fait de l'augmentation du réservoir de main-d'oeuvre et des menaces de fermetures et de coupures ; le pouvoir de revendication des travailleurs organisés s'en trouve réduit, alors qu'augmente la marge de manœuvre de la gérance en termes d'organisation de la production. De plus, la santé des travailleurs souffre aussi d'être occultée et secondarisée au profit des exigences accrues qui résultent de la concurrence pour l'emploi : soucieux de conserver leur travail, ils censurent l'expression de la maladie.

De plus, le chômage vécu personnellement détériore non seulement la *santé des chômeurs eux-mêmes*, mais aussi la santé *de leurs proches, des personnes qu'ils ont à leur charge*. Cela passe d'abord par l'appauvrissement, bien sûr, mais aussi par les changements occasionnés dans l'organisation de la famille : retour au travail du conjoint, ou encore augmentation de sa charge de travail, accès prématuré au travail des enfants, détérioration de la santé périnatale, etc.

Des effets négatifs, bien sûr !

En ce qui a trait à la *nature* des effets, l'ensemble des recherches contemporaines effectuées sur la question, de même que la tradition de la recherche en cette matière (voir [236] encadré) se penchent davantage sur l'examen des effets *négatifs* du chômage sur la santé des chômeurs, à l'exception d'une étude française récente ⁷ exposant les résultats d'une enquête effectuée sur la population de la ville française de Fougères, touchée en 1976 par une vague de licenciements massifs laissant une fraction importante de la population active en chômage. Il en sera question plus loin de façon plus détaillée.

Études précédant les années 70

Les études examinant les possibilités d'une influence pathogène du chômage sur le bien-être d'individus, de groupes ou d'une société s'insèrent dans le contexte plus général de la recherche sur la relation entre les cycles économiques et les indicateurs sociaux ou de santé.

Les études précédant la Grande Dépression se sont penchées sur les effets délétères de l'inactivité ⁸, sur la somatisation de la situation de chômage sous la forme d'une « nervosité acquise : état général de fatigue, maux de tête, vertiges, insomnies, manque d'appétit, etc. ⁹ ». Les études de Durkheim ¹⁰ sur le suicide ont aussi observé une relation entre les changements économiques et la précipitation des problèmes de santé, et l'auteur émet l'hypothèse que la cohésion sociale, et le sentiment d'appartenance et de soutien qui en résulte, est un facteur déterminant dans l'importance de l'impact des changements économiques. Les

⁷ Martine Bungener, Chantal Horellou-Lafarge, Marie-Victoire Louis, *Chômage et santé : l'état de santé d'une ville en chômage*, Ed. Economica, Fougères, 1982, 160 p.

⁸ Christoph Wilhelm Hufeland, Émile Durkheim, Pierce, « Études précédant la Grande Dépression », cité in *Prévenir*, n° 1, numéro spécial « Chômage et santé », Mutualité des travailleurs, Coop. d'édition de la vie mutualiste, Marseille, 1980, p. 134-143.

⁹ Émile Grotjahn, cité in *Prévenir*, *op. cit.*

¹⁰ Émile Durkheim, *Suicide : A Sociological Study*, Alcan, Paris, 1897. [La version française est accessible en libre accès dans Les [Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

travaux les plus caractéristiques de l'époque suivante, celle de la Grande Dépression, sont sûrement les travaux de l'équipe composée de Lazarsfeld, avec Zawadski et Eisenberg ou avec Jahoda et Leisel ¹¹, qui a séjourné dans le village autrichien de Marienthal au temps de la crise économique des années 30, alors qu'une large part de la population est touchée par le chômage.

L'étude met en évidence l'incidence perturbante du chômage au plan individuel et social (instabilité émotionnelle, perte de confiance, sentiment de dévalorisation, angoisse, réduction des activités sociales) et dégage la séquence en trois phases du délabrement psychologique du chômeur au fur et à mesure que se prolonge sa situation : d'abord, vacances et recherche dynamique d'emploi, puis, découragement, remise en cause de soi et apparition de dysfonctionnements ; enfin, adaptation à la situation désorganisée dans l'apathie. Une telle séquence n'a pas été comme telle démentie par la suite.

E. Wight Bakke a procédé, à la même époque, à l'étude de Greenwich, banlieue ouvrière de Londres où fleurit le chômage. Ses travaux, comme la grande majorité des travaux de la période 1930-70 ¹², ont pour vertu de mettre en lumière l'incidence psychologique du chômage, mais les résultats ont avant tout un caractère descriptif et le contexte de leur réalisation les rend anachroniques à certains points de vue.

