

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 employons 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. Puis dans un deuxième article, nous décrivons l'épidémiologie du phénomène. Enfin, ce 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

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 a second article, we described the epidemiology of the phenomenon. Finally, this third article will allow us to develop a reference framework for GP and will describe the

Consulter un patient en situation de perte d'emploi

Partie 3 : un référentiel de pratique pour la médecine générale

À partir des informations collectées par la revue de la littérature (partie 1 & 2), nous avons d'abord élaboré une ébauche de référentiel de pratique qui nous a servi de premier support sur lequel nous nous sommes appuyés pour mener des entretiens avec les divers acteurs socioprofessionnels concernés par les personnes en situation de perte d'emploi. Leurs remarques et le partage de leurs expériences professionnelles nous ont permis d'étoffer ce travail. Nous avons procédé à vingt-trois entretiens libres en face à face d'une durée de trente minutes à une heure environ. Onze MG, trois médecins du travail, un médecin-conseil, deux assistantes sociales, une responsable du service social de la Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail (CARSAT), un psychiatre, deux psychologues du travail, une présidente d'association et un syndicaliste ont été interrogés.

Légitimité du généraliste

Dans le cadre de l'article 2 du Code de déontologie, le médecin exerce sa mission au service des patients et de la santé publique. Avec 3,7 millions de chômeurs et 5,5 millions de chômeurs et travailleurs précaires, le MG français doit, à l'instar de la médecine du travail, se former à exercer une pratique de médecine du chômage.

Commencer une analyse systémique de la situation

Un patient peut entrer dans la catégorie des travailleurs « précarisables » : il occupe un emploi stable, mais il est susceptible de le perdre à tout moment. Lors d'une situation de perte d'emploi, il peut connaître trois statuts socio-économiques et administratifs différents. Les vulnérabilités diffèrent selon les statuts :

- La menace tangible de perte d'emploi constitue une période particulièrement difficile à vivre par son caractère conflictuel pour certains. C'est le cas des salariés victimes de harcèlement. Pour d'autres, c'est le caractère envahissant de la problématique professionnelle sur la vie personnelle qui les rend fragiles. Les cadres, les travailleurs indépendants, les commerciaux se sentent parfois poussés à bout vers le burnout. Le travailleur salarié bénéficie du suivi d'un Service de Santé au travail.

- L'évènement de la perte d'emploi peut, par son caractère sélectif et subi, provoquer un véritable traumatisme psychologique. C'est principalement le cas des licenciements individuels et de certains licenciements collectifs (réduction d'effectif sans fermeture d'établissement). Désormais sans emploi, le patient perd le bénéfice de la médecine du travail. Pour le MG, il s'agit donc de prendre le relais en endossant un rôle central au sein d'un réseau qu'il construira autour du patient et qu'on pourrait qualifier de

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.2019.446

« médecine du chômage » [1]. Les licenciés sont indemnisés par l'assurance chômage (ARE, dans un premier temps). Ils gardent leurs droits ouverts à l'assurance maladie durant un an après la fin de leur indemnisation.

– Puis les patients s'installent dans le chômage ou l'inactivité. Les droits des chômeurs non indemnisés sont maintenus pendant un an à compter de la rupture du contrat de travail. Ensuite, c'est la Protection Universelle Maladie (PUMA) qui prend le relais de la couverture médicale obligatoire. Ils vivent des minima sociaux (RSA et autres prestations de la CAF, AAH, invalidité de catégorie 2 ou 3, rente AT/MP, etc.). En ce qui concerne la couverture complémentaire (CMU-c et ACS), celle-ci est attribuée selon des critères de

ressources. Pour beaucoup de sans-emploi, il existe des difficultés d'accès à leurs droits sociaux par méconnaissance, forclusion, ou encore auto-exclusion sociale. Il s'agit du champ de la précarité extrême.

Le MG portera une grande attention aux populations dont les probabilités de réinsertion professionnelle sont les plus faibles : femmes, personnes de plus de 50 ans, salariés peu qualifiés, étrangers, personnes en situation de handicap [2].

