



Michel Debout

Psychiatre, professeur émérite de médecine légale et de droit de la santé (Saint-Étienne), il publie *Le traumatisme du chômage* (Les Éditions de l'Atelier, 2015, 96 pages, 12 euros).

Le chômage est un psychotraumatisme

Est-il à risque pour la santé ?

Oui, de nombreuses publications internationales l'ont montré. Mais en France c'est peu évalué, alors qu'il y a plus de 5 millions de chômeurs ! Dans mon livre, j'extrapole une surmortalité de cette population à partir des taux de suicides et de tentatives de suicide, pour lesquels nous connaissons la situation professionnelle des personnes. L'Observatoire national du suicide va commencer une enquête pour les préciser en se fondant sur les données des instituts de médecine légale. À partir du suivi d'une cohorte de 6 000 volontaires pendant 7 ans, Pierre Meneton, chercheur à l'Inserm, estime que le nombre de décès liés au chômage est de 15 000 à 20 000 par an, de causes très variées. Ce sont des personnes jeunes, de moins de 65 ans. Mais nous avons besoin de plus d'études pour mieux évaluer son impact sur la santé des Français qui en sont victimes.

Avez-vous une explication de ce risque ?

J'ai une hypothèse, fondée sur mon expérience de médecin légiste. Je suis frappé par les similitudes qui existent entre l'état de certains chômeurs et celui des victimes de traumatismes (accident, agression, deuil, etc.), dont on sait depuis longtemps que leur santé est fragilisée. Elles peuvent évoluer vers une récupération totale ou des troubles psychorelationnels ou même un syndrome dépressif. C'est ce qui se passe au moment de la perte d'emploi qui pour moi induit un psychotraumatisme du même ordre.

Quels sont ces troubles ?

Un sentiment d'instabilité, d'inquiétude, de malaise, qui se traduit souvent par des signes discrets, comme l'irritabilité,

éprouvants à la longue pour le patient. S'y ajoutent culpabilité et dévalorisation de soi : « *Je ne suis pas à la hauteur.* » C'est un phénomène bien connu chez les traumatisés, qui inversent souvent victime et auteur de l'agression : « *Qu'ai-je fait pour attirer ça ?* ». On le rencontre aussi bien chez les salariés licenciés que chez les indépendants qui déposent leur bilan.

L'attitude de l'entourage, surtout familial, est déterminante. Soit il est un point d'appui pour que le chômeur rebondisse, en contribuant à le déculpabiliser et le valoriser, soit il renforce le désarroi en aggravant la culpabilité (« *Comment se fait-il que tu n'aies pas encore trouvé de travail ?* »), ce qui peut aller jusqu'à des problèmes relationnels majeurs dans le couple et la famille, avec les amis, etc. Cela peut évoluer vers une authentique dépression, avec repli sur soi, absence d'activité, de relations sociales, etc., pouvant déboucher sur le suicide. J'emploie volontiers cette formule, qui résume la situation de nombre d'entre eux : ils ne meurent pas parce qu'ils se suicident, ils se tuent parce qu'ils sont déjà morts. Enfin, la fréquence des addictions, notamment tabac et alcool, est importante.

Vous proposez une médecine du chômage

Le chômage est une menace pour la santé, ça n'est évidemment pas une maladie. Il faut prévenir ce risque, comme on le fait pour les maladies professionnelles, ou liées à des situations de vie (école, grossesse, etc.).

La médecine du travail s'arrête à un moment où le risque est particulièrement élevé pour le salarié : quand il perd son travail. C'est adresser un message extrêmement négatif aux chômeurs, contribuant

à renforcer leur sentiment d'abandon : plus personne ne s'intéresse à eux. C'est ce qu'a reconnu le ministre du Travail précédent, François Rebsamen, en déclarant que le nombre de chômeurs de longue durée perdus de vue était important.

Il faut construire une médecine du chômage pour évaluer le risque que celui-ci fait courir à chaque salarié pris individuellement et l'orienter efficacement au besoin : il s'agit bien de prévention et non de soins. Je fais trois propositions pour cela, non exclusives l'une de l'autre. La première est que le salarié soit suivi pendant 2 ans par le médecin du travail de l'entreprise qui l'a licencié. Il a l'avantage de le connaître et de pouvoir comparer entre l'avant et l'après mise à pied. Quant à l'entreprise, il est normal qu'elle supporte les conséquences de sa décision. L'argument économique ne tient pas : les personnes en mauvaise santé coûtent cher à la société et sont moins employables. En revanche, les médecins du travail sont en nombre insuffisant et la personne licenciée peut préférer être suivie ailleurs que dans un service dépendant de son ancien employeur.

Ma deuxième proposition est de confier ce suivi à son médecin généraliste ou à tout praticien de son choix, dans des consultations dédiées. Cette solution a l'avantage de pouvoir être généralisée à d'autres populations, évitant ainsi le risque de stigmatisation d'une situation particulière.

Je pense notamment aux retraités, pour lesquels il n'existe pas de surveillance spécifique alors que beaucoup échappent aux structures de soin, pour une raison ou pour une autre (ils ne se sentent pas malades, ils se négligent, etc.). Nous devons construire une médecine de



SERGE CANNASSE

prévention selon les âges et les situations de la vie, d'accompagnement dans la prise en charge de la santé. Elle pourrait être rémunérée forfaitairement.

Enfin, la personne en perte d'emploi pourrait être suivie par un des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie (Cnamts). Ils sont mal connus, alors qu'ils reçoivent un très grand nombre de personnes tous les ans, notamment pour des séances d'éducation thérapeutique.

Ces trois propositions ont l'avantage de ne pas créer de structures, mais d'utiliser celles qui existent en leur affectant une mission nouvelle. Leur mise en œuvre doit bien entendu être soumise au débat démocratique.

En tout cas, le suivi du chômeur devrait être obligatoire pendant 2 ans, comme le sont la visite chez le médecin du travail après l'embauche ou les consultations pour grossesse.

Il ne s'agit pas d'une atteinte aux libertés, mais au contraire de protéger celles des personnes, susceptibles d'être gravement affectées en cas de mauvaise santé.

Vous évoquez aussi le problème des dettes personnelles

Il est grave et souvent méconnu. Le chômage entraîne une baisse des revenus, qui peut être très importante, alors que les personnes ont contracté des dettes avant leur licenciement. Certaines se retrouvent dans un état de surendettement avec un budget extrêmement contraint, qui rend difficile la satisfaction des besoins les plus basiques (alimentation, logement, etc.). Cela contribue fortement à la perte d'estime de soi, surtout chez les hommes, dont la fonction traditionnelle est le soutien financier de la famille. Il s'agit d'une atteinte à la dignité personnelle, fondée sur l'obligation que ressent chacun dans notre société de devoir subvenir à ses propres besoins et à ceux de ses proches et renforcée par le sentiment humain de devoir rembourser sa dette, quelle qu'elle soit.

À cela s'ajoute la pression permanente des créanciers, qui peut aller jusqu'au harcèlement, par exemple *via* des appels téléphoniques tôt le matin ou tard le soir,

ne laissant d'autre répit que le week-end. Cette menace constante fait que chaque jour devient le même en pire. Je pense que le crédit à la consommation est trop facile aujourd'hui, il faut le réguler et limiter ses conséquences en cas de chômage ou de toute autre situation difficile.

Vous défendez le préjudice d'anxiété pour les chômeurs

Dans l'affaire de l'amiante, les magistrats ont reconnu qu'il pouvait y avoir un risque d'anxiété même si les maladies liées au toxique ne se déclaraient pas, par le seul fait que les travailleurs ont été exposés et qu'en conséquence ils peuvent légitimement craindre pour leur santé. Ils ont conclu qu'il s'agissait d'un dommage et qu'il devait être indemnisé.

Le chômage est bien un dommage dont le salarié n'est pas responsable : c'est un traumatisme qui survient du fait de l'entreprise. Je ne dis pas que ces dernières doivent indemniser tous les travailleurs qu'elles licencient. Mais en mettant des gens à pied, elles créent un préjudice pour chacun d'entre eux, dont l'anxiété, qu'elles doivent pouvoir justifier. Elles doivent donc répondre de la nécessité de chaque licenciement, plutôt que d'annoncer des quotas dont on ne comprend jamais pourquoi ils sont de tel ordre de grandeur plutôt que tel autre. Encore une fois, mon but est la prévention, ici d'un risque peut-être inutile à provoquer.

Vous proposez de reconnaître les troubles psychorelationnels liés au travail en maladie professionnelle

Il n'y a aucun problème pour reconnaître qu'un traumatisme peut provoquer des troubles psychorelationnels dans tous les domaines d'activité, sauf le travail ! Une fois que cette reconnaissance sera acquise, il ne sera pas plus ardu de les inclure dans les tableaux de maladies professionnelles qu'au début du XX^e siècle pour d'autres pathologies, dont on disait aussi qu'elles n'étaient pas liées qu'au seul travail. Et il ne sera pas plus difficile aux médecins experts de faire le partage entre ce qui tient à l'activité professionnelle et à la vie privée. ●

Propos recueillis par Serge Cannasse
journaliste et animateur du site
carnetsdesante.fr

Michel Debout déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.