

Outils

Issam Ouali¹, Michel Debout²,
Luc Fontana³, François Nicolas⁴,
Rodolphe Charles¹

¹Département de Médecine Générale-
Faculté de médecine Jacques Lisfranc,
Université Jean Monnet, 42270 Saint-Priest-
en-Jarez

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

²CHU de Saint Étienne, Service de médecine
légale

³CHU de Saint-Étienne, Service de Santé au
travail

⁴Caisse primaire d'assurance maladie, Loire

Tirés à part : R. Charles

Résumé

Le médecin généraliste (MG) est régulièrement consulté par des personnes en situation de perte d'emploi. Des estimations modélisent que le chômage serait responsable en France de 14 000 morts par an et de quelques centaines de suicides. Dans un premier article, nous nous employions à faire une revue de la littérature afin de mettre en lumière le développement du chômage de masse, de définir la crise de la perte d'emploi et ses typologies. Dans ce deuxième article, nous décrirons l'épidémiologie du phénomène. Enfin, un troisième nous permettra d'élaborer un référentiel de pratique en MG et décrira la place des différents acteurs impliqués dans l'accompagnement et le soutien de la personne en situation de perte d'emploi. Ce travail configure une sorte de médecine du chômage à l'instar de la médecine du travail.

• Mots clés

médecine générale ; chômage ; santé mentale ; suicide.

Abstract. To consult a patient in situation of job loss. Part 2: from risk situation to pathology

The general practitioner (GP) is regularly consulted by people who are losing their jobs. Unemployment in France could be responsible for 14,000 deaths per year and a few hundred suicides. In a first article, we reviewed the literature to highlight the development of mass unemployment, define the job loss crisis and its typologies. Then in this second article, we will describe the epidemiology of the phenomenon. Finally, a third will allow us to develop a reference

Consulter un patient en situation de perte d'emploi

Partie 2 : de la situation à risque à la pathologie

Globalement, il est difficile de travailler sur la morbidité liée au chômage, d'abord parce qu'il existe un lien entre l'état de santé antérieur et la perte d'emploi. Autrement dit, la perte d'emploi est une fonction de l'état de santé. Cette difficulté n'empêche pas les modélisations et des équipes d'épidémiologistes dénombrent 14 000 décès et les quelques centaines de suicides imputables au chômage chaque année en France. Ces derniers, bien que médiatisés, ne sont que la partie émergée de l'iceberg et le problème de santé publique est beaucoup plus vaste. Il faut aussi mentionner que ces suicides, qui concernent surtout les hommes, se produisent principalement au cours des premières années suivant la perte d'emploi alors que les 14 000 décès sont liés à des maladies chroniques qui mettent beaucoup plus longtemps à se déclarer [1].

De l'intranquillité permanente à l'anticipation anxieuse

Lors d'une situation de perte d'emploi, on estime que le patient est entré dans la période de crise dès lors que les premiers troubles psychologiques sérieux se manifestent. Ceux-ci peuvent précéder l'expérience du chômage, car la menace tangible du licenciement ou du dépôt de bilan, ou encore l'expérience du harcèlement moral constituent autant de facteurs de stress. La crainte des difficultés financières n'est pas l'unique raison de l'anticipation anxieuse de l'événement. Le patient redoute aussi l'annihilation de tout un investissement personnel qui lui a permis de développer son statut socioprofessionnel. La place du travail dans la construction identitaire de l'individu et la part affective du lien noué avec son environnement professionnel (collègues, bureau, machine, etc.) expliquent les différences de vulnérabilité de chacun vis-à-vis de la perte d'emploi.