Signes d'alerte et repérage

Ces différentes situations de perte d'emploi ne constituent pas à elles seules un motif de consultation chez le MG. Néanmoins, ce dernier peut être mis au courant par le patient lorsque le motif de consultation concerne un souci de santé en lien direct avec la problématique professionnelle. C'est le cas des travailleurs qui risquent l'inaptitude au poste. Parfois, la plainte du patient n'a aucun rapport avec la perte d'emploi, mais le patient laisse pointer une allusion. D'autres fois, il faudra que le MG l'évoque lui-même lorsque le patient présente certains signes indirects pouvant renvoyer à la problématique professionnelle :

- altération de l'état général avec amaigrissement, troubles du sommeil, asthénie persistante, repos non réparateur, demande de « dopage » ;
- manifestations psychosomatiques mal explicables avec malaises, troubles neurosensoriels, douleurs de tout type (tendinopathies, arthralgies, rachialgies, céphalées et douleurs thoraciques et abdominales atypiques...), troubles musculosquelettiques ;
- décompensation d'une maladie psychiatrique connue, ou encore d'une maladie somatique chronique.

Enfin, lorsque le MG est le médecin de famille, l'inquiétude peut être abordée par le conjoint ou un autre tiers. Le praticien leur demande l'autorisation d'évoquer ce sujet avec le patient.

Une clinique au service de « l'employabilité »

L'écoute active, avec empathie, permet de recueillir les doléances du patient. Le praticien respecte les silences et

les non-dits. Le MG peut éventuellement guider le patient dans son cheminement par des questions d'abord ouvertes puis fermées :

- Quel est son ressenti ? Se sent-il profondément épuisé ? Subit-il une forme de harcèlement ?
- Que pense-t-il de ses conditions de travail, du management et de sa hiérarchie ?
- A-t-il peur de perdre son emploi ? A-t-il des projets professionnels concrets ?
- Souffre-t-il de l'inactivité professionnelle ou des difficultés à la réinsertion ?
- Éprouve-t-il d'importantes difficultés financières ? A-t-il des dettes ?
- Se sent-il seul ou isolé ? Son conjoint le soutient-il ? Y a-t-il des difficultés, voire des conflits conjugaux ?
- Se sent-il irritable ? Est-il parfois agressif ou violent ?

Le MG prend du recul sur l'irritabilité que le patient peut parfois lui manifester. Elle est souvent le fait des douleurs ressenties, de l'insomnie, des difficultés socio familiales, des frustrations (contraintes administratives, injonctions, etc.).

Le diagnostic et le soutien psychologique dans cette véritable période de crise, relève des soins primaires : les consultations chez les psychologues ne sont pas remboursées et l'accès aux CMP ou des associations est presque toujours compliqué. Le MG doit s'en emparer, soutenir et traiter sans attendre les pathologies rencontrées. Le praticien débute en repérant des troubles du sommeil ou du comportement alimentaire, puis il se dirigera vers des symptômes plus sévères. La crainte et l'anxiété donnent généralement lieu à des troubles anxieux (TAG et attaques de panique). La tristesse et le désespoir mènent plutôt à la dépression. La honte, la culpabilité et la perte d'estime de soi aboutissent soit à des troubles anxieux (phobies), soit à la dépression, soit à un syndrome anxiodépressif (dépression secondaire à l'anxiété). La sidération et le choc psychologique peuvent causer un véritable état de stress post-traumatique. Le burnout est une entité psychopathologique à part. Il n'est pas défini comme maladie dans les dernières nosographies psychiatriques (CIM-10 et DSM-V). La colère et le sentiment d'injustice peuvent dans certains cas pousser le patient à retourner son agressivité contre lui-même. Dans tous les cas de figure, la question des idées suicidaires doit être posée [3]. Les addictions (tabac, alcool notamment) seront recherchées. Le MG met en place les traitements appropriés.

L'examen clinique est particulièrement attentif à l'apparition de troubles organiques, notamment le surpoids, l'hypertension artérielle et les troubles métaboliques. Les conséquences d'hypothétiques addictions sont surveillées.

