

Le chômage : un problème de santé publique majeur

*Pierre MENETON, Marie PLESSZ, Émilie COURTIN,
Céline RIBET, Marcel GOLDBERG et Marie ZINS¹*

Les études disponibles dans plusieurs pays et les quelques données obtenues récemment en France suggèrent que les conséquences du chômage sur la santé vont bien au-delà de l'augmentation de la fréquence des suicides. L'incidence des pathologies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers en premier lieu, semble également fortement augmentée chez les chômeurs par rapport aux travailleurs. Les mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme sont encore à éclaircir : exposition accrue à des facteurs de risque comportementaux, accès réduit au système de soins, effets organiques plus directs sont autant de pistes possibles. D'ores et déjà, il serait souhaitable que le corps médical soit sensibilisé sur les risques encourus par les chômeurs afin de les aider à les réduire autant que faire se peut.

Depuis les premières études sur l'état de santé des chômeurs aux États-Unis dans les années 1930, la communauté médicale anglo-saxonne n'a pas cessé de s'intéresser à ce problème avec la remontée du taux de chômage à partir des années 1970 (Hammarström, Janlert, 2005) et l'accentuation récente de la crise économique (Astell-Burt, Feng, 2013). L'ensemble de ces études indique clairement que les chômeurs ont un risque accru d'avoir des problèmes de santé par rapport aux non-chômeurs. Ainsi l'analyse combinée des études prospectives réalisées jusqu'en 2009 montre que le chômage

1. Pierre Meneton est chercheur à l'Inserm U1142, Campus des Cordeliers ; Marie Plessz est chargée de recherche au Centre Maurice Halbwachs, INRA, CNRS UMR 8097, École normale supérieure, École des hautes études en sciences sociales ; Émilie Courtin est chercheuse au Department of Global Health and Social Medicine, King's College London ; Céline Ribet, Marcel Goldberg et Marie Zins sont chercheurs à l'Inserm UMS 011, hôpital Paul Brousse.

est associé à une surmortalité toutes causes confondues de 60 % après ajustement sur l'âge et les autres facteurs confondants (Roelfs *et al.*, 2011). Les causes de cette surmortalité semblent multiples : les données indiquant un taux de suicide plus élevé sont convaincantes (Milner *et al.*, 2013), celles rapportant une plus forte mortalité par cancer également sur la base de la littérature disponible jusqu'en 1997 (Lyngne, 1997) et des études publiées par la suite (Antunes, 2016 ; Conway *et al.*, 2010 ; Greenwood *et al.*, 2003 ; Maruthappu *et al.*, 2015a, 2015b, 2016). Les données sur la mortalité cardiovasculaire sont moins consensuelles mais indiquent globalement que les chômeurs ont aussi un risque accru d'avoir un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (Dupre *et al.*, 2012 ; Gallo *et al.*, 2004, 2006 ; Gallo, 2012 ; Lundin *et al.*, 2014 ; Maruthappu *et al.*, 2015c ; Meneton *et al.*, 2015 ; Weber, Lehnert, 1997).

Quelques points méthodologiques

La nature des relations entre chômage et santé est complexe et encore matière à débat (Jin *et al.*, 1995). Il est utile de distinguer trois types d'études :

- celles principalement évoquées dans le présent article, qui suggèrent que les problèmes de santé sont une conséquence directe ou indirecte du chômage et que ce lien causal est médié par des facteurs de risque spécifiques (Hammarström, 1994 ; Janlert, 1997 ; Laitinen *et al.*, 2002 ; Martikainen, 1990 ; Moser *et al.*, 1987 ; Viinamäki *et al.*, 1997) ;

- celles qui montrent qu'il existe également un lien causal inverse, à savoir qu'une mauvaise santé augmente le risque de devenir chômeur (Bartley, Owen, 1996 ; Böckerman, Ilmakunnas, 2009 ; Claussen, 1993 ; Jusot *et al.*, 2008 ; Salm, 2009) ;

- enfin, celles qui rappellent que les problèmes de santé sont aussi le résultat d'un environnement social et/ou d'un mode de vie délétères qui favorisent en même temps la survenue de périodes de chômage, ces dernières pouvant être considérées au même titre que les problèmes de santé comme des événements faisant partie d'un parcours de vie globalement défavorable (Fergusson, Boden, 2008 ; Hammer, 1997 ; Hoffmann *et al.*, 2007 ; Leino-Arjas *et al.*, 1999 ; Lundin *et al.*, 2010 ; Montgomery *et al.*, 1996 ; Morris *et al.*, 1992).