Le traumatisme du chômage

La menace de perte d'emploi provoque irrémédiablement chez le sujet un sentiment de perte de contrôle, la sensation que son destin lui échappe, et finalement un vécu d'impuissance humiliant. Il a honte de se sentir nié en tant que sujet, réifié : « *on coûte cher* ». L'annonce du licenciement est souvent brutale et réalisée de façon indécente. Le choc qui en découle peut provoquer un véritable traumatisme « *le monde s'écroule* » [2]. Le caractère sélectif du licenciement (« *pourquoi moi ?* ») interroge la culpabilité du patient (« *je n'ai pas fait ce qu'il fallait ?* ») et mène à l'autodépréciation (« *on est moins que rien* »). La perte du travail a une symbolique toujours plus forte que la seule perte de l'emploi. Lorsque le patient est au chômage, la perte des rôles à la fois social par la fonction et le statut professionnel, et familial par le salaire et la valeur symbolique du labeur, provoquent une



framework for GP and will describe the place of the various actors involved in the accompaniment and support of the person in a situation of job loss. This work configures a kind of unemployment medicine in the same way as occupational medicine.

• **Key words**

general practice; unemployment; mental health; suicide.

DOI: 10.1684/med.2019.435

bassin d'emploi sinistré. Ceci peut s'expliquer par une extériorisation et un partage des expériences qui sont moindres ainsi que par une plus forte stigmatisation sociale [4].

En tant qu'épreuve de perte, le chômage se manifeste par un processus de deuil qui commence souvent par le refus de la réalité : « *Ce n'est pas possible* ». Puis la réalité trouve à nouveau sa place dans la psyché de l'individu à travers le désarroi : « *Qu'est-ce que je vais faire ?* ». À l'ambivalence émotionnelle à l'égard du travail et de l'environnement professionnel se substitue l'intrication des pulsions de haine et d'amour. C'est ainsi qu'apparaissent à la fois la colère répondant au sentiment d'injustice (« *on nous prend pour des idiots !* ») et la tendresse à travers la nostalgie de l'objet perdu (« *ce n'était quand même pas si mal...* »). Puis arrive l'étape cruciale du détachement marquée par une tristesse tout à fait saine qui va préparer le dépassement du deuil et permettre de réinvestir le monde présent et à venir.

La durée de la période de deuil s'avère fortement variable d'un individu à l'autre. Cette variabilité est principalement due à l'histoire des personnes et trouve ses racines dans la façon dont ils ont précédemment traversé d'autres séparations [5]. Certains auteurs ont développé le concept de résilience pour expliquer ce phénomène qui consiste à prendre acte de l'événement traumatique pour le dépasser.

Les manifestations psychopathologiques du patient en situation de crise

La perte définitive d'un élément constitutif de l'identité personnelle et la dépréciation qui en résultent amènent plutôt le patient à souffrir de troubles dépressifs de l'humeur, alors que la préoccupation continue et incontrôlable liée à la menace de perte d'emploi ou aux mauvaises perspectives de retour à l'emploi l'expose aux troubles anxieux. Cependant, le ressenti et les troubles psychologiques qui peuvent se former ne sont jamais aussi simplement tranchés, et les troubles dépressifs de l'humeur sont souvent secondaires à la chronicité des troubles anxieux. La forte prévalence des syndromes

profonde rupture d'identité [3]. Le sujet perd l'accès aux structures et dispositifs entourant le travailleur. S'inscrire à pôle emploi est souvent vécu comme très stigmatisant. Il vit un changement profond de son agenda quotidien. Le temps devient suspendu et dilué alors qu'au travail il était encadré et saturé, avec parfois un certain activisme. Pour certains, ce besoin d'être actif et occupé tout le temps permettait d'éviter les conflits internes ou bien de rejeter la rumination anxieuse. D'un automatisme de vie qui empêchait ou freinait l'irruption d'un questionnement complexe sur soi et le monde, il passe à la passivité et au désœuvrement. Par ailleurs, l'effet de déviation à la norme, décrit lorsque le taux de chômage local est bas, joue un rôle prépondérant sur l'expérience subjective de la perte d'emploi. Il est effectivement démontré que les chômeurs vivant dans ces territoires dynamiques se déclarent plus affectés que ceux qui se trouvent dans un

anxiodépressifs et des troubles psychosomatiques en témoigne. D'une manière générale, les troubles anxieux, souvent très bruyants, parviennent plus facilement à la connaissance du médecin contrairement à la symptomatologie dépressive qui peut parfois masquer la problématique professionnelle [6].