En effet, il faut désormais tenir compte des changements intervenus dans le système de sécurité sociale, de la précision accrue des données statistiques agrégées et désagrégées, et des outils plus raffinés disponibles à la fois pour l'examen et l'analyse des données.

¹¹ P. Lazarsfeld, B. Zawadski et Eisenberg, « Psychological consequences of unemployment », *Journal of Social Psychology*, 1955 ; P. Lazarsfeld, M. Jahoda et H. Leisel, *An Unemployed Village, Character and Personality*, décembre 1932.

¹² Autres travaux, période 30-70, recensés in *Prévenir, op. cit.*, et Garatty, *Unemployment in History*, 1978. De plus, une étude importante s'ajoute à celle de Lazarsfeld et al. dans la même période : E. Wight Bakke, *The Unemployed Man*, Nisbet, Londres, 1933. Au Québec, une équipe de chercheurs de l'Université McGill : Leonard C. Marsh, A. Grant Fleming et C.F. Blackler, *Health and Unemployment : Some Studies of their Relationships*, Oxford University Press, 1938.

La période des années 70 reflète un développement des approches, dû à la fois à l'évolution des sciences de la santé, à l'ouverture de la discipline économique, et au raffinement des tests statistiques.

[237]

Le rôle du stress

On a d'abord mis en lumière que les effets du chômage sur la santé passaient, selon toute vraisemblance, par le stress ¹³. En effet, si le changement en soi est facteur de stress lorsqu'il dépasse les facultés d'adaptation de l'organisme, et davantage s'il s'agit d'un changement indésirable, dès lors une séquence accumulée d'événements nouveaux accroît le facteur de risque. On peut reconnaître ce principe d'accélération du stress ¹⁴ dans la situation de mise à pied qui génère souvent une suite de changements indésirables : baisse de revenu, faillite, modification plus ou moins brutale des habitudes de consommation et de vie ; conflits conjugaux et familiaux peuvent s'ensuivre, aggravés par la perte d'amis de travail, le sentiment d'isolement ; éventuellement, on pourra ajouter poursuites judiciaires, divorce, déménagement forcé, emploi inférieur, etc.

¹³ Les études sur le stress du Dr. Hans Selye et toute la filiation des travaux qui en originent (R. Catalano, D. Dooley, *The Health Effects of Economic Instability : a Test of the Economic Stress Hypothesis*, rapport de recherches. Public Policy Research Organization, University of California, 1980 ; « The economy as a stressor : a sectoral analysis », *Review of Social Economy*, n° 37, 1979, p. 175-187 ; « Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 18, n° 3, septembre 1977) ont en effet permis un sérieux avancement dans l'observation de la relation chômage-santé dont les médiateurs restaient jusqu'à ce temps obscurs.

¹⁴ Harvey Brenner, « Influence of the social environment on psychopathology : the historic perspective », in *Stress and Mental Disorder*, James E. Barret et al., Raven Press, N.Y., 1979, p. 161-177. Aussi, le lecteur intéressé peut consulter la série d'articles parus dans *Le Devoir*, février-avril 1983, sur le vécu du chômage chez une série d'individus.

Dans la filiation de ces travaux, Holmes et Rahe ¹⁵ ont développé une liste de 43 événements stressants, par ordre d'effet produit sur l'organisme. Dans cette liste, la mise à pied se classe au 8^e rang, après le veuvage et le deuil d'un proche, le divorce et la séparation, l'emprisonnement, mais avant la retraite, la baisse de revenus, les conflits conjugaux, les troubles judiciaires, la grossesse, etc. ¹⁶.

Du stress, mais aussi des facteurs « aidants »

Certains facteurs peuvent influencer positivement la santé, et ainsi réduire les dommages des événements stressants sur la santé. Il en va ainsi du fait, pour un individu, de bénéficier dans son entourage d'un bon réseau de personnes auxquelles il peut s'adresser aux fins d'assurer la satisfaction de ses besoins sociaux de base : l'affection, l'estime, le sentiment d'appartenance, l'identité et la sécurité ¹⁷ — le soutien social.

Plusieurs thèses s'affrontent quant à la façon dont agit le soutien social sur la santé, mais ce n'est pas ici notre propos de rendre compte de ce débat ¹⁸ ; quoi qu'il en soit, tous s'entendent sur la portée positive du soutien sur la santé, particulièrement lors d'événements difficiles.

¹⁵ T.H. Holmes et R.H. Rahe, « The social readjustment rating scale », *Journal of Psychosomatic Res.*, n° 11, 1967, p. 213-218.