Un travailleur sans emploi malade relève de l'arrêt maladie

L'arrêt maladie (AM) est un outil de soin majeur dans la situation où la menace de perte d'emploi se précise et cause de la souffrance. La rupture du lien avec le travail pathogène peut permettre l'amélioration de l'état psychologique, notamment dans le cas du harcèlement. Il permet de prendre un recul précieux sur l'évolution de l'état psychologique du patient lorsqu'il est écarté de l'environnement délétère, notamment sur certains diagnostics difficiles comme la dépression, le harcèlement ou le burnout.

Le MG ne s'interdira surtout pas de prescrire des AM aux chômeurs inscrits à Pôle emploi. En effet, il permet, outre le report de la fin de l'ARE et donc l'allongement du sursis financier, de leur reconnaître un statut similaire aux travailleurs. Il est donc d'une importance symbolique majeure par le maintien d'une certaine affiliation au monde du travail. Ce statut peut les préserver de la culpabilité et de la déconstruction identitaire inhérentes à la perte d'emploi.

En cas de maladie chronique, de troubles musculo-squelettiques ou de handicap, la prescription d'un mi-temps thérapeutique, en l'absence de perte d'emploi, est étudiée par le médecin du travail en concertation avec l'employeur et validée ou refusée par le médecin-conseil. Elle peut être complétée par un aménagement technique du poste de travail, ce qui nécessitera des études ergonomiques dépêchées par Cap emploi ou la MDPH.

La rédaction des certificats médicaux

La diversité et la complexité des situations de perte d'emploi peuvent nécessiter que le MG rédige différents certificats.

Le certificat de coups et blessures est nécessaire lorsque le patient déclare avoir subi au travail des violences physiques, ou seulement verbales avec souffrance psychologique, ceci afin qu'il dépose une plainte auprès de la police. Le MG constate les blessures, il note les allégations du patient entre guillemets après la mention « *il (ou elle) me déclare...* », Il n'interprète jamais les accusations du patient, la partie adverse pouvant en tenir rigueur et porter plainte contre le MG. La qualification en accident du travail (AT) dépend des preuves et des témoignages, elle s'avère donc plus difficile à faire valoir si les violences sont verbales et si la souffrance est psychologique.

Le MG remplit un certificat d'AT à la demande du patient, qu'il ait fait la déclaration auprès de l'employeur ou non (il lui suffira de le préciser en cochant la case appropriée). À la clôture de l'AT par la rédaction du certificat final, le MG cochera au moindre doute la case de consolidation avec séquelles, ce qui aura pour effet de déclencher un examen sur personne par le médecin-conseil pour déterminer le taux médical d'incapacité permanente partielle (IPP) puis le calcul et le versement de l'indemnisation (capital si le taux est inférieur à 10 % ou rente s'il est supérieur à 10 %) avec l'étude d'un taux socio professionnel (TSP) en cas de perte d'emploi.

Tout médecin peut rédiger un certificat médical initial afin de permettre au patient de demander une reconnaissance en maladie professionnelle (MP) auprès de son organisme de sécurité sociale. Cette demande va déterminer l'étude du dossier par un médecin-conseil et les services compétents pour faire une enquête d'exposition professionnelle et estimer le lien entre le travail et la maladie. Il faut tout de même garder à l'esprit qu'une affection reconnue en MP ne peut pas être prise en compte pour une invalidité et que le montant de la rente MP peut être moins important que celui de la pension invalidité.

La demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est faite auprès de la MDPH en cas d'impossibilité de reprendre le travail précédent. Elle permet de financer les mesures de maintien dans le poste de travail ou de maintien dans l'emploi (bilan de compétence, formations qualifiantes, alphabétisation, etc.) en cas d'inaptitude. Lorsque le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %, elle accorde au patient l'AAH (maximum 820 € par mois versés par la CAF).