Les signes pathologiques d'anxiété peuvent prendre différentes formes cliniques : trouble anxieux généralisé (TAG), mais aussi phobie sociale, attaque de panique, insomnie, addictions... Une étude suisse a prouvé que la consommation de médicaments psychotropes et les hospitalisations en psychiatrie augmentaient au cours du chômage [7]. D'autres études ont démontré une plus grande fréquence du tabagisme [8] et de l'alcoolisme [9]. Des troubles psychosomatiques peuvent aussi accompagner les tableaux anxieux : migraines et autres douleurs idiopathiques (douleurs abdominales, thoraciques, lombalgies...), acouphènes et sensations vertigineuses, crises de spasmodophilie et autres malaises.

L'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2006 et 2010 constitue la base des études françaises cherchant à évaluer l'effet du chômage sur la santé mentale. Les résultats de la plupart des études internationales rejoignent ceux de Blasco et Brodaty, révélant que l'expérience du chômage a davantage un effet néfaste sur la santé mentale des hommes, en particulier ceux de plus de 40 ans. Les troubles de la santé mentale s'expriment plus sur le mode de la dépression que celui de l'anxiété. Par ailleurs, toutes les catégories socioprofessionnelles, sans distinction statistique significative, seraient à risque de développer une dépression en cas de perte d'emploi [10].

Au paroxysme de la pression psychologique : le risque suicidaire

Maurice Halbwachs notait déjà dans *Les Causes du suicide* (1930) au sujet des chômeurs : « *leur attention, n'étant plus tournée vers le dehors, se porte davantage, non seulement sur leur détresse ou leur médiocrité matérielle, mais sur tous les motifs individuels qu'ils peuvent avoir de désirer la mort* ». La réalité du lien entre le suicide et le travail est formelle : le suicide « protestation » où

l'injustice ressentie par le chômeur le pousse à retourner sa colère contre lui-même et le suicide « retrait » où l'isolement et le désespoir du chômeur évoluent doucement vers la dépression, la mélancolie et la mort. Alors que les fonctionnaires apparaissent plus à l'abri, les salariés du privé font état d'une plus grande fragilité vis-à-vis des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. Ce constat est encore plus prononcé chez les travailleurs indépendants et les petits employeurs. Le niveau de stress ou d'anxiété auquel sont soumis ceux qui ont la responsabilité directe de leur activité ressort clairement comme un élément favorisant les idées concrètes de suicide. Les salariés confrontés à des situations de stress intense au travail comme le harcèlement ou l'épuisement professionnel constituent des populations fragilisées et nettement plus exposées. Le chômage apparaît comme un critère encore plus fragilisant en comparaison avec les intentions déclarées des travailleurs en activité. L'impact de la perte d'emploi semble alors important puisque le fait de se trouver au chômage fait grimper le taux de 19 à 30 % [11].

L'étude de Laanani (2015), axée sur l'hypothèse que cette association serait causale, modélise le nombre de suicides attribuable en France à la hausse du chômage entre 2008 et 2010 à 584 comparativement au nombre de suicides attendu si le taux de chômage était resté stable depuis la fin 2007 [12].

Par ailleurs, une étude américaine insiste sur le fait que ce sont surtout les licenciements collectifs, parmi tous les motifs de perte d'emploi, qui augmentent de manière significative le risque de suicide. Il y est aussi démontré que plus la période de chômage est longue, plus le risque de suicide augmente [13].

Les chômeurs ne sont pas fragiles, mais fragilisés

La survenue de la période de crise et les manifestations psychologiques ne dépendent pas seulement de la menace de la perte d'emploi ou de la privation du travail, mais aussi de la possibilité qu'elles ont toutes de déclencher un cercle vicieux d'incidents concomitants. Ces incidents peuvent être économiques, notamment lorsque la paupérisation ou le surendettement mènent le patient à la pauvreté. Elles peuvent également toucher les sphères sociale et familiale. La crise touchera donc plus particulièrement les patients dont les handicaps individuels et sociofamiliaux ne leur permettent pas de sortir de la précarité de la situation.