¹⁶ Cependant, on peut souligner que cette échelle mise au point par Holmes et Rahe révèle que certaines corrélations entre l'événement stressant et le symptôme sont faibles, faute de tenir compte à la fois du caractère désirable ou non du changement et de la situation personnelle des sujets. De plus, comme il s'agissait d'études rétrospectives, les méthodes de corrélation pouvaient sous-estimer l'intervention d'une troisième variable non mesurée mais préalable à l'une et l'autre variable, l'événement, et le symptôme.

¹⁷ Susan Gore, « The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 19, juin 1978, p. 157-165. J. Myers, J.J. Lindenthal, M.P. Pepper, « Life events, social intégration and psychiatric symptomatology », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 95, 1975, p. 431-441.

¹⁸ Le lecteur intéressé peut lire A.W. Williams, J.E. Ware, C.A. Donald, « A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 22, décembre 1981, p. 324-336.

Susan Gore ¹⁹ a étudié l'effet du soutien social en tant que modérateur des effets du chômage sur la santé, en prenant en compte la durée du chômage et l'état de privation économique réelle des sujets. Les résultats sont à l'effet que les chômeurs qui subissent les plus graves atteintes, tant psychologiques (dépression, auto-blâme) que physiques, souffrent d'une très faible contribution au niveau du soutien social.

La recherche concernant l'effet du soutien social dans le vécu des événements stressants comporte une somme importante de travaux ²⁰ d'où se dégage un consensus certain sur l'importance du facteur de soutien. Il s'agit là d'un apport important de la psychologie au phénomène du chômage et de ses conséquences, mais qui se situe dans une perspective individuelle du problème et de ses solutions.

Par ailleurs, les enquêtes effectuées par des collectifs de travailleurs français et par des psychiatres ²¹ dans le cadre de licenciements collectifs ont fait ressortir le rôle positif joué par le militantisme [238] syndical et l'implication politique dans le vécu du chômage. En effet, le fait d'une certaine conscience politique qui amène le sujet à percevoir le chômage comme dû à des facteurs situés hors de sa responsabilité immédiate, dans les mécanismes économiques et la dynamique des rapports sociaux de production, plutôt que de se percevoir comme le responsable de sa situation, le rend, selon ces observations, moins vulnérable au délabrement physique et psychologique. Diminuant la honte et le blâme, il évite d'intérioriser l'angoisse et de se culpabiliser.

On peut alors s'interroger sur la continuité qui peut exister entre ce facteur « atténuant » les effets du chômage, et le précédent : le soutien social. Les pratiques militantes ne sont pas exclues de la définition du réseau de soutien social, mais néanmoins, le soutien apporté y est différent de celui qu'on reçoit lors d'activités sportives ou socio-

¹⁹ Susan Gore, op. cit. ; M. Kowarovsky, *The Unemployed Man and His Family*, Dryden, N.Y., 1940 ; L. Ferman, « Sociological perspectives in unemployment research », in *Blue Collar World*, ed. A. Shortak et W. Goneberg, Prentice-Hall, New Jersey, 1964.

²⁰ Le lecteur intéressé peut consulter la revue des études et la bibliographie contenues dans Ware, Williams, et Donald, *op. cit.*

²¹ Comegno, Motre, Warin, « Chômage et santé. Compte rendu d'une enquête auprès de collectifs de travailleurs licenciés en lutte », p. 34-44 ; Dr. H. Ziegler, « Santé et licenciement collectif », p. 44-54 ; S. Giudicelli, « Comprendre ce malaise du chômage », p. 79-88, in *Prévenir*, *op. cit.*

culturelles. La pratique militante fournit à l'individu un double apport de contacts sociaux et de réflexion politique sur sa condition de chômeur. Les deux dimensions contribuent à rompre son isolement, quoique de façon différente : la première en donnant une solidarité affective, la seconde une solidarité sociale.

La seconde est importante en ce que l'individu isolé socialement est plus vulnérable à l'auto-blâme parce que plus vulnérable au discours



Manifestation contre le chômage à Fougères en Bretagne (France)
— octobre 1981.

[239]



dominant sur l'éthique du travail, discours normatif dont le résultat est de marginaliser ceux qui ne participent pas à la production sociale. L'importance de cette propagande morale a été reconnue dans la recherche française comme un facteur aggravant les effets du chômage sur la santé ²².