La demande d'invalidité est faite auprès de la CPAM et étudiée par le médecin-conseil lorsque l'état de santé du travailleur en AM est stabilisé et que la question du niveau d'activité professionnelle se pose. La date de l'invalidité correspond à la fin du versement des indemnités journalières. Le statut d'invalidité est accordé quand il juge que la réduction de capacité de travail ou de gain du patient est supérieure ou égale à 66 %. Si le patient peut encore travailler à temps partiel, le médecin-conseil opte pour la catégorie 1 qui ouvre le droit à une pension égale à 30 % du salaire brut de ses 10 meilleures années de carrière. Lorsque le retour au travail est impossible, il opte pour la catégorie 2 qui permet le versement d'une pension égale à 50 % de ce salaire.

D'autres certificats médicaux peuvent être demandés par le patient, notamment s'il envisage de saisir le tribunal compétent en cas de contestation de la rupture du contrat.

Fixer le prochain rendez-vous

Le MG signifiera explicitement au patient son implication en fixant le prochain rendez-vous ; il peut aussi lui faire

comprendre qu'il veut le revoir régulièrement. Si besoin, la périodicité des consultations peut lui être imposée par la nécessité de renouveler un AM ou un médicament, d'interpréter le résultat d'un examen complémentaire, etc. Il s'agit d'une des meilleures mesures dans le cadre de la prévention du risque suicidaire [3].

Le MG suivra l'évolution clinique du patient, l'efficacité des soins et la tolérance des médicaments. Il s'informerait de la survenue d'éventuels incidents concomitants dans la vie du patient. Ces incidents peuvent être des répercussions immédiates de la situation de perte d'emploi, auquel cas le patient s'enfoncerait encore davantage dans la crise.

Le recours aux acteurs socioprofessionnels concernés

Le MG développera un réseau de soin et sollicitera les acteurs selon la situation professionnelle et médicale du patient.

Avant la perte d'emploi, le MG peut compter sur le soutien de nombreux acteurs :

- Le service de santé au travail (médecin du travail, ergonomes, infirmières) est uniquement concerné par les situations de menace de perte d'emploi chez les salariés (les travailleurs indépendants n'ont pas accès à la médecine du travail). Le médecin du travail perd sa place dès la survenue de l'évènement. Il doit être informé par le travailleur en cas d'irruption d'un problème de santé à cause du travail ou ayant des conséquences sur les capacités de travail. Le rôle du MG est d'inciter le patient à consulter le médecin du travail à ce sujet en demandant une visite de pré reprise s'il est en AM depuis plus de trois mois pour mieux préparer les différentes solutions de maintien dans l'emploi. En cas d'avis d'inaptitude au poste de travail prononcé par le médecin du travail, l'employeur est alors tenu de rechercher un reclassement du salarié sur un poste adapté à son état de santé. Lorsqu'il est impossible à l'employeur de proposer un autre emploi au salarié une procédure de licenciement pourra être engagée.

Le MG et le médecin du travail ne peuvent s'informer l'un l'autre sans l'accord du salarié, ceci afin de garantir le secret médical.

- Les services médico-sociaux des caisses (médecin conseil et assistantes sociales) : le médecin conseil a un rôle de contrôle de la conformité de l'AM. Il peut décider de mettre fin aux indemnités journalières s'il estime que l'état de santé du patient est stabilisé, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de progression de l'état de santé possible grâce à l'AM, ou que l'état du patient est redevenu compatible avec la reprise d'une activité rémunératrice quelconque. Quand le médecin-conseil estime que la reprise d'une activité professionnelle est possible, mais que le médecin du travail atteste de l'impossibilité de reprendre l'activité antérieure, il sera fait une demande de RQTH. Si le maintien au poste est impossible,

le médecin du travail formulera un avis d'inaptitude au poste.

La communication entre le MG et le médecin-conseil dépend aussi de l'accord du patient. Les assistants de service social (AS) sont accessibles au sein des services sociaux de la CARSAT, de la MSA, ou encore de l'Association générale du bâtiment et des travaux publics (AGBTP) selon le métier du patient (la SSI n'a pas de service social).