Une fois le patient au chômage, les premières conséquences qu'il ressent sont d'ordre économique. L'ampleur de la perte de revenu dépend de l'accès à l'assurance chômage et de la part d'indemnisation de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), des possibilités d'auto-assurance par l'épargne ou encore de l'endettement du ménage. Rappelons que seule la moitié des chômeurs inscrits à Pôle emploi sont indemnisés au titre de l'assurance chômage. L'ARE est alors versée par l'Unédic, organisme paritaire regroupant les

principaux syndicats du patronat et du salariat, via Pôle emploi, sous la forme d'indemnités journalières durant deux à trois ans selon l'âge de l'allocataire. Ces indemnités sont calculées selon un taux ne pouvant excéder 75 % du revenu perçu avant la perte d'emploi. En outre, selon les ressources du ménage, l'accès à certaines prestations sociales telles que les aides au logement ou encore le RSA peut alors être réexaminé, ou voir leur montant croître si certaines étaient déjà perçues.

Mais le bénéfice des aides sociales ne vient jamais combler la diminution de revenu liée à la perte d'emploi, et le chômeur ou l'inactif est alors contraint de baisser son niveau de vie : c'est ainsi que débute la paupérisation. Ses premiers stigmates sont les restrictions budgétaires, qui vont toucher avant tout les activités culturelles, sportives et de loisirs, ainsi que les privations matérielles par la vente des biens de valeur, notamment celle de la voiture qui cause une perte importante de mobilité, voire celle de l'appartement ou de la maison. On comprend ainsi aisément que le fait de retrouver un emploi peut parfois faire l'objet d'une véritable course contre la montre. Mais parfois, la démotivation et la perte d'énergie peuvent provoquer une rupture plus ou moins complète du lien avec le travail. Pour le MG, la remobilisation du patient autour d'un projet s'avère particulièrement difficile.

La paupérisation peut mener à la pauvreté lorsque le chômeur et son ménage n'ont plus accès à des biens ou à des services de première nécessité : un logement décent, une alimentation convenable, l'eau courante et l'électricité, ou encore des soins de santé de qualité.

En France, la pauvreté est définie de façon très objective par un seuil de ressources fixé à 60 % du revenu médian soit 964 € par unité de consommation, le premier adulte d'un foyer constituant une unité et chaque adulte supplémentaire ajoute 0,5 unité alors que chaque enfant ajoute 0,3 unité [14]. La paupérisation conduit inévitablement à l'épuisement de l'épargne chez les plus aisés, aux factures voire aux loyers impayés chez les plus pauvres. Lorsque le ménage est endetté, la diminution des ressources financières peut faire entrer le chômeur dans la spirale infernale du surendettement par la contraction de nouveaux emprunts pour rembourser les dettes qui arrivent à échéance. Les crédits renouvelables sont à ce niveau les plus toxiques. Selon les données de la banque de France, plus de 25 % des dossiers de surendettement concernent des personnes sans emploi. Les mises en demeure et les menaces de saisie par huissier de justice sont des facteurs de stress intense. Le chômeur adoptera alors des attitudes de fuite face à ces menaces et utilisera la dissimulation et le mensonge pour (se) protéger (de) son entourage. Mais le retour du réel se fera inévitablement dans les pires conditions [2].

Par ailleurs, des ennuis familiaux et sociaux plus ou moins latents peuvent exploser au grand jour du fait de la perte d'emploi. La participation de la femme dans le marché du travail n'ayant jamais cessé de croître depuis un demi-siècle, les ménages à double revenu ont progressivement remplacé le stéréotype du père-chef de famille qui assurait seul la subsistance financière de la famille.

Malgré cela, l'expérience de la perte d'emploi au sein d'un couple reste fortement influencée par le genre. Sur le plan symbolique, le travail demeure un élément constitutif de l'identité masculine qui se construit à distance du féminin et du foyer qui lui est associé. Le chômeur dont la compagne travaille éprouve parfois un sentiment de castration psychologique : la dissolution de son emploi du temps impose un changement de rôle au sein du couple. En effet, leur participation respective dans l'économie du ménage, l'organisation domestique et l'éducation des enfants peut devenir asymétrique. La remise en cause de certaines légitimités et par voie de conséquence l'affaiblissement de l'autorité du mari, voire celle du père de famille, marque un virage politique intrafamilial et le début des conflits. Sans évoquer la violence conjugale ni la maltraitance des enfants, une étude australienne révèle que la perte d'emploi augmente le risque de rupture conjugale, de divorce et de désagrégation familiale [15].