Chômage et maladie, chômage et délinquance

Certaines études mettent en relation des facteurs économiques et des indicateurs de santé, et examinent les effets du chômage sur *la société*. N'utilisant que des agrégats statistiques, extraits de données déjà recueillies et compilées, ils observent la variation d'un indice de santé ou de délinquance en fonction d'une variation donnée du chômage. Les

²² *Prévenir*, op. cit., p. 134-143 ; J. Hayes et P. Nutman, *Comprendre les chômeurs*, Ed. Pierre Hardaga, coll. Psychologie et sciences humaines, 1981, 221 pages, p. 13-48-73-78-64-65.

études de Harvey Brenner citées au début de cet article sont représentatives de ce type d'études, et font ressortir l'augmentation de l'alcoolisme, des suicides et homicides, des admissions en hôpital psychiatrique, des cas de détention, de la mortalité, en fonction du chômage. Ce sont là des indices de santé sociale et de santé mentale.

L'étude de Fougères

On le voit, les études contemporaines recensées ici ont mené principalement à identifier les conséquences funestes du chômage sur la santé : hausses dans la délinquance et le crime, dans le recours aux soins de santé et aux services sociaux ; augmentation du stress et des maladies [240] générées par le stress ; détresse psychologique : perte de la confiance et de l'estime de soi, dépression ; divers traumatismes : digestifs et cardio-vasculaires, entre autres.

Ces études ont aussi tenté d'en extraire les mécanismes et les médiateurs. Le chômeur, ou la collectivité touchée par le chômage, sont analysés dans leur fonctionnement en tant que victimes de la privation de travail, au sein d'une économie marchande où la participation au travail social constitue la source de revenus, mais aussi le passeport à la vie collective.

Nous allons maintenant examiner les résultats de l'enquête précitée effectuée sur la population de la ville française de Fougères ²³, touchée en 1976 par une vague de licenciements massifs laissant une fraction importante de la population active en chômage.

Ce chômage était indemnisé à 90% du salaire antérieur pendant un an au titre de l'Allocation supplémentaire d'attente (ASA), ce qui permettait à l'équipe de chercheurs d'analyser l'influence de la baisse de revenus sur la santé en deux temps : une première période d'un an pendant laquelle les chômeurs subissent une réduction de revenus, et une seconde période d'un an où ils sont sans revenus. L'homogénéité de la population en termes d'histoire d'emploi, de mode de vie, du moment du licenciement, de catégorie socio-économique et d'équipement socio-sanitaire s'ajoutait à la disponibilité des fiches d'admission de l'hôpital

²³ Bungener, *op. cit.*

de Fougères pour une période de cinq ans — de 1974 à 1978, c’est-à-dire deux ans avant et deux ans après les licenciements, pour faciliter le travail d’analyse.

Les résultats

L’examen des dossiers médicaux de la ville de Fougères fait bien ressortir une ambivalence dans le caractère négatif des symptômes consécutifs au chômage : dans un premier temps, on observe au moyen du relevé des dossiers médicaux une *amélioration* de l’état de santé en ce qui concerne les pathologies reliées au travail, chez les chômeurs maintenant à l’abri des risques professionnels.

Par ailleurs, on observe de la même façon que l’état de santé de la population en général s’améliore également, y compris donc celui des actifs ²⁴. Face à ce phénomène à tout le moins troublant, on peut formuler l’hypothèse d’une réaction d’autocensure opérée par les travailleurs sur l’expression de leurs maux, sous la menace des licenciements massifs qui constituent le contexte de l’étude de Fougères ²⁵.

Mais si le chômage exerce un effet positif chez les chômeurs en ce qui concerne les maladies professionnelles, et aussi un effet de renforcement des exigences d’adaptation chez les travailleurs, il exerce à la fois un effet négatif de désinsertion sociale qui contribue aussi à la détérioration de la santé, mais qui se manifeste à travers la pathologie spécifique chez les chômeurs de Fougères, radicalement départagée de la pathologie des travailleurs actifs, et progressivement apparentée à la pathologie des inactifs, c’est-à-dire des individus hors de la population active bien qu’en âge de travailler — souvent déclarés inaptes au travail.