On a donc affaire à des phénomènes exerçant des effets réciproques les uns sur les autres et qui dépendent d'un contexte social plus large pouvant influencer leur survenue. C'est pourquoi le lien entre le chômage et l'apparition subséquente de problèmes de santé est souvent analysé chez des personnes en bonne santé au départ de l'étude pour minimiser la possibilité qu'un état de santé dégradé soit la cause des périodes de chômage constatées, et en essayant de tenir compte des facteurs de risque liés à

l'environnement social et/ou au mode de vie qui sont susceptibles de favoriser l'apparition des problèmes de santé (tabagisme, sédentarité, alimentation déséquilibrée, etc.).

L'information sur les périodes de chômage, qu'elle soit de source administrative ou déclarée par les personnes est souvent peu précise, rapportant rarement leur nombre et leur durée ou le fait que certaines aient pu survenir antérieurement aux études. On a donc dans la plupart des cas une distinction assez grossière entre des personnes qui sont au chômage au moment des études et d'autres qui ne le sont pas, sans beaucoup plus de précisions.

Les facteurs modulant l'impact du chômage sur la santé

Plusieurs facteurs moduleraient la relation entre le chômage et la dégradation de l'état de santé. Ainsi, le genre semble avoir une influence puisque la surmortalité toutes causes confondues est plus forte chez les chômeurs que chez les chômeuses (Roelfs *et al.*, 2011), malgré le fait que les récessions économiques dégradent plus fortement la santé des femmes que celle des hommes (Novo *et al.*, 2001). Une explication possible de cette apparente contradiction est que les mécanismes par lesquels le chômage détériore la santé pourraient partiellement différer entre les hommes et les femmes et que ces différences pourraient varier selon le contexte social et culturel (Mooi-Reci, Ganzeboom, 2015).

L'âge semble être un autre modulateur puisque l'augmentation de mortalité toutes causes confondues est plus importante chez les chômeurs jeunes ou d'âge moyen que chez ceux d'âge plus avancé même si les raisons de ces différences ne sont pas claires (Jackson, Warr, 1984 ; Roelfs *et al.*, 2011).

De même que le filet social dont le rôle est discuté ci-dessous, l'environnement familial influencerait aussi la détérioration de l'état de santé en modulant la perte de revenu liée au chômage (Ehlert, 2012 ; Huang *et al.*, 2014).

La question de l'accès aux soins

Si le chômage augmente la probabilité d'avoir des problèmes de santé, soit directement, soit indirectement en exposant les chômeurs à un certain nombre de facteurs de risque, la question se pose de savoir si une éventuelle difficulté pour accéder au système de soins pourrait aussi avoir un rôle. Il a été montré aux États-Unis que les chômeurs sont plus fréquemment non assurés ou partiellement assurés pour les coûts de santé que les travailleurs, avec comme conséquence un accès réduit aux soins nécessaires, incluant

les traitements, à cause de leur coût trop élevé (Driscoll, Bernstein, 2012). L'absence de soins ou de traitements appropriés ou le retard pris pour y avoir accès pourraient participer à la dégradation de leur état de santé (McWilliams, 2009). Il est cependant probable que ce lien entre chômage et accès aux soins varie grandement d'un pays à l'autre en fonction des spécificités des systèmes de santé (van Doorslaer *et al.*, 2006).

Les difficultés pour comparer les études d'un pays à l'autre

Les observations faites dans un pays ne sont pas forcément directement transposables à d'autres pays. Il a en effet été démontré que l'environnement social et institutionnel influence de manière significative la relation entre chômage et mortalité (Bambra, Eikemo, 2009 ; Gerdtham, Ruhm, 2006 ; Stuckler *et al.*, 2009). Par exemple, cette relation est beaucoup moins forte dans un pays comme l'Allemagne où le filet social est substantiellement développé que dans un pays comme les États-Unis où il est maintenu à un minimum (McLeod *et al.*, 2012).