Les AS de la mairie ne sont pas vraiment orientés sur la problématique de la perte d'emploi, et ceux du Département ne s'occupent que des bénéficiaires du RSA. Ils gardent un rôle d'information du patient sur ses droits et d'orientation dans ses démarches administratives ; ils procurent notamment une aide précieuse lorsque le patient traverse des difficultés financières. Leur rôle dans le maintien dans l'emploi ou dans l'accompagnement du patient vers la réinsertion consiste à mobiliser les acteurs et les ressources nécessaires pour aménager le poste de travail, faire un bilan des capacités et proposer des formations adéquates. Ils demandent au MG de vérifier la compatibilité du projet professionnel au regard de la santé du patient.

La perte de l'emploi vient restreindre la densité du réseau

Les psychiatres exerçant leur activité en cabinet libéral et en CMP constituent bien évidemment des acteurs majeurs du réseau de soin. Leur avis diagnostique peut être demandé au sujet de patients dont la psychopathologie se trouve complexe pour le MG ou en cas de risque suicidaire ou de pathologie sévère. Ils peuvent compléter aussi le dossier juridique par exemple en cas de harcèlement ou d'inaptitude, d'accident du travail, de burnout.

Les psychologues jouent un rôle majeur dans la prise en charge des patients en situation de perte d'emploi. Les psychologues du travail peuvent aider le patient à reconstruire son identité, recréer le lien avec son environnement et le travail, le remobiliser en cas de démotivation ou de repli défensif. Hélas, leurs consultations ne sont pas remboursées par l'assurance maladie et leur coût constitue un frein majeur à l'accès. Le MG pourra tout de même orienter le patient vers les psychologues disponibles au sein des CMP et des associations.

L'orientation des organismes dédiés

Les revendications des syndicats de salariés sont portées sur l'amélioration des conditions de travail et des rémunérations salariales. Lorsqu'un ou plusieurs salariés

sont menacés de licenciement, ils ont pour vocation de défendre le salarié devant l'employeur et de trouver si possible des solutions de maintien dans l'entreprise. Si le licenciement demeure inévitable, mais contestable, ils accompagnent les licenciés vers les tribunaux compétents afin d'obtenir des indemnités de licenciement plus élevées. Le comité d'entreprise, le délégué du personnel et le CHSCT vont progressivement fusionner pour former une seule et unique instance représentative du personnel au sein de l'entreprise nommée Comité Social et Économique (CSE).

L'inspection du travail a un rôle d'information et de conseil sur les droits du salarié et les conventions collectives, notamment en matière de prévoyance souscrite par l'employeur. Elle peut dépêcher un inspecteur pour contrôler la bonne application des dispositions légales et réglementaires en matière de relations de travail entre le salarié et l'entreprise.

Par ailleurs, Pôle-emploi peut mettre à disposition des chômeurs inscrits une psychologue du travail. Les conseillers techniques des différentes institutions et associations œuvrant pour la réinsertion professionnelle (Pôle emploi, Cap emploi...) ont une place importante dans le dispositif. La MDPH oriente les patients reconnus comme travailleurs handicapés vers les entreprises adaptées et les ESAT. La possibilité d'aménager des séjours de rupture (cures thermales, cliniques de santé mentale) est intéressante pour les patients souffrant de burnout, de dépression voire d'idées suicidaires. Enfin, il existe de nombreux dispositifs innovants (*encadré 1*) et le tissu associatif est toujours fonction des contingences territoriales (*encadré 2*).



Pour la pratique

- Le MG doit s'emparer de la prise en charge de la crise de la perte d'emploi. Pour établir une analyse systématique 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.
- Il prescrit un arrêt de travail, en cas de maladie, pour prolonger les droits : attention, tout salarié qui ne retravaille pas pendant plus de deux ans a très peu de chances de voir un retour à l'emploi.
- Le chômeur est victime d'un système : à ce titre, il doit être reconnu comme victime et accompagné.
- Le chômage n'est pas une maladie, mais un vrai handicap social : tous les acteurs de santé peuvent avoir un rôle à jouer.
- Les acteurs sociaux sont nombreux, parfois méconnus des médecins et utilisent un langage d'acronymes à mieux connaître (cap emploi, etc...).
- Le réseau de la personne en situation de chômage réel ou à venir a plusieurs portes d'entrée, dont le médecin généraliste, même s'il n'est pas malade.