Cette convergence se manifeste, bien sûr, au niveau des diagnostics hospitaliers car ce sont là les données [241] utilisées pour l’étude ; une certaine prudence s’impose donc dans l’utilisation de ces informations

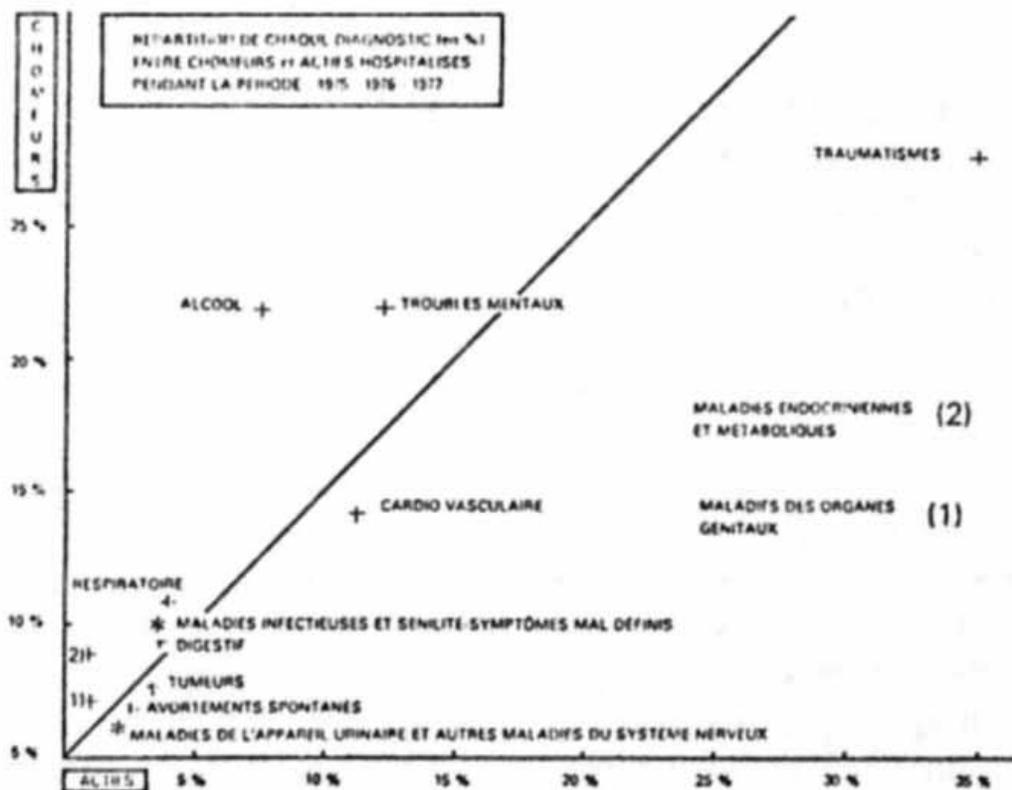
²⁴ *Ibid.*, p. 80-96.

²⁵ En effet, l’amélioration de l’état de santé dont il est ici question est inférée de la baisse de recours aux soins hospitaliers *seulement*, donc une mise en garde s’impose.

qui ne comprennent pas d'évaluation subjective de la santé et du bien-être par la population, et qui ne tiennent pas compte de tous les symptômes qui ne justifient pas de recours aux soins hospitaliers. Néanmoins, ces informations ont toutefois le mérite d'être colligées de façon comparable et de concerner le même bassin de population.

Tableau 1

Répartition de chaque diagnostic (en %) entre chômeurs et actifs hospitalisés pendant la période 1975, 1976, 1977



Elles révèlent par exemple que deux diagnostics semblent toucher en plus grande proportion les chômeurs : ce sont l'alcoolisme et les troubles mentaux, alors que les traumatismes et les affections cardiovasculaires atteignent principalement les actifs (cf. tableau 1).