Les données françaises

Alors que l'impact des conditions de travail sur la santé a fait l'objet de plusieurs études et analyses en France depuis une vingtaine d'années, aussi bien de la part de la communauté scientifique que des pouvoirs publics (Administration centrale du ministère chargé du Travail, 2011 ; Bensadon *et al.*, 2013 ; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011), les relations entre chômage et santé n'ont suscité que très peu d'intérêt. En 2004, une revue de la littérature sur la santé des chômeurs français constatait que « la très grande majorité des études ont été publiées sous forme de rapports ou de chapitres de livres » avec « une quasi-absence d'ajustement sur les caractéristiques sociales des chômeurs ou même parfois sur l'âge » (Sermet, Khlal, 2004). Depuis 2004, le nombre d'études publiées dans des revues internationales à comité de lecture est resté extrêmement faible avec seulement trois publications (Melchior *et al.*, 2015 ; Meneton *et al.*, 2015 ; Moulin *et al.*, 2009) et ce n'est que très récemment que les pouvoirs publics semblent s'être saisis de cette question (Farache, 2016).

Une de ces études a été réalisée dans une cohorte de 6 000 personnes âgées de 35 à 64 ans et en bonne santé au départ de l'étude, vivant sur l'ensemble du territoire métropolitain et dont une partie (5,3 %) était au chômage (Meneton *et al.*, 2015). Les nombres de décès et d'accidents cardiovasculaires confirmés sur le plan médical survenus chez ces chômeurs sur une période de 12 ans (1995-2007) ont été comparés à ceux observés chez les non-chômeurs pendant la même période. Il est important de noter que

cette cohorte ne constitue pas un échantillon représentatif de la population française car le choix d'étudier des personnes en bonne santé et le fait qu'ils se soient portés volontaires pour participer à l'étude aboutissent à sélectionner des personnes plus éduquées et socialement plus favorisées que la moyenne. Ainsi, les pourcentages de personnes ayant atteint un niveau d'éducation universitaire ou occupant un poste de cadre sont presque deux fois plus élevés dans la cohorte étudiée que dans un échantillon représentatif de la population française. Une autre limitation de l'étude réside dans la définition du chômage qui était seulement basée sur la situation professionnelle déclarée par les personnes au moment où l'étude démarrait, sans indication sur le nombre et la durée des épisodes antérieurs ou postérieurs de chômage. Malgré ces restrictions, les analyses montrent que la condition de chômeur est associée à un risque d'accidents cardiovasculaires (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux) presque deux fois plus élevé et à une mortalité toutes causes confondues presque trois fois plus élevée par rapport aux personnes de même âge et de même sexe ayant un travail. Cette association dépend en partie des facteurs de risque classiques que l'on retrouve plus fréquemment chez les chômeurs (tabagisme, alcoolisme, alimentation déséquilibrée, sédentarité) mais pas seulement. Il existe un lien résiduel qui persiste après ajustement par ces facteurs de risque, suggérant que le chômage peut aussi agir plus directement sur l'organisme en favorisant par exemple l'apparition de troubles du sommeil et de dépressions qui sont susceptibles d'augmenter le risque cardiovasculaire. À noter que c'est bien la condition sociale représentée par le chômage qui est en cause et non l'inactivité professionnelle en soi, puisque l'augmentation du risque cardiovasculaire et la surmortalité ne se retrouvent pas chez les personnes volontairement inactives (essentiellement des femmes s'occupant d'enfants en bas âge) ou chez les retraités. L'extrapolation des observations faites dans cette cohorte à la population française en tenant compte du taux de chômage actuel et des chiffres de mortalité dans la tranche d'âge considérée donne un chiffre de 14 000 décès imputables chaque année au chômage. Il ne s'agit évidemment que d'une estimation à cause de la non-représentativité de la cohorte et des données incomplètes sur les épisodes de chômage auxquels les personnes ont été confrontées mais elle fournit néanmoins un ordre de grandeur. Il faut souligner que les chômeurs français bénéficient d'une indemnisation relativement avantageuse par rapport à beaucoup d'autres pays (montant et délai de mise en place des indemnités, période pendant laquelle elles sont versées) (Bambra, Eikemo, 2009) qui est supposée atténuer quelque peu la réduction de revenu et les effets délétères du chômage (Weisz *et al.*, 2008). Malgré cela, l'amplitude de l'augmentation du risque cardiovasculaire et de la mortalité liée au chômage correspond à la fourchette haute de ce qui est observé dans les autres pays, suggérant

que les chômeurs français ne seraient pas épargnés par la surexposition aux problèmes de santé, bien au contraire.