Chez les femmes, la perte d'emploi constitue une plus grande menace sur leur réinsertion professionnelle. Faisant l'expérience d'un manque notoire de socialisation hors de la sphère familiale, elles redoutent l'enfermement domiciliaire. Même si le statut de mère au foyer est encore perçu socialement comme une alternative satisfaisante, elles ne s'en contentent plus, craignant une stagnation identitaire dans ce rôle. Elles cherchent à exister autrement que par et pour la famille. L'humiliation éprouvée lors du chômage est de ce fait souvent incomprise par leur partenaire : « *Il est content de me voir à la maison* ». Elles se retrouvent progressivement isolées au sein même de leur couple. Ainsi, dans un souci d'indépendance vis-à-vis du conjoint, la sécurité d'un salaire versé chaque mois devient une priorité pour elles, surtout en cas d'accroc dans la trajectoire conjugale.

Quel que soit le sexe du chômeur, l'isolement social le guette d'autant plus que celui-ci se forme autour de dynamiques ambivalentes. Le chômeur déplore souvent la dissipation du réseau professionnel. Cependant, les troubles anxieux peuvent parfois lui imposer des conduites d'évitement d'autrui. Il craint le jugement des autres, se détourne des lieux de sociabilité afin de ne pas s'exposer aux questions et remarques blessantes [16]. Les troubles dépressifs de l'humeur, par la honte et la culpabilité ressenties, le plongent plutôt dans une dynamique de repli sur soi. C'est ainsi que l'individu sans emploi peut s'enfoncer dans la plus grande des précarités : l'auto-exclusion.

Changements préjudiciables du comportement et dégradation de la santé physique

Ces multiples facettes de la crise de la perte d'emploi peuvent, à terme, détériorer la santé physique du patient. La paupérisation du chômeur entraîne la hausse relative du coût des soins, et malgré les aides au maintien d'une couverture complémentaire de santé par l'ACS et la CMUC

attribués selon des critères de revenu, d'importantes inégalités en termes d'accès aux soins persistent entre chômeurs et actifs.

De plus, l'emploi du temps libre est rarement comblé par des occupations, des comportements et des habitudes de consommation saines. Bien au contraire, l'inactivité mène plutôt à la sédentarité voire parfois aux négligences. L'altération de la qualité du sommeil et de l'alimentation, la sédentarité et les négligences ainsi que la consommation de substances addictives assombrissent le pronostic, surtout que les troubles apparaissent très liés entre eux et s'entretiennent l'un l'autre : plusieurs études ont montré le parallèle entre la perte d'emploi, le tabagisme ou l'alcoolisme et la prise de poids [17, 18]. L'étude de Kasl et Cobb [19] démontre que la tension artérielle croît significativement pendant les périodes de menace de perte d'emploi et de chômage. L'amplitude de l'hypertension dépend selon eux de l'importance du stress ressenti par le patient. Sur le plan biologique, ces mêmes auteurs ont remarqué que les taux de cholestérol et d'acide urique augmentent de manière non négligeable après la privation du travail [20]. Ainsi, la majorité des facteurs de risques cardiovasculaires peuvent apparaître ou s'aggraver.

Dans cette optique, une autre étude américaine [21] estime que la perte d'emploi chez les quinquagénaires double le risque d'infarctus et d'AVC. Une étude suédoise recense une hausse significative du risque d'être hospitalisé, notamment pour les pathologies liées à l'alcool, les tentatives de suicide et les accidents de la voie publique [22]. Enfin, une étude hollandaise décrit une majoration de 34 % du risque de mortalité globale dans les cinq ans après la fermeture d'une entreprise. Les principales causes de décès qui y sont décrits sont les accidents cardiovasculaires et les cancers liés au tabac. Ce chiffre monte à 46 % si l'on considère l'ensemble des personnes ayant perdu leur emploi [23].