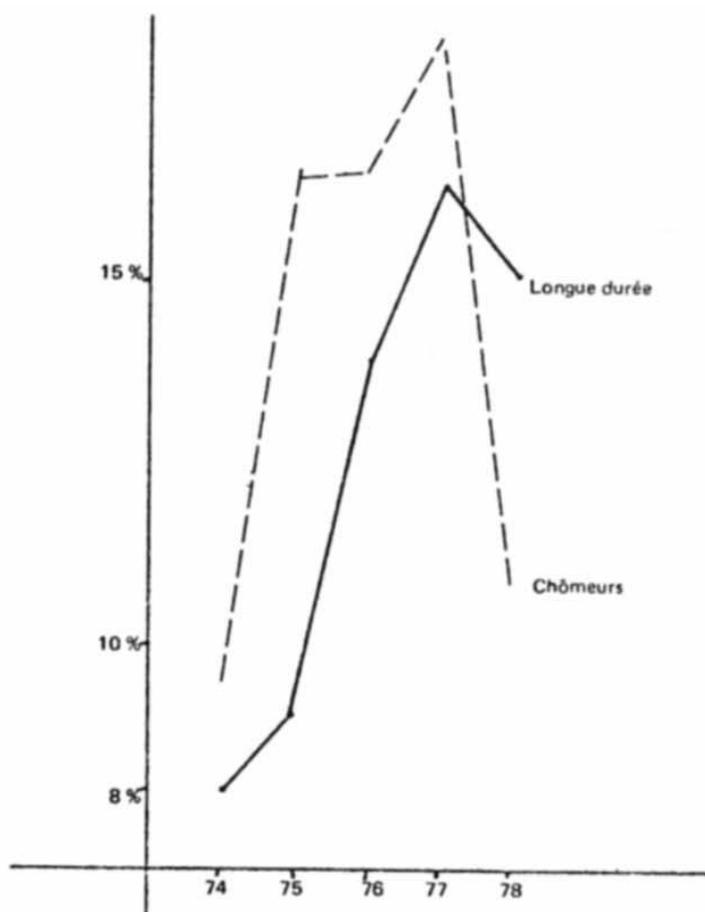
Parmi les affections moins fréquentes, les chômeurs apparaissent plus atteints par les maladies respiratoires, digestives, infectieuses. Les avortements dits « spontanés » se retrouvent quant à eux surtout chez

des femmes actives, et les tumeurs chez les actifs en général. La même étude observe en outre que « le statut des chômeurs tend à se médicaliser quand le chômage s'amplifie et dure » (cf. tableau 2). En d'autres termes, dans la clientèle inscrite depuis plusieurs mois au chômage, les médecins observent une augmentation du nombre de demandes de prestations du « régime de longue durée » en cas d'invalidité ou d'inaptitude au travail.

Les auteurs interprètent ce phénomène comme l'acquisition par les [242] chômeurs de la possibilité de se prévaloir d'un « statut alternatif » cautionné par le système socio-sanitaire, et donnant à la durée ou à l'irréversibilité de leur situation un caractère plus acceptable.

Tableau 2

Pourcentage de chômeurs et de malades de longue durée dans l'échantillon de malades de 15 à 65 ans



Il ne s'agit pas ici d'un *choix* rationnel opéré par les travailleurs-chômeurs en faveur d'un « loisir » permis par le système socio-sanitaire qui s'opposerait à la contrainte des heures de travail tout en permettant un revenu de subsistance, comme pourrait l'expliquer par exemple la théorie orthodoxe de l'offre de travail. Les observations des auteurs sont plutôt à l'effet que les chômeurs de longue durée, confrontés à la réalité fort difficile d'être exclus de la production sociale et donc exclus socialement, et au stress de l'incertitude, développent une série de problèmes de santé *réels*. L'organisme du chômeur répond ainsi à la perception qu'il a de sa situation, et manifeste les symptômes de la désadaptation au travail, proportionnels aux efforts premiers d'adaptation au travail.

Le statut d'inapte au travail est [243] d'autre part le seul statut socialement reconnu pour s'exclure à plus long terme de la population active, et de plus, il permet de quitter les rangs des « chômeurs ». Le chômeur qui, à la fois, se retrouve malade et perd l'espoir de revenir au travail, peut régulariser sa situation en lui donnant un statut médical. C'est ainsi que les demandes à cet effet, formulées aux médecins, augmentent en période de chômage prolongé à Fougères.

D'autre part, pour ne parler qu'en termes quantitatifs, à savoir le nombre de recours à l'hôpital dans la population totale, les chercheurs ont remarqué une augmentation très nette à deux moments : lors de l'annonce des licenciements (1975), et lors de l'épuisement de l'ASA (Allocation supplémentaire d'attente), année où la privation économique croissante s'ajoute à l'inactivité installée depuis un an²⁶. De plus, on remarque que l'augmentation ressentie à ces deux moments est constituée par l'augmentation des recours aux soins hospitaliers de deux groupes principaux : les inactifs et les enfants²⁷. Il s'agit d'une augmentation de l'ordre du tiers du nombre d'admissions²⁸ qu'on ne saurait imputer à une stratégie d'occupation et de rentabilisation des lits de l'hôpital : il faut y voir plutôt le résultat d'une réponse du système hospitalier à la demande sociale induite par le chômage. L'examen approfondi des diagnostics et des motifs de recours aux soins hospitaliers

²⁶ *Ibid.*, p. 20.

²⁷ *Ibid.*, p. 22.