La comparaison entre les 14 000 décès et les quelques centaines de suicides imputables au chômage chaque année en France (Laanani *et al.*, 2015) souligne que, bien que médiatisés, ces derniers ne sont que la partie émergée de l'iceberg et que 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. Il est ainsi habituel d'étudier séparément les effets de la perte d'emploi qui est un événement brusque survenant à un moment donné de manière plus ou moins inattendue dans la vie des personnes et ceux de la période de chômage plus ou moins longue qui s'ensuit car ils ne sont généralement pas identiques (Brand, 2015).

En ce qui concerne l'accès aux soins, le système de santé français est caractérisé par la prédominance des cabinets médicaux libéraux, la prise en charge partielle du coût par les patients avec paiement direct aux médecins et une Sécurité sociale universelle financée par les cotisations des assurés et remboursant habituellement 65 % des coûts de santé (sauf pour les pathologies lourdes qui sont prises en charge à 100 %), les 35 % restants étant à la charge des patients qui doivent se couvrir en souscrivant des assurances complémentaires individuelles (Rodwin, 2003). Les chômeurs peuvent en théorie bénéficier d'une assurance complémentaire attribuée par la Sécurité sociale et couvrant l'essentiel des 35 % restants ; en pratique, une proportion significative d'entre eux reste partiellement assurée faute de faire les démarches nécessaires (Perronnin *et al.*, 2011) et même chez ceux bénéficiant de cette couverture complémentaire, il reste une faible participation (ticket modérateur) qui peut représenter une charge financière non négligeable pour ceux arrivant au terme de leurs indemnités (Buchmueller *et al.*, 2004). Une étude réalisée il y a quelques années dans un échantillon représentatif de la population française ayant servi de base à l'enquête décennale de l'Institut national de la statistique et des études économiques en 2003 visait à savoir quels étaient les déterminants de la consommation des médicaments prescrits pour soigner des pathologies aussi importantes que l'hypertension, la dyslipidémie et les problèmes cardiovasculaires (Meneton *et al.*, 2012). C'est la couverture médicale complète qui s'est avérée être le facteur socioéconomique majeur associé à l'accès aux médecins et aux traitements, son absence étant associée à une réduction de presque 50 % du nombre de visites médicales et de la consommation de médicaments cardiovasculaires. En parallèle, cette étude a montré que les nombres de consultations médicales et de traitements cardiovasculaires n'étaient pas

diminués chez les chômeurs par rapport aux non-chômeurs en dépit du fait que la fraction d'entre eux n'ayant pas d'assurance complémentaire était plus que doublée par rapport à celle observée chez les travailleurs. Ces données semblent indiquer que la consommation de médicaments essentiels ne serait pas significativement diminuée chez les chômeurs français mais la situation est probablement plus compliquée. En effet, des analyses préliminaires réalisées dans la cohorte Constances dont l'intérêt sera évoqué plus loin suggèrent que l'accès global aux soins (incluant les frais dentaires et d'optique) serait réduit d'un facteur 2 ou 3 chez les chômeurs comparés aux travailleurs (Newsletter Constances, décembre 2015). Il est donc encore difficile de savoir jusqu'à quel point le chômage est susceptible de réduire l'accès aux soins nécessaires dans la population française.

Perspectives

Les études actuellement disponibles ne permettent pas de douter que le chômage représente un problème de santé publique majeur malgré les variations pouvant exister d'un pays à l'autre. Les quelques données obtenues récemment sur le territoire métropolitain suggèrent que la France ne fait pas exception. Cela souligne l'utilité d'un suivi médical spécifique des chômeurs sur le long terme même s'il est difficile de voir dans quel contexte il pourrait être assuré. Pour le moins, les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes pourraient être sensibilisés à considérer le chômage comme un facteur majeur à prendre en compte dans l'évaluation du risque et dans les stratégies de prévention.

Beaucoup d'inconnues persistent encore pour comprendre les relations entre le chômage et la dégradation de l'état de santé. L'effet de la durée ou du nombre d'épisodes de chômage n'a pas été beaucoup étudié, en particulier en ce qui concerne la survenue des maladies chroniques comme les accidents cardiovasculaires (Dupre *et al.*, 2012). On ne sait pas trop non plus dans quelle mesure la perte de revenu, la fragilisation psychologique, la désocialisation ou la rupture des rythmes quotidiens qui sont associés au chômage et qui n'auront pas forcément la même intensité chez des ouvriers/employés ou des cadres affectent différemment leur santé (Demazière, 2006). En dehors de l'influence potentielle de la catégorie professionnelle, il est aussi probable mais non démontré que les conditions de travail pour une profession donnée puissent aussi moduler la survenue des problèmes de santé lorsque les gens se retrouvent au chômage. En effet, un travail pénible, qui est en lui-même un facteur de dégradation de la santé, pourrait minimiser les différences d'état de santé entre travailleurs et chômeurs. Autant de pistes de recherche susceptibles d'être explorées à condition de disposer d'une population suffisamment représentative et pouvant

être suivie dans le temps. À ce titre, la cohorte Constances est certainement un outil de premier choix pour étudier les relations entre le chômage et la santé dans la population française (Zins, Goldberg, 2015). Ses atouts sont nombreux : sa taille (200 000 personnes âgées de 18 à 69 ans), sa bonne représentativité (échantillon représentatif de la population couverte par le régime général de la Sécurité sociale, soit plus de 85 % de la population française), son suivi régulier des participants dans les centres de la Sécurité sociale et au travers de questionnaires, ses liens avec les bases de données institutionnelles comme celle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au travers de son système national d'information inter-régimes donnant accès aux consultations médicales et à la consommation de médicaments, celle de la Caisse nationale d'assurance vieillesse donnant accès au parcours professionnel avec les anciennes périodes de chômage ou celle du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Références bibliographiques

- Administration centrale du ministère chargé du Travail (2011), *Enquête relative aux risques psychosociaux*.
- Antunes J.L.F. (2016), « The Impact of Unemployment on Cancer Mortality, and How to Avoid it », *Annals of Translational Medicine*, vol. 4, n° 20, p. 404-407, <https://doi.org/10.21037/atm.2016.08.46>.
- Astell-Burt T., Feng X. (2013), « Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom », *PLoS One*, vol. 8, n° 2, e56674, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056674>.
- Bambra C., Eikemo T.A. (2009), « Welfare State Regimes, Unemployment and Health: A Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-reported Health in 23 European Countries », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 63, n° 2, p. 92-98, <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077354>.
- Bartley M., Owen C. (1996), « Relation between Socioeconomic Status, Employment, and Health during Economic Change, 1973-93 », *British Medical Journal*, vol. 313, n° 7055, p. 445-449, <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7055.445>.
- Bensadon A.-C., Barbezieux P., Champs F.-O. (2013), *Interactions entre santé et travail*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-069R_-_sante-Travail_-_DEF.pdf.
- Böckerman P., Ilmakunnas P. (2009), « Unemployment and Self-assessed Health: Evidence from Panel Data », *Health Economics*, vol. 18, n° 2, p. 161-179, <https://doi.org/10.1002/hec.1361>.
- Brand J.E. (2015), « The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment », *Annual Review of Sociology*, n° 41, p. 359-375, <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237>.
- Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M. (2004), « Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France », *Health Economics*, vol. 13, n° 7, p. 669-687, <https://doi.org/10.1002/hec.879>.
- Claussen B. (1993), « A Clinical Follow Up of Unemployed. I: Lifestyle, Diagnoses, Treatment and Re-employment », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 11, n° 3, p. 211-218.
- Conway D.I., McKinney P.A., McMahon A.D., Ahrens W., Schmeisser N., Benhamou S., Bouchardy C., Macfarlane G.J., Macfarlane T.V., Lagiou P., Minali P., Bencko V., Holcatova I., Merletti F., Richiardi L., Kjaerheim K., Agudo A., Castellsague X., Talamini R., Barzan L., Canova C., Simonato L., Lowry R.J., Znaor A., Healy C.M., McCartan B.E., Marron M., Hashibe M., Brennan P. (2010), « Socioeconomic Factors Associated with Risk of Upper Aerodigestive Tract Cancer in Europe », *European Journal of Cancer*, vol. 46, n° 3, p. 588-598, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.09.028>.
- Demazière D. (2006), *Sociologie des chômeurs*, Paris, La Découverte.
- Driscoll A.K., Bernstein A.B. (2012), « Health and Access to Care among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009-2010 », *NCHS Data Brief*, n° 83, p. 1-8, <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db83.pdf>.
- Dupre M.E., George L.K., Liu G., Peterson E.D. (2012), « The Cumulative Effect of Unemployment on Risks for Acute Myocardial Infarction », *Archives of*

- Internal Medicine*, vol. 172, n° 22, p. 1731-1737, <https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.447>.
- Ehlert M. (2012), « Buffering Income Loss Due to Unemployment: Family and Welfare State Influences on Income after Job Loss in the United States and Western Germany », *Social Science Research*, vol. 41, n° 4, p. 843-860, <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.02.002>
- Farache J. (2016), « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner », *Les avis du CESE*, n° 2016-02, http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2016/2016_02_impact_chomage_entourage.pdf.
- Fergusson D.M., Boden J.M. (2008), « Cannabis Use and Later Life Outcomes », *Addiction*, vol. 103, n° 6, p. 969-976, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x>.
- Gallo W. T. (2012), « Evolution of Research on the Effect of Unemployment on Acute Myocardial Infarction Risk: Comment on "The Cumulative Effect of Unemployment on Risks for Acute Myocardial Infarction" », *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, n° 22, p. 1737-1738, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1835>.
- Gallo W.T., Bradley E.H., Falba T.A., Dubin J.A., Cramer L.D., Bogardus S.T., Kasl S.V. (2004), « Involuntary Job Loss as a Risk Factor for Subsequent Myocardial Infarction and Stroke: Findings from The Health and Retirement Survey », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 45, n° 5, p. 408-416, <https://doi.org/10.1002/ajim.20004>.
- Gallo W.T., Teng H.M., Falba T.A., Kasl S.V., Krumholz H.M., Bradley E.H. (2006), « The Impact of Late Career Job Loss on Myocardial Infarction and Stroke: A 10 Year Follow Up Using the Health and Retirement Survey », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 63, n° 10, p. 683-687, <https://doi.org/10.1136/oem.2006.026823>.
- Gerdtham U.-G., Ruhm C.J. (2006), « Deaths Rise in Good Economic Times: Evidence from the OECD », *Economics & Human Biology*, vol. 4, n° 3, p. 298-316, <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2006.04.001>.
- Greenwood M., Thomson P., Lowry R., Steen I. (2003), « Oral Cancer: Material Deprivation, Unemployment and Risk Factor Behaviour – An Initial Study », *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 32, n° 1, p. 74-77, <https://doi.org/10.1054/ijom.2002.0274>.
- Hammarström A. (1994), « Health Consequences of Youth unemployment », *Public Health*, vol. 108, n° 6, p. 403-412.
- Hammarström A., Janlert U. (2005), « An Agenda for Unemployment Research: A Challenge for Public Health », *International Journal of Health Services*, vol. 35, n° 4, p. 765-777, <https://doi.org/10.2190/E42R-T7CP-42PT-9JB1>.
- Hammer T. (1997), « History Dependence in Youth Unemployment », *European Sociological Review*, vol. 13, n° 1, p. 17-33, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.esr.a018204>.
- Hoffmann J.P., Dufur M., Huang L. (2007), « Drug Use and Job Quits: A Longitudinal Analysis », *Journal of Drug Issues*, vol. 37, n° 3, p. 569-596, <https://doi.org/10.1177/002204260703700305>.
- Huang J., Birkenmaier J., Kim Y. (2014), « Job Loss and Unmet Health Care Needs in the Economic Recession: Different Associations by Family Income »,

- American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 11, e178-e183, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301998>.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (2011), *Stress au travail et santé : situation chez les indépendants*, Paris, Les éditions Inserm, <https://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/stress-au-travail-et-sante-situation-chez-les-independants>.
- Jackson P.R., Warr P.B. (1984), « Unemployment and Psychological Ill-health: The Moderating Role of Duration and Age », *Psychological Medicine*, vol. 14, n° 3, p. 605-614.
- Janlert U. (1997), « Unemployment as a Disease and Diseases of the Unemployed », *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 23, Suppl. 3, p. 79-83, http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=248.
- Jin R.L., Shah C.P., Svoboda T.J. (1995), « The Impact of Unemployment on Health: A Review of the Evidence », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 5, p. 529-540, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487417/pdf/cmaj00077-0027.pdf>.
- Jusot F., Khlai M., Rochereau T., Serme C. (2008), « Job Loss from Poor Health, Smoking and Obesity: A National Prospective Survey in France », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 62, n° 4, p. 332-337, <https://doi.org/10.1136/jech.2007.060772>.
- Laanani M., Ghosn W., Jouglu E., Rey G. (2015), « Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 1-2, p. 2-6, http://www.invs.sante.fr/beh/2015/1-2/2015_1-2_1.html.
- Laitinen J., Ek E., Sovio U. (2002), « Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior », *Preventive Medicine*, vol. 34, n° 1, p. 29-39, <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0948>.
- Leino-Arjas P., Liira J., Mutanen P., Malmivaara A., Matikainen E. (1999), « Predictors and Consequences of Unemployment among Construction Workers: Prospective Cohort Study », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7210, p. 600-605, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28210/>.
- Lundin A., Falkstedt D., Lundberg I., Hemmingsson T. (2014), « Unemployment and Coronary Heart Disease among Middle-aged Men in Sweden: 39 243 Men Followed for 8 Years », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 71, n° 3, p. 183-188, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101721>.
- Lundin A., Lundberg I., Hallsten L., Ottosson J., Hemmingsson T. (2010), « Unemployment and Mortality: A Longitudinal Prospective Study on Selection and Causation in 49321 Swedish Middle-aged Men », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 64, n° 01, p. 22-28, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.079269>.
- Lynge E. (1997), « Unemployment and Cancer: A Literature Review », *IARC Scientific Publications*, n° 138, p. 343-351.
- Martikainen P.T. (1990), « Unemployment and Mortality among Finnish Men, 1981-5 », *British Medical Journal*, vol. 301, n° 6749, p. 407-411, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1663697/pdf/bmj00194-0019.pdf>.
- Maruthappu M., Watkins J., Taylor A., Williams C., Ali R., Zeltner T., Atun R. (2015a), « Unemployment and Prostate Cancer Mortality in the OECD,

- 1990-2009 », *Ecancermedicalscience*, n° 9, p. 538, <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.538>.
- Maruthappu M., Watkins J.A., Waqar M., Williams C., Ali R., Atun R., Faiz O., Zeltner T. (2015b), « Unemployment, Public-sector Health-care Spending and Breast Cancer Mortality in the European Union: 1990-2009 », *The European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 2, p. 330-335, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku167>.
- Maruthappu M., Shalhoub J., Tariq Z., Williams C., Atun R., Davies A.H., Zeltner T. (2015c), « Unemployment, Government Healthcare Spending, and Cerebrovascular Mortality, Worldwide 1981-2009: An Ecological Study », *International Journal of Stroke*, vol. 10, n° 3, p. 364-371, <https://doi.org/10.1111/ijls.12408>.
- Maruthappu M., Watkins J., Noor A.M., Williams C., Ali R., Sullivan R., Zeltner T., Atun, R. (2016), « Economic Downturns, Universal Health Coverage, and Cancer Mortality in High-income and Middle-income Countries, 1990-2010 : A Longitudinal Analysis », *The Lancet*, vol. 388, n° 10045, p. 684-695, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00577-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00577-8).
- McLeod C.B., Lavis J.N., MacNab Y.C., Hertzman C. (2012), « Unemployment and Mortality: A Comparative Study of Germany and the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 8, p. 1542-1550, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300475>
- McWilliams J.M. (2009), « Health Consequences of Uninsurance among Adults in the United States: Recent Evidence and Implications », *Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 2, p. 443-494, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00564.x>.
- Melchior M., Chollet A., Elidemir G., Galéra C., Younès N. (2015), « Unemployment and Substance Use in Young Adults: Does Educational Attainment Modify the Association? », *European Addiction Research*, vol. 21, n° 3, p. 115-123, <https://doi.org/10.1159/000365887>.
- Meneton P., Kesse-Guyot E., Méjean C., Fezeu L., Galan P., Hercberg S., Ménéard J. (2015), « Unemployment Is Associated with High Cardiovascular Event Rate and Increased All-cause Mortality in Middle-aged Socially Privileged Individuals », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 6, p. 707-716, <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0997-7>.
- Meneton P., Lanoe J.-L., Ménéard J. (2012), « Health Insurance Coverage Is the Single Most Prominent Socioeconomic Factor Associated with Cardiovascular Drug Delivery in the French Population », *Journal of Hypertension*, vol. 30, n° 3, p. 617-623, <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32834f0b9f>.
- Milner A., Page A., LaMontagne A.D. (2013), « Long-term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLoS One*, vol. 8, n° 1, e51333, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>.
- Montgomery S.M., Bartley M.J., Cook D.G., Wadsworth M.E. (1996), « Health and Social Precursors of Unemployment in Young Men in Great Britain », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 50, n° 4, p. 415-422, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.4.415>.
- Mooi-Reci I., Ganzeboom H.B. (2015), « Unemployment Scarring by Gender: Human Capital Depreciation or Stigmatization? Longitudinal Evidence from the Netherlands, 1980-2000 », *Social Science Research*, n° 52, p. 642-658, <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.10.005>.

- Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. (1992), « Non-employment and Changes in Smoking, Drinking, and Body Weight », *British Medical Journal*, vol. 304, n° 6826, p. 536-541, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1881409/pdf/bmj00062-0024.pdf>.
- Moser K.A., Goldblatt P.O., Fox A.J., Jones D.R. (1987), « Unemployment and Mortality: Comparison of the 1971 and 1981 Longitudinal Study Census Samples », *British Medical Journal*, vol. 294, n° 6564, p. 86-90, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1245095/pdf/bmjcred00002-0016.pdf>.
- Moulin J.-J., Labbe E., Sass C., Gerbaud L. (2009), « Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol. 57, n° 3, p. 141-149, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.12.014>.
- Novo M., Hammarström A., Janlert U. (2001), « Do High Levels of Unemployment Influence the Health of those Who Are Not Unemployed? A Gendered Comparison of Young Men and Women During Boom and Recession », *Social Science & Medicine*, vol. 53, n° 3, p. 293-303, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00340-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00340-3).
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé*, n° 161, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>.
- Rodwin V.G. (2003), « The Health Care System under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 1, p. 31-37, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>.
- Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E. (2011), « Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and All-cause Mortality », *Social Science & Medicine*, vol. 72, n° 6, p. 840-854, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005>.
- Salm M. (2009), « Does Job Loss Cause Ill Health? », *Health Economics*, vol. 18, n° 9, p. 1075-1089, <https://doi.org/10.1002/hec.1537>.
- Sermet C., Khlaf M. (2004), « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol. 52, n° 5, p. 465-474, <https://doi.org/Doi:RESP-10-2004-52-5-0398-7620-101019-ART7>.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009), « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9686, p. 315-323, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7).
- van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. (2006), « Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 2, p. 177-183, <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>.
- Viinämäki H., Niskanen L., Koskela K. (1997), « Factors Predicting Health Behaviour », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 6, p. 431-438, <https://doi.org/10.3109/08039489709090740>.
- Weber A., Lehnert G. (1997), « Unemployment and Cardiovascular Diseases: A Causal Relationship? », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 70, n° 3, p. 153-160.
- Weisz D., Gusmano M.K., Rodwin V.G., Neuberger L.G. (2008), « Population Health and the Health System: A Comparative Analysis of Avoidable Mortality in

Three Nations and their World Cities », *The European Journal of Public Health*, vol. 18, n° 2, p. 166-172, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm084>.

Zins M., Goldberg M. (2015), « The French CONSTANCES Population-based Cohort: Design, Inclusion and Follow-up », *European Journal of Epidemiology*, vol. 30, n° 12, p. 1317-1328, <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0096-4>.