Toutefois, il ne faut pas occulter le fait que l'apparition ou l'aggravation de soucis de santé entrent aussi dans les causes possibles de privation du travail. Ces patients-là sont les plus vulnérables de tous, entrant dans un cercle vicieux où maladie et chômage s'alimentent l'un l'autre. L'attention des MG doit donc tout particulièrement se porter sur les quinquagénaires et notamment ceux dont le départ anticipé à la retraite est contraint pour raison de santé [24].

Quand la perte d'emploi ouvre de nouvelles perspectives

Il s'agit ici de dépasser l'idée uniforme de la perte d'emploi comme celle d'un événement décliné uniquement sur le registre négatif. Elle peut parfois aboutir à des projets de vie satisfaisants. Le reclassement ou la délocalisation de l'emploi peuvent être accompagnés par une revalorisation du salaire et/ou du statut professionnel. Le déménagement peut finalement aboutir à une meilleure qualité de vie. Mais il ne faut toutefois pas oublier que s'extraire ou non d'un bassin d'emploi sinistré par la mobilité géographique ne peut se comprendre sans

l'inscrire dans l'organisation conjugale et familiale, l'équilibre financier du ménage et son mode de vie.

L'entrée dans une période d'instabilité de l'emploi sous-entend celle du chômage itératif ou discontinu. Le travailleur « précarisable » est devenu travailleur précaire. Salarié renouvelant les contrats courts, il ne peut construire de projet professionnel cohérent. Cela le pousse à trouver d'autres sources de sécurité, notamment par le renforcement de l'affiliation familiale ou territoriale et le développement d'un réseau de soutien informel, mais plus rassurant. C'est ainsi que se développent des espaces gris, des marchés parallèles du travail illégal qui viennent combler les failles de la société institutionnelle [25].

Dans les cas d'intense souffrance au travail, notamment par l'expérience du harcèlement ou du burn-out, la perte de l'emploi constitue sans conteste une délivrance. Par ailleurs, les exigences managériales qui font de l'auto-onomie et de la réussite des injonctions auxquelles le travailleur se soumet durant sa carrière avec une plus ou moins grande adhésion s'avèrent une source de malaise. Tant que le quotidien lui semble acceptable, il s'en accommode et il s'adapte avec plus ou moins de facilités jusqu'à ce que survienne, brusquement, la perte d'emploi, qui arrête ce processus et entraîne une remise en cause profonde du sens à donner à ses perspectives personnelles, sociales, citoyennes ou encore politiques. Il peut alors prendre ses distances vis-à-vis des valeurs prônées par cette société et se retirer volontairement du marché du travail en démissionnant.

Le sentiment de libération peut être réel chez certains privilégiés dont les ressources individuelles et socio-



Pour la pratique

Le médecin généraliste doit percevoir les enjeux épidémiologiques de la situation de perte d'emploi. Pour établir une analyse systémique de la situation, il lui faut comprendre et évaluer :

- les retentissements économiques (dont l'endettement), familiaux, environnementaux ;
- les maladies préexistantes ;
- évaluer le risque psychique et suicidaire, les addictions.

Cette analyse pose les bases de la mise en place d'une relation d'aide.

familiales leur permettent de réaliser un projet personnel, par exemple une vocation artistique, ou envisager une reconversion professionnelle [26]. D'autres encore trouvent la volonté nécessaire pour collectiviser l'expérience du chômage et se donner l'occasion d'un engagement militant. Ce militantisme peut être d'ordre politique, syndical ou associatif, et leurs incidences biographiques sont souvent considérables [27].

~ **Remerciements** À Michel Tardy, Pierre Bucher, Nadine Kerveillant, Hélène Krzepisz,

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. 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 ; 1 (9192) : 141-54.
2. Debout M, Clavairoly G. *Le traumatisme du chômage*. Paris : Les Éditions de l'Atelier, 2015.
3. Price RH, Friedland DS, Vinokur AD. Job Loss: Hard Times and Eroded Identity. *Perspectives on loss : A sourcebook*, 1998 : 303-16.
4. Blasco S, Brodaty T. Chômage et santé mentale en France. *Économie et Statistique* 2016 ; 486 (1) : 17-44.
5. Dubouloy M, Fabre C. Les restructurations d'entreprises. De la rationalité économique à la souffrance des hommes. *Gérer et comprendre* 2002 ; (67):43-55.
6. Achard MO, Chastel V. Perte d'emploi et santé. Documents de recherche en médecine générale de la SFMG. 1998. [Internet, cité 27 sept 2018]. http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1134/fichier_fichier_dr50_achard7d42a.pdf.
7. Kuhn A, Lalive R, Zweimüller J. The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics* 2009 ; 28 (6) : 1099-115.
8. Falba T, Mei Teng H, Sindelar JL, Gallo WT. The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse. *Addiction* 2005 ; 100 (9) : 1330-9.
9. Catalano R, Dooley D, Wilson G, Hough R. Job loss and alcohol abuse: a test using data from the epidemiologic catchment area project. *Journal of Health and Social Behavior* 1993 ; 34 (3) : 215-25.
10. Berchick ER, Gallo WT, Maralani V, Kasl SV. Inequality and the association between involuntary job loss and depressive symptoms. *Soc Sci Med* 2012 ; 75 (10) : 1891-4.
11. Debout M, Fourquet J, Merceron A. *Les Français et le suicide*. Fondation Jean Jaures, 2016. Note N° 293. https://jean-jaures.org/sites/default/files/les-francais-et-le-suicide_1.pdf.
12. Laanani M, Ghosn W, Jouglu E, Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. *BEH* 2015 ; 1-2 : 2-6 [Internet, cité 27 sept 2018]. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9831.
13. Classen TJ, Dunn RA. The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: a new look using mass layoffs and unemployment duration. *Health Econ* 2012 ; 21 (3) : 338-50.
14. Fragonard B. Accès aux droits et aux biens essentiels, minima sociaux. Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (Rapport). 2012 [Internet, cité 27 sept 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_et_recommandations_gtravail_acces_aux_droits_biens_essentiels_minima_sociaux_couv.pdf.
15. Doiron D, Mendolia S. The impact of job loss on family dissolution. *J Popul Econ* 2012 ; 25 (1) : 367-98.
16. Roupnel-Fuentes M. Souffrances au chômage. Histoire et devenir des femmes et des hommes licencié-e-s de Moulinex. *Travail genre et sociétés* 2014 ; 32 (2) : 99-117.
17. Deb P, Gallo WT, Ayyagari P, Fletcher JM, Sindelar JL. The effect of job loss on overweight and drinking. *Journal of Health Economics* 2011 ; 30 (2) : 317-27.
18. Marcus J. Does job loss make you smoke and gain weight? *Economica* 2014 ; 81 (324) : 626-48.
19. Kasl SV, Cobb S. Blood pressure changes in men undergoing job loss: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine* 1970 ; 32 (1) : 19-38.
20. Kasl SV, Cobb S, Brooks GW. Changes in Serum Uric Acid and Cholesterol Levels in Men Undergoing Job Loss. *JAMA* 1968 ; 206 (7) : 1500-7.
21. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, Kasl SV, Krumholz HM, Bradley EH. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10-year follow-up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med* 2006 ; 63 (10) : 683-7.
22. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health. Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med* 2009 ; 68 (8) : 1396-406.
23. Bloemen H, Hochguertel S, Zweerink J. Job loss, firm-level heterogeneity and mortality: Evidence from administrative data. *J Health Econ* 2018 ; 59 : 78-90.
24. Burgard SA, Brand JE, House JS. Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health. *Journal of Health and Social Behavior* 2007 ; 48 (4) : 369-84.
25. Dejours C. Subjectivité, travail et exclusion. *Rhizome* 2000 ; (1) [Internet, cité 27 sept 2018]. Disponible sur : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n1-interpellations/subjectivite-travail-et-exclusion-954.html>.
26. Guyonvarch M. L'investissement de soi au travail... lorsqu'on le perd. *Communications* 2011 ; 89 (1) : 103-15.
27. Pochic S, Bory A. Expériences de pertes d'emploi : la crise vue d'en bas. Introduction. *Travail et Emploi* 2014 ; (138):5-18.