²⁸ *Ibid.*, p. 30.

a permis de distinguer maux du travail et maux du chômage, derrière l'apparente stabilité des symptômes traités. Les symptômes traités lors des années 75 et 77 révèlent plutôt une pathologie de l'angoisse : psychoses alcooliques, cardiopathies, maladies respiratoires, maux du système nerveux ²⁹. D'autre part, le chômage peut révéler a contrario un ensemble de maux antérieurs qui, en diminuant, démontrent leur lien avec l'activité pathogène de travail.

Par exemple, en 1976, on remarque une baisse des pathologies suivantes ³⁰ : maladies cardiovasculaires, en particulier les infarctus et les cardiopathies, certaines maladies respiratoires dont les bronchites, emphysèmes et asthme, l'alcoolisme et les cirrhoses, les maladies digestives, en particulier celles du foie et de la vésicule, les maladies ostéo-musculaires, les affections de la peau, les maladies de l'appareil urinaire et des organes génitaux, les maladies infectieuses, endocriniennes et métaboliques, auxquelles il faut ajouter les autres symptômes nerveux et les névroses chez les femmes.

Dans ce sens, on remarque donc l'ambivalence du rapport entre le chômage et la santé, qui permet une amélioration de la santé grâce à l'interruption du travail pathogène, mais aussi le développement d'une symptomatologie liée à l'inactivité et à la marginalisation ; de plus, les auteurs soulèvent l'hypothèse que les symptômes des chômeurs peuvent être partiellement induits par les conséquences d'une grande adaptation au travail pathogène, y compris l'adhésion aux valeurs de la société productive. Le fait d'une telle adaptation crée une nouvelle demande d'adaptation à la situation de chômage, situation qui constitue le « négatif » de la situation de travail.

À ce propos, l'augmentation des psychoses chez les hommes en période de chômage est révélatrice [244] de cette analyse des auteurs. Les femmes possèdent, en vertu des normes et des valeurs acquises, un « statut alternatif » inhérent à leur condition. Devant le chômage, l'homme est privé du rôle social qu'on lui reconnaît en priorité : producteur et pourvoyeur. L'adaptation au travail dans leur cas rejoint souvent l'identification sinon l'aliénation au travail, et la perte d'emploi menace dès lors leur identité. Les hommes qui conservent des comportements d'astreinte acquis au travail alors qu'ils sont chômeurs

²⁹ *Ibid.*, p. 34.

³⁰ *Ibid.*, p. 53.

manifestent une impossibilité d'adaptation au non-travail, qui peut constituer une hypothèse d'explication de l'augmentation des psychoses observée chez eux. On ne saurait sous-estimer les exigences et la pression créées par le bouleversement de la norme sociale du travail.

Chez les chômeurs hospitalisés, on constate entre autres que l'augmentation du taux d'hospitalisation n'est pas proportionnelle à l'augmentation du taux de chômage à Fougères, car ce dernier a quintuplé alors que le premier a doublé ³¹. Toutefois, la durée d'hospitalisation est plus longue pour les chômeurs ³². Si l'on excepte les maternités, les hommes sont plus hospitalisés que les femmes ³³, et les urbains le sont plus que les ruraux ³⁴.

Voilà qui pose, en définitive, le problème dans une perspective plus large ; s'il est utile de se poser ces questions au sujet des facteurs de risque menaçant la santé, encore faut-il se demander ce qu'on entend par la santé.

Qu'est-ce que la santé ?

La définition de la santé comme la définition du chômage a ses aspects conjoncturels... On connaît bien la définition de l'Organisation mondiale de la santé qui consiste à la concevoir non seulement comme une absence de maladie mais encore comme un état complet de bien-être aussi bien psychique, physique, que social, et par conséquent comme une relation entre l'individu et son environnement, dans une perspective plus écologique que strictement physiologique. Le développement contemporain de l'épidémiologie a mis l'accent sur les origines de la maladie qui se situent dans le milieu de vie, en partie grâce aux travaux de Hans Selye sur le stress qui dégagent la perspective du lien dynamique entre le corps et l'esprit, et aussi grâce au développement des études de santé publique, axées sur les conditions de vie de collectivités.

³¹ *Ibid.*, p. 59.

³² *Ibid.*, p. 62.

³³ *Ibid.*, p. 65.

³⁴ *Ibid.*, p. 66.

Mais la publication récente de l'étude de Fougères souligne l'importance de la place occupée sur le marché du travail, et de la participation à la production, dans la définition du rôle assigné aux individus. L'équipe de Fougères est amenée à définir l'état de santé comme le résultat d'un processus d'adaptation de l'individu aux conditions de vie inhérentes au système social dans lequel il s'insère ³⁵. Par ailleurs, la définition informelle de la santé qui sert d'assises aux évaluations effectuées par le personnel des institutions socio-sanitaires est plutôt axée sur la capacité à travailler, plutôt que sur les besoins de l'individu ; de même, l'essentiel de la thérapie consiste à le remettre en état de travailler.

Si l'on utilise la définition de l'équipe de Fougères, où l'état de santé reflète les conditions d'existence [245] et résulte des efforts d'adaptation de l'individu à ces conditions, alors le travail joue un rôle très important dans la santé en ce qu'il détermine largement les autres conditions d'existence par la place occupée dans le système de production. De plus, les conditions de travail comme telles représentent un facteur de risque professionnel variable, mais toujours important de par la place occupée par le travail dans la vie d'un individu. L'état de santé reflète donc, entre autres, les efforts d'adaptation aux dimensions pathogènes du travail.

À cet égard, il est particulièrement intéressant de remarquer dans l'étude des dossiers médicaux de Fougères comment se départagent les symptômes des travailleurs et ceux des inactifs, et comment les symptômes des chômeurs s'apparentent à ceux des inactifs avec la durée de chômage.

Quand la maladie implique un congé de travail, absence ou cessation totale, on considère qu'elle atteint un niveau supérieur, car comme le veut le dicton populaire, « le travail c'est la santé ». Pourtant, les symptômes manifestés en cours d'emploi sont parfois de nature à justifier, à long terme, un arrêt de travail. Mais la seule justification de l'absentéisme réside dans l'invocation d'un motif médical reconnu. De même sommes-nous habitués à considérer le retour au travail après un congé de maladie comme synonyme de retour à la santé. De même, également, les comportements de « suradaptation » au travail ne sont-ils pas considérés comme pathologiques puisque fonctionnels. L'adaptation à des

³⁵ *Ibid.*, p. 102.

risques professionnels reliés aux conditions de travail pénibles exige l'adhésion à des normes sociales, culturelles et morales induisant pourtant des pratiques génératrices de maladies.

Dans ce système normatif, tout échappement au travail de la part d'un individu identifié socialement comme faisant partie du bassin de main-d'oeuvre doit se justifier pour bénéficier du soutien financier et normatif nécessaire à l'accès à la vie en société. La maladie est l'une des seules voies d'accès au non-travail acceptée socialement et compensée financièrement. Le chômeur reçoit des prestations monétaires mais subit souvent diverses formes de rejet dans son environnement, mais l'individu inapte au travail bénéficie d'une exclusion cautionnée.

La profession médicale remplit un rôle stratégique à cet égard : statuant sur l'état de santé en fonction de l'aptitude au travail, c'est elle qui légitime ou délégitime l'absence au travail. Le certificat médical est intimement relié à la définition de la santé utilisée, qui elle-même varie en fonction du contexte social, économique et politique. L'institution médicale exerce ce pouvoir à l'exclusion de toute autre institution, et ses normes de santé contribuent ainsi à déterminer le nombre d'individus composant la population active, par le biais du nombre « d'inaptes » au travail reconnus par ses normes (variables selon les époques).

Les individus n'arrêtent de travailler que lorsqu'ils sont mis à pied ou malades, et la situation de chômage est reliée au développement de maux qui augmentent avec la durée du chômage. Mais cela ne signifie pas que le travail équivalent automatiquement à la santé.

[246]

Conclusion

Les considérations précédentes nous permettent de poser le problème autrement, à la suite des auteurs précités qui ont constaté l'existence d'un rapport ambivalent, c'est-à-dire à la fois négatif et positif, entre le chômage et la santé.

L'ambivalence du rapport chômage-santé est décrite comme le « négatif » du rapport travail-santé : si le travail comporte à la fois une

dimension positive d'insertion sociale et une dimension négative de contrainte, le chômage comporte donc à la fois une dimension positive de libération des contraintes et une autre, négative, de désinsertion sociale.

La symptomatologie observée par les auteurs suggère une telle lecture des effets du chômage sur la santé, en ce qu'elle révèle deux séries de problèmes différents, les uns reliés au travail, les autres au chômage.

Mais elle appelle également la prise en compte d'indicateurs de santé plus élaborés que les dossiers d'hospitalisation, qui ne manifestent que les symptômes traités en institution, à l'exclusion des consultations externes et d'indicateurs de bien-être, physique et psychologique.

NOTES

Pour faciliter la consultation des notes en fin de textes, nous les avons toutes converties, dans cette édition numérique des Classiques des sciences sociales, en notes de bas de page. JMT.

[247]

[248]