Encadré 1



Un dispositif innovant à Saint-Étienne.

La consultation « bien-être et souffrance au travail » est dirigée conjointement par le Pr Luc Fontana (Santé au travail), le Pr Michel Debout (médecin légiste), le Dr Lamia Saih-Ghanam (psychiatre) et le Dr Carole Pélissier (Santé au travail). Chaque médecin apporte une expertise dans son domaine de compétence : les pathologies professionnelles, les situations de violence et les troubles psychologiques.

Expertise et écoute. Confrontés à des difficultés dans leur environnement professionnel, auxquelles s'ajoutent parfois des difficultés dans leur vie personnelle, les patients sont adressés par leur médecin traitant ou un médecin du travail, un psychologue ou sont conseillés par un tiers. Le patient trouve au sein de cette consultation une expertise, une écoute et une reconnaissance de sa souffrance, sans laquelle il ne pourrait pas se reconstruire.

La reconnaissance est indispensable pour que le consultant ne reste pas dans une position de victime permanente ou ne sombre dans la culpabilité, la perte d'estime de soi : grâce à cette écoute, il se sent à nouveau digne d'intérêt. Au cours de cette consultation, les solutions de médiation sont abordées avec le patient, afin de favoriser un maintien au poste de travail ou dans l'emploi.

Cette consultation de recours répond aux situations complexes, inscrites souvent dans la durée et ayant un impact sur la santé. La consultation est un centre de référence pour les professionnels de santé, souvent démunis devant des situations qui nécessitent de multiples prises en charge. Le patient s'entretient avec les médecins pendant une heure environ. Ce temps permet d'éclaircir sa situation et de déceler dans certains cas des situations de harcèlement, de burnout... car la souffrance est parfois telle que les explications données par le consultant peuvent être confuses. Les médecins s'attachent à rester dans la neutralité, car ils ne disposent que d'une version des faits.

À la fin de la consultation, une attestation médico-légale peut être établie afin d'amorcer un parcours psychologique et/ou professionnel, voire d'initier une action judiciaire. Un courrier de synthèse est envoyé au médecin qui a adressé le patient.

Encadré 2



Exemple de réseau associatif à Saint-Étienne.

Le Centre Violette Maurice (CVM) accueille et soutient les travailleurs en souffrance et les demandeurs d'emploi, en proposant des consultations de psychologues très accessibles sur le plan financier, profitant des subventions de l'ARS.

Handicap-emploi 42 est une association portant le label Cap-emploi. Elle comporte une cellule de maintien dans l'emploi (SAMETH) qui est sollicitée par les services sociaux, le médecin du travail ou l'employeur pour aider le travailleur RQTH à faire valoir ses droits garantis par la loi du 11 février 2005 relative au handicap. Son rôle consiste à rechercher des solutions de maintien dans l'emploi et de les mettre en œuvre en mobilisant les financements adéquats. Une autre cellule est consacrée à la réinsertion professionnelle, qui travaille avec Pôle-emploi, la mission locale pour les plus jeunes, et les assistantes sociales du département pour les bénéficiaires du RSA. Son rôle consiste à élaborer des projets de reconversion professionnelle en travaillant avec des interlocuteurs spécialisés selon le handicap : le CREPSE (mental et moteur), le LIFT (psychiatrique), l'URAPEDA (auditif), la FIDEV (visuel), etc. D'autres associations accueillent, soutiennent et accompagnent les travailleurs selon leur pathologie ; on pense notamment à la Ligue contre le Cancer et Loire Prévention Suicide.

~ **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. Debout M, Clavairoly G. *Le traumatisme du chômage*. Les Éditions de l'Atelier. 2015. 96 p. ISBN 978-2-7082-r-4283-8.

2. Amossé T, Perraudin C, Petit H. Mobilité et segmentation du marché du travail : quel parcours professionnel après avoir perdu ou quitté son emploi ? *Économie et statistique* 2011 ; 450 (1) : 79-105.

3. OMS. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. 2014 89p. [Internet, cité 17 oct 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicid.