



# La santé des travailleurs sans emploi

Décembre 2019

Enquête auprès des travailleurs sans emploi

Working Paper #6 réalisé pour la **CSC** par la *Fondation Travail-Université* et la *Chaire Travail-Université*.

Laura Faure

**CSC**  
Confédération des Syndicats Chrétiens

Fondation Travail-Université  
Chaire Travail-Université  
UCL-CIRTES

*Ce working paper a été réalisé pour le groupe des Travailleurs Sans-Emploi de la CSC par la Fondation Travail-Université et la Chaire Travail-Université (UCL, CIRTES – Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, État et Société).*

Protection de la propriété intellectuelle : la Chaire Travail-Université utilise le système de licences et de partage des connaissances Creative Commons

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



**La santé des travailleurs sans emploi. Enquête auprès des travailleurs sans emploi**, de Faure Laura, est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons BY-NC-SA : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les mêmes conditions 4.0.

Les autorisations au-delà du champ de cette licence peuvent être obtenues auprès de

[patricia.vendramin@uclouvain.be](mailto:patricia.vendramin@uclouvain.be).

**CSC – Groupe des Travailleurs Sans-Emploi**

Chaussée de Haecht, 579, B-1030 Bruxelles

Contacts : [khadija.khourcha@acv-csc.be](mailto:khadija.khourcha@acv-csc.be)

**Chaire Travail-Université (UCL-CIRTES)**

c/o FOPES-UCL, Rue de la Lanterne Magique, 32, BP L2.04.01, B-1348 Louvain-la-Neuve

<https://uclouvain.be/fr/chercher/cirtes/chaire-travail-universite.html>

Contacts : Laura Faure ([laura.faure@ftu.be](mailto:laura.faure@ftu.be)), Patricia Vendramin ([patricia.vendramin@uclouvain.be](mailto:patricia.vendramin@uclouvain.be))

## Table des matières

<b>INTRODUCTION ET ÉCHANTILLON .....</b>	<b>1</b>
1. Contexte .....	1
2. Présentation de l'enquête .....	2
2.1. Dispositif d'enquête .....	2
2.2. Le questionnaire .....	3
2.3. L'échantillon.....	3
<b>1. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET CHÔMAGE .....</b>	<b>4</b>
1.1. Les déterminants de la santé.....	4
1.1.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead .....	5
1.1.2. Le modèle de la CSDH/CDSS .....	7
<b>2. L'IDENTITÉ DE CHÔMEUR.....</b>	<b>8</b>
2.1. La stigmatisation des chômeurs .....	9
2.2. La construction du sans-emploi en tant que catégorie.....	11
<b>3. UN ÉTAT DE SANTÉ QUI SE DÉGRADE AU CHÔMAGE.....</b>	<b>12</b>
3.1. La santé subjective .....	13
3.2. Une situation partagée ?.....	14
3.3. L'évolution de l'état de santé .....	20
3.4. Conclusion sur l'état de santé subjectif global .....	28
<b>4. QUELS PROBLÈMES DE SANTÉ ? .....</b>	<b>29</b>
4.1. Repères généraux .....	29
4.2. L'incapacité à travailler .....	32
4.3. Hausse des comportements à risque .....	33
<b>5. L'IMPACT DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES SUR LE RECOURS AUX SOINS.....</b>	<b>34</b>
5.1. Les difficultés financières.....	34
5.2. Renoncement et report des soins de santé.....	40
<b>6. LA SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>44</b>
6.1. Importance des difficultés psychologiques.....	45
6.1.1. Les épisodes dépressifs.....	46
6.1.2. Les sentiments liés au bien-être.....	49
6.1.3. L'anxiété.....	50
6.1.4. La déprime.....	52
6.2. La prise de médicaments.....	55
6.3. Conclusion sur les difficultés psychologiques .....	55

<b>7. LA SANTÉ SOCIALE : L'EFFET PROTECTEUR DE L'ENTOURAGE.....</b>	<b>55</b>
7.1. La santé sociale en Belgique.....	56
7.2. La vie sociale .....	57
7.3. Le support social.....	64
7.4. Conclusion sur la santé sociale .....	70
<b>8. LES RAPPORTS ENTRE PARCOURS D'ACTIVATION ET ÉTAT DE SANTÉ.....</b>	<b>70</b>
<b>9. CONCLUSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>73</b>
L'état de santé se dégrade durant les périodes de chômage.....	73
L'ampleur des problèmes psychologiques et de l'isolement social .....	73
La précarité financière en toile de fond.....	74
Le chômage : un risque partagé pour la santé .....	75
<b>10. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>76</b>

## INTRODUCTION ET ÉCHANTILLON

### 1. Contexte

Fin 2018, les Travailleurs Sans Emploi (TSE) de la CSC ont entamé un travail sur la question des rapports entre santé et chômage. Alors que les liens entre santé et travail font l'objet d'une littérature importante, ceux concernant la problématique du non-emploi et de l'évolution de l'état de santé demeurent moins connus. Pourtant, les études disponibles<sup>1</sup> pointent les effets délétères du chômage sur la santé des personnes, tant par les mécanismes liés à la perte de revenu et la précarisation des conditions de vie que par ceux liés à l'identité de chômeur.

Dans ce cadre, la Fondation Travail-Université, en collaboration avec la Chaire Travail-Université, a été chargée de mener une enquête afin de dresser un état des lieux de la question. Les pages qui suivent présentent les résultats de cette enquête. Cette dernière se penche sur l'état de santé physique, mental et social des travailleurs sans emploi, mais également sur plusieurs aspects liés au quotidien, tels que les changements d'habitudes, l'accès aux soins de santé et la recherche d'emploi.

L'enquête met en avant les particularités d'une situation vécue par une partie de la population et les changements que le chômage induit sur plusieurs déterminants de la santé. Dans le cas où cela s'avère possible et pertinent, des comparaisons avec les résultats de l'Enquête de Santé<sup>2</sup> ou les chiffres disponibles<sup>3</sup> seront proposées dans le but d'ancrer les résultats de l'enquête dans un contexte plus global.

La première section de ce rapport présente le dispositif d'enquête et est suivie par une présentation de l'ancrage théorique des questions de santé chez les travailleurs sans emploi. Les résultats sont ensuite présentés en six sections :

- 1) L'état de santé et l'évolution de celui-ci pendant la période de chômage.
- 2) Les problèmes de santé rencontrés.
- 3) Les aspects financiers et la question du renoncement aux soins de santé.
- 4) La santé mentale.

---

<sup>1</sup> Sur le sujet, voir les travaux de Ginette Herman sur la santé mentale et la stigmatisation des chômeurs : Herman, G. (Dir.). (2007). *Travail, chômage et stigmatisation : Une analyse psychosociale* (1re éd). Bruxelles: De Boeck. Concernant les études menées en France voir, entre autres :

- 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*, 88(6), 707-716.
- SNC. (2018). *Rapport sur l'emploi et le chômage et ses impacts. La santé des chercheurs d'emploi, enjeu de santé publique*. Paris: Solidarités Nouvelles face au chômage.

<sup>2</sup> Enquête périodique réalisée depuis 1997 par la Direction Scientifique Epidémiologie et santé publique. Les résultats pour l'année 2018 sont en cours de publication et sont disponibles via le lien suivant : <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>.

<sup>3</sup> Notamment celles disponibles via Eurostat (Enquête sur les revenus et conditions de vie, EU-SILC), Statbel et le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

- 5) La santé sociale.
- 6) Le vécu des parcours d'activation.

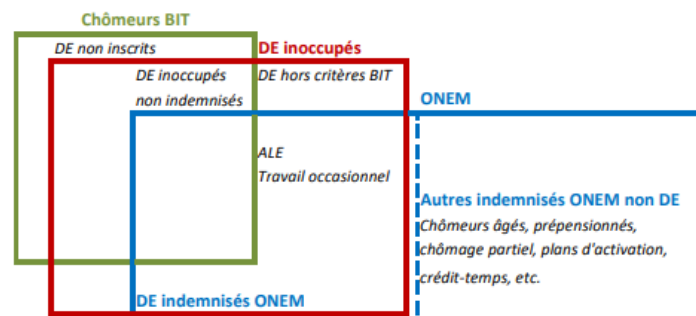
## 2. Présentation de l'enquête

### 2.1. Dispositif d'enquête

Les résultats sont tirés d'une enquête par questionnaire. Les personnes interrogées sont des travailleurs et travailleuses sans emploi en Belgique francophone, c'est-à-dire toute personne active et actuellement sans emploi, homme ou femme et résidant en Belgique francophone. Le public cible incluait tant les personnes percevant une allocation de chômage que celles qui perçoivent un autre type d'allocation ou pas d'allocation du tout. Enfin, le questionnaire s'adressait tant aux personnes ayant déjà eu une ou plusieurs expériences professionnelles qu'à celles n'ayant jamais eu d'emploi.

#### *Encadré 1 : la définition et la mesure du chômage*

Etant donné la diversité des indicateurs utilisés, la mesure du chômage se révèle souvent un exercice délicat, car chaque définition du chômage courante englobe des catégories différentes de personnes.



Source : Valenduc (2017), Baromètre 2016 de la qualité de l'emploi et du travail.

L'indicateur du taux de chômage BIT harmonisé est calculé à partir de l'enquête sur les forces de travail (LFS). Cette mesure comprend toute personne qui, sur la durée de référence de l'enquête, est (1) sans travail (salarié ou indépendant) ; (2) disponible pour travailler et (3) à la recherche d'un travail, c'est-à-dire qu'elle a entrepris des démarches actives pour trouver un travail (inscription dans une agence, recherche et réponse à des offres d'emploi, envoi de candidatures, travail sur un projet personnel, etc.). Le taux de chômage est calculé par rapport à la population active occupée et inoccupée et ne comprend donc pas la population « inactive » (étudiants, adultes en incapacité de travail, retraités, etc.), contrairement à la mesure du taux d'emploi.

L'indicateur du taux de chômage administratif est fourni par le SPF Emploi et se base sur les inscriptions en tant que « demandeur d'emploi (DE) » auprès des agences régionales (Forem, Actiris, VDAB, ADG). Les « demandeurs d'emploi inoccupés (DEI) » comprennent les chômeurs complets indemnisés, les chômeurs inscrits sur base de prestations à temps partiel, les jeunes en stage d'insertion et les autres demandeurs d'emploi obligatoirement ou librement inscrits. Cet indicateur couvre un périmètre plus large et, contrairement à la mesure du chômage BIT, inclut les demandeurs d'emploi momentanément indisponibles, travaillant en ALE ou sous forme de contrats précaires (intérim court, travail occasionnel ou à temps partiel involontaire, etc.) ou qui n'ont pas fait de démarches actives de recherche d'emploi au sens du BIT. Enfin, l'indicateur du chômage de l'ONEM couvre un champ beaucoup plus large.

Source : Valenduc 2017 et Vendramin, 2014.

L'enquête a été diffusée en ligne et en version papier. Le questionnaire en ligne a été diffusé via la plateforme SurveyMonkey, les réseaux sociaux et les canaux de la CSC. Les questionnaires papier ont été distribués dans les différents points de contact régionaux de la CSC et plusieurs centres de formation, avec la participation de l'AID Coordination (réseau

d’Action Intégrées de Développement). Les données ont été récoltées entre avril et juin 2019 et analysées avec le logiciel SPSS.

## 2.2. Le questionnaire

Le questionnaire était anonyme et comportait 44 questions fermées réparties entre les thématiques suivantes :

- Questions d’identification : sexe, âge, niveau de formation, situation familiale et trajectoire professionnelle.
- La santé : état de santé et évolution de celui-ci, présence de problèmes de santé et questions liées au bien-être.
- Les aspects du quotidien : changements d’habitudes, impact sur les activités physiques et les loisirs, et relations avec l’entourage.
- Les soins de santé : mutuelle, accès aux soins de santé et prise de médicaments.
- La recherche d’emploi : capacité à travailler, suivi d’un parcours d’accompagnement et vécu de ce parcours.

## 2.3. L’échantillon

Au total, 996 questionnaires complets ont été collectés. Un contrôle de la représentativité de l’échantillon a été effectué sur base des données sur les DEI (demandeurs d’emploi inoccupés) disponibles au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Statbel, Actiris et Forem pour les variables « sexe », « âge », « niveau de formation » et « durée actuelle sans emploi ». Le tableau 1 reprend ces chiffres ainsi que les données de l’échantillon.

Les niveaux de formation repris dans le questionnaire se réfèrent aux niveaux ISCED-2011 et se répartissent en trois groupes. Le niveau bas (ISCED 0-2) comprend les niveaux de formation jusqu’au secondaire inférieur maximum. Le niveau moyen (ISCED 3-4) se réfère au secondaire supérieur et le post-secondaire non supérieur. Enfin, le niveau élevé (ISCED 5-8) comprend l’enseignement supérieur de types court et long.

**Tableau 1 : données sur le chômage disponibles et structure de l’échantillon, %**

	Sexe		Groupes d’âge				Niveaux de formation		
	Homme	Femme	Moins de 25 ans	Entre 26 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Plus de 50 ans	Bas	Moyen	Élevé
<b>Données disponibles</b>	52,4	47,6	17,2	38,5	19,5	24,8	27,7	55,7	16,7
<b>Données échantillon</b>	41,3	58,7	10,5	29,8	26,4	33,2	38,8	37,1	24,1
<b>Données après pondération</b>	50,6	49,4	19,3	37,9	18,7	24,1	28,0	56,4	15,7

Une pondération a été introduite suite à la présence d’une surreprésentation des femmes dans l’échantillon.

Dans le cadre de cette étude, deux champs théoriques peuvent être mobilisés pour comprendre les liens entre chômage et santé : celui des inégalités sociales de santé et celui de l’identité. En effet, ceux-ci permettent d’intégrer à la lecture des résultats à la fois l’existence d’inégalités sociales qui touchent l’ensemble de la société, en prenant en compte le fait que celles-ci ont un

caractère structurel et se reproduisent, et les effets propres d'une situation vécue par une partie de la population : le chômage, vécu individuel dont l'expérience s'inscrit dans une histoire collective construite autour de la signification attribuée au chômage et aux chômeurs.

Les deux sections suivantes proposent un retour théorique sur chacune de ces deux grilles de lecture, en appuyant sur la nécessité de prendre en compte leurs effets conjoints pour comprendre l'ensemble des dynamiques à l'œuvre dans la problématique de la santé des travailleurs et travailleuses sans emploi.

## 1. INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET CHÔMAGE

Des études comparatives au niveau international (Wilkinson et Pickett, 2013:136) montrent que l'espérance de vie a tendance à être d'autant moins élevée que les inégalités de revenus seront fortes. Les inégalités de revenu ont en fait un impact sur différents aspects liés à la santé : conditions matérielles de vie, accès aux soins de santé, source de stress, etc., et les travailleurs sans emploi représentent donc un groupe plus fragile au regard de ces inégalités. Pour information, en Belgique, l'espérance de vie globale à la naissance en 2016 est de 81,26 ans pour l'ensemble de la population, de 78,78 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes (tableau 2). L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est quant à elle d'environ 75,05 ans (73,9 ans pour les hommes et 76,2 ans pour les femmes).

**Tableau 2 : espérance de vie à la naissance et espérance de vie en bonne santé, population belge, 2016, années**

	Espérance de vie à la naissance	Espérance de vie en bonne santé à la naissance	Espérance de vie en bonne santé à 50 ans	Espérance de vie en bonne santé à 65 ans
<b>Hommes</b>	78,78	73,9	26,9	15,6
<b>Femmes</b>	83,68	76,2	29,1	17,5
<b>Total</b>	81,26	75,05*	28*	16,55*

Source : Statbel, Eurostat, 2019.

\*Estimations.

### 1.1. Les déterminants de la santé

Les inégalités sociales de santé sont « des différences en santé [...] observées entre individus ou groupes d'individus en fonction de divers facteurs comme le genre, l'âge, le revenu, la profession, le quartier de résidence, le bagage génétique ou les habitudes de vie » (van Oyen et al., 2010:1). Être en bonne santé ne résulte donc pas seulement de facteurs personnels, mais également d'un ensemble de facteurs qui se distribuent inégalement dans la société (le revenu, le niveau de formation, etc.) et témoignent de l'organisation de cette société (politiques publiques, sécurité sociale, etc.). En d'autres termes, « les ISS [inégalités sociales de santé] témoignent [...] du lien existant entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale » (Laasman, Maron et Vrancken, 2019:13).

Les inégalités sociales de santé sont produites au travers de diverses dimensions qui composent l'environnement d'un individu, appelées *déterminants de la santé*. Ces déterminants se manifestent à la fois à l'échelle individuelle, en ce qu'ils comprennent les modes de vie,



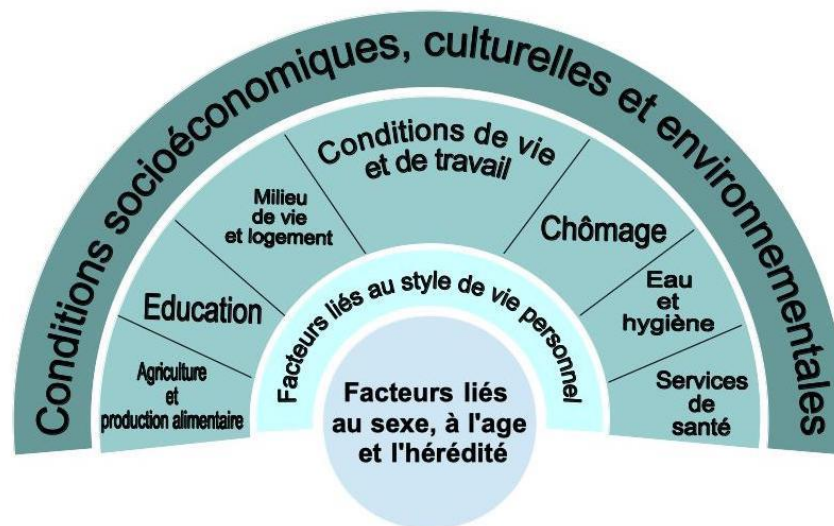
comportements et statut socio-économique, mais également sociale, car ils intègrent des dimensions liées à la position sociale. Au plus les inégalités entre groupes seront fortes, au plus les inégalités en matière de santé et la reproduction de celles-ci seront importantes.

Deux modèles des déterminants de la santé sont souvent mobilisés pour montrer les interactions entre les niveaux macro et micro sociaux. Ces modèles permettent de mettre en avant les facteurs et dynamiques qui agissent sur l'état de santé d'une part et, d'autre part, les influences réciproques de chacun de ces facteurs.

### 1.1.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead

Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) présente les déterminants de la santé en quatre niveaux interdépendants, allant des conditions macrosociales aux facteurs individuels.

*Figure 1 : les déterminants de la santé selon le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)*



Source : Dahlgren et Whitehead, 1991.

Les *facteurs liés au style de vie personnel* concernent les comportements individuels et notamment les comportements à risque (consommation de tabac et d'alcool, sédentarité, habitudes alimentaires, etc.). Ils se réfèrent donc fortement aux modes de consommation. Il y a une prévalence des risques liés à ces comportements chez les personnes défavorisées.

Concernant le lien avec le chômage, ces facteurs de risque seraient plus présents chez les personnes sans emploi, mais n'expliqueraient pas à eux-seuls les problèmes de santé plus fréquents. En effet, dans une étude portant sur les risques d'accidents cardiovasculaires chez les chômeurs, Pierre Meneton montre qu'après ajustement de ces comportements à risque fréquents chez les chômeurs, le chômage, notamment par son action sur la santé mentale (troubles du sommeil, etc.) est susceptible d'augmenter d'autant plus le risque d'accidents cardiovasculaires (Meneton et al., 2017:145).

Les *réseaux sociaux et communautaires* comprennent les influences sociales et collectives. Ce niveau analyse d'une part, l'impact du support social, c'est-à-dire le soutien direct et indirect de l'entourage et la protection apportée par celui-ci (Van der Heyden et Charafeddine, 2014)

et, d'autre part, l'influence des pairs et des autres sur les comportements individuels (Grignon et al., 2004).

Il s'agit donc des « déterminants sociaux de la santé ». Les travaux menés sur la cohorte de Whitehall<sup>4</sup> « démontrent que les comportements à risque n'expliquent qu'une part de l'état de santé et que, toute chose égale par ailleurs, la part de l'inexpliqué est d'autant plus importante que l'on appartient à la catégorie la plus défavorisée ». En 2004, l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé a coordonné une recherche sur l'impact de cette part d'inexpliqué dans les risques de mortalité (Grignon et al., 2004).

Cette étude se penche sur trois facteurs qui varient en fonction de l'environnement social. Ces facteurs influent sur l'intégration sociale, considérée comme une « source directe de santé » et sont :

- Le *soutien/support social* apporté par le réseau de parenté et d'amis, qui est donc le soutien qu'un individu peut mobiliser et qui varie par sa taille, sa densité et sa qualité.
- Le *capital social*, c'est-à-dire l'ensemble des ressources collectives qu'un individu peut mobiliser. La constitution du réseau de ressources va pouvoir avoir des impacts directs sur le sentiment d'isolement, par exemple, mais aussi indirects dans le sens où un fort capital social va pouvoir inciter à des comportements bénéfiques.
- La *position hiérarchique* ressentie au sein de son groupe de pairs. La comparaison avec un « groupe de référence » peut en effet engendrer des fragilités psychologiques, un sentiment d'injustice et de manque de contrôle.

De plus, selon Clark (2000), le bien-être d'un individu dépend également du bien-être général de ce « groupe de référence ». En d'autres termes, le bien-être des chômeurs serait inférieur à celui des actifs occupés, mais le bien-être aurait par contre tendance à augmenter si le niveau de bien-être des chômeurs en général est plus élevé, et ce d'autant plus dans les zones géographiques où il y a une plus forte concentration du taux de chômage. Ceci invite donc à penser l'importance de la cohésion sociale et des réseaux de sociabilité dans les périodes de non-emploi.

Les *facteurs liés aux conditions de vie et de travail* se rapportent à l'accès au travail mais aussi plus largement à l'éducation, aux services et aux équipements. La qualité des conditions de vie sera moins bonne chez les personnes les plus défavorisées et elles seront dès lors d'autant plus exposées à des risques de santé.

---

<sup>4</sup> Les études de cohorte désignent les études épidémiologiques portant sur des groupes de population suivis périodiquement sur le long terme. La plupart des cohortes étudiées aujourd'hui datent d'après la Seconde Guerre Mondiale. La cohorte de Whitehall est une référence dans l'étude des inégalités sociales de santé et existe depuis 1967. Son but initial était d'étudier le risque de maladie cardiovasculaire dans la population britannique. Le terme « Whitehall » fait référence à l'échantillon, constitué d'hommes travaillant dans des bureaux londoniens... situés à Whitehall street. Les résultats des études menées sur cette cohorte ont mis en avant l'existence d'un gradient social de santé, c'est-à-dire une évolution de la santé en fonction du statut socio-économique. Ainsi, la cohorte Whitehall II (depuis 1985) a pour objectif d'étudier les différences de santé en fonction du statut socio-économique (Singh-Manoux, 2012).

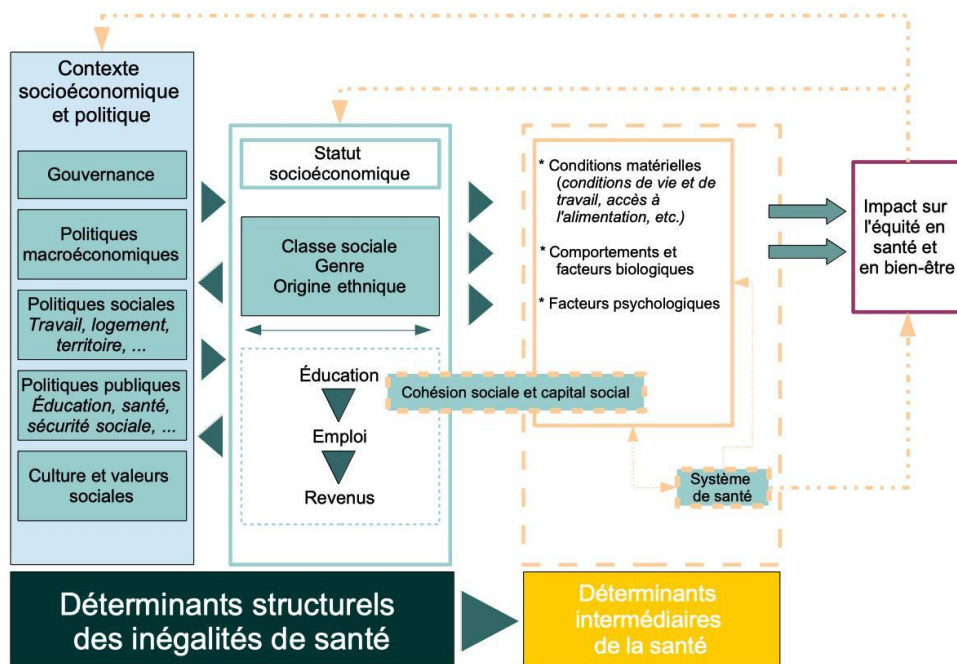
Le chômage est intégré dans cette partie du modèle. Cet échelon du modèle fait basculer les déterminants du point de vue plus individuel ou de l'entourage, vers le versant socio-politique des déterminants de la santé. En effet, les dimensions reprises dans cet échelon découlent directement de la façon dont est organisée la société. Cela permet de montrer que, si les comportements individuels ont un certain pouvoir explicatif, la manière de prendre en charge le chômage et les services de santé vont également avoir une influence sur la santé des travailleurs sans emploi et sur leurs comportements.

Les *conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales* concernent les mécanismes macrosociaux qui organisent l'ensemble de la société. Sont intégrés ici les cycles économiques (crises), les réponses politiques apportées à ces crises, les modes de consommation et de production de la société ayant une influence sur le bien-être (Wilkinson et Pickett, 2013), les valeurs et croyances culturelles qui influencent la façon de concevoir le soin, ou encore l'accès aux ressources naturelles (eau potable, énergie, etc.).

### 1.1.2. Le modèle de la CSDH/CDSS

Le second modèle est celui de la CSDH/CDSS (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008). Ce modèle met en avant l'interaction entre des déterminants *structurels* des inégalités sociales de santé liés au contexte socioéconomique et politique, ainsi qu'à l'organisation des rapports sociaux, et des déterminants *intermédiaires* qui concernent plus les conditions matérielles et individuelles qui vont déterminer l'état de santé.

**Figure 2 : les déterminants de la santé selon le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008)**



Source : OMS, 2008.

Dans la figure 2, les *déterminants structurels des inégalités de santé* renvoient au contexte socioéconomique et politique et à son influence sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires. En effet, les politiques publiques, sociales ou économiques et les valeurs partagées qui les sous-tendent impactent la façon dont s'organisent les rapports sociaux. Ces déterminants structurels agissent sur les parcours scolaires et professionnels et au plus ils seront inégalitaires, au plus les effets des parcours sur les déterminants intermédiaires seront inégaux en retour.

Les *déterminants intermédiaires de la santé* se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, biologiques, aux comportements à risque et face aux soins. Le statut socioéconomique, les relations sociales et l'accessibilité du système de santé jouent un rôle déterminant sur ces facteurs.

Ces modèles permettent de mettre en avant l'ensemble des éléments qui concourent à assurer une bonne santé au sein d'une société. La prise en considération de ces modèles dans les liens entre chômage et santé invite à être attentif à l'existence d'inégalités de santé et à voir si la santé de certains groupes est plus vulnérable que celle d'autres groupes dans les moments de chômage. La diversité des déterminants permet de montrer que la situation de chômage, qui comporte ses effets propres (voir section suivante), s'inscrit dans une réflexion plus large sur les contextes socioéconomiques et notamment sur la gestion du chômage et de l'accès aux soins de santé.

## **2. L'IDENTITÉ DE CHÔMEUR**

À côté des effets du mode de vie et des inégalités sociales de santé, la littérature met en avant les rapports que l'identité sociale des chômeurs, c'est-à-dire « la condition sociale représentée par le chômage [...] et non l'inactivité professionnelle en soi » (Meneton et al., 2017:145) entretient avec l'évolution de l'état de santé au sein d'une trajectoire individuelle. Ces études montrent que « la manière dont la société, dans son ensemble, perçoit les chômeurs, juge les raisons de leur privation d'emploi et évalue leurs efforts de réintégration professionnelle » a des conséquences sur la confiance en soi, le sentiment d'appartenance et, partant, sur la santé mentale et sociale d'une personne (Herman et Liénard, 2009:45).

La notion d'identité est plurielle, mais son intérêt dans la compréhension des liens entre chômage et santé tient notamment à deux caractéristiques. Premièrement, l'identité est une construction sociale, en ce qu'elle comprend une dimension collective. Deuxièmement, cette construction s'opère en partie à travers le regard d'autrui. Les représentations du chômage, ainsi que la construction des sous-catégories de chômeurs révèlent la façon dont cette catégorie a été à la fois progressivement stigmatisée et invisibilisée (Loriaux, 2015). Avec la stigmatisation comme point de départ, la section qui suit développe les particularités de la construction de l'image des chômeurs au regard de l'évolution de la signification accordée au chômage. L'objectif est de montrer l'ambiguïté de l'identité de chômeur, car les mécanismes liés à la stigmatisation et à l'évolution de la signification du chômage rendent complexes les processus d'identification individuelle et collective. Cette difficulté à pouvoir relier le vécu du chômage à une identité positive altère le sentiment d'appartenance à un groupe (celui des

travailleurs, celui de son entourage, etc.) et plus largement à la société, et se ressent dès lors dans les interactions quotidiennes.

## 2.1. La stigmatisation des chômeurs

Selon Erving Goffman, le stigmaté est un attribut social dévalorisant dont la particularité est qu'il prend son existence et son caractère négatif dans le regard d'autrui. Dans une société, la stigmatisation de certains groupes informe sur les normes et valeurs partagées par cette société de laquelle les individus stigmatisés sont exclus par la visibilité des attributs négatifs qu'ils portent. La stigmatisation réduit les personnes à la seule identité attribuée par le stigmaté, les confrontant en permanence au regard d'autrui et à la négociation de ce stigmaté dans les relations sociales (Paugam, 2015:100). Il existe de nombreuses définitions de la stigmatisation sociale. Bourguignon et Herman (2007) en relèvent quatre caractéristiques constitutives : l'attribut, le stéréotype, l'identité sociale négative et l'expérience du rejet et de la discrimination.

- *L'attribut* : une personne ou un groupe stigmatisé est porteur d'un (ou plusieurs) attribut(s) qui représentent autant de « marqueurs » dévalorisés au sein de la société. Le passage du simple attribut à l'attribut stigmatisant dépend donc des normes, valeurs et groupes dominants d'une société. Ainsi, ce n'est pas l'attribut de chômeur en soi qui est stigmatisant, mais la signification qui lui est accordée collectivement au regard des valeurs partagées par la société, notamment l'importance de la valeur du travail (voir encadré 2). En d'autres termes, l'attribut lie le chômeur à un trait dévalorisé et individualisé, à savoir le fait d'être sans travail, qui supplante les réalités sociales qui entourent cet attribut, c'est-à-dire la persistance du chômage dans une société où il est important de travailler (Loriaux, 2015).
- *Les stéréotypes* : ils sont un mode de perception du monde. De nombreux auteurs mettent en avant l'importance des stéréotypes au quotidien, car ils remplissent une fonction de prédiction et d'organisation des échanges quotidiens. Sortes d'images préconçues et réductrices de la réalité, les stéréotypes lient une personne aux représentations du groupe auquel elle est identifiée. Le processus de stigmatisation établit la relation négative entre l'attribut et le stéréotype. Les stéréotypes ne peuvent être isolés de leurs conditions de production, Ainsi, les stéréotypes sur les chômeurs se sont construits depuis le 19<sup>ème</sup> siècle au travers de discours moraux encadrant le droit à l'allocation de chômage et concernant notamment la dangerosité, la fainéantise, la complaisance dans l'assistanat ou encore l'individu profiteuse (Loriaux, 2015). La dimension négative d'un stéréotype et son caractère violent tiennent notamment à la capacité pour le groupe visé par ces stéréotypes à pouvoir se les réapproprier et les déconstruire. Cette déconstruction des stéréotypes est d'autant plus complexe que les groupes visés sont perçus comme homogènes (« ils sont tous pareils ») et que le contexte social et leur réactivation fréquente par médias, les institutions ou les échanges quotidiens participent à la légitimation de ces stéréotypes (le chômage ne se résorbe pas et occupe un fort espace médiatique).

## Encadré 2 : la centralité du travail

Notre société est largement définie par le travail. Entre autres, celui-ci confère un statut, élément essentiel de la construction de l'identité sociale et marqueur d'appartenance à la société. Alors que les rapports au travail et les mécanismes de sécurité qui l'entourent se transforment peu à peu (hausse des contrats atypiques, réformes des mécanismes de solidarité liés au chômage, développement de l'économie de plateformes, des start-up, du travail « d'autoentrepreneur », etc.) (Valenduc et Vendramin, 2019), il apparaît que le travail reste une valeur tout à fait centrale de notre société. C'est ce que montre l'étude réalisée en 2014 auprès des travailleurs sans emploi (Vendramin, 2014), dont les résultats soulignent que, malgré la distinction entre le travail comme valeur en soi (la centralité absolue du travail) et comparée à d'autres valeurs (la centralité relative du travail), celui-ci reste globalement une des valeurs les plus importantes chez les personnes privées d'emploi.

### Centralité absolue du travail, travailleurs sans emploi, 2014, %

Le travail est...	
La valeur la plus importante	19,9
Une des valeurs les plus importantes	66,9
Une valeur plus ou moins importante	11,5
Une des valeurs les moins importantes	1,7

Source : Vendramin, 2014.

### Centralité relative du travail, travailleurs sans emploi, 2014, %

Domaine de vie le plus important	
Couple et famille	50,3
Travail et vie professionnelle	44,5
Engagements divers	4
Loisirs et amis	3,1

Source : Vendramin, 2014.

Cette même étude montre que ce sont les personnes dont l'accès à l'emploi est le plus difficile (niveaux de formation moins élevés et étrangers ou Belges d'origine étrangère) qui mettent le plus souvent la valeur du travail en premier lieu. En observant la centralité relative du travail, l'étude souligne que la vie privée et la vie professionnelle sont deux valeurs fortement dominantes, ce qui est interpellant au regard de la question de la santé sociale. En effet, si l'expérience du chômage touche directement au statut de travailleur, des études mettent également en avant les effets du chômage sur les relations familiales, et notamment l'installation de la honte et des difficultés à communiquer au sein de la sphère intime (Roupnel-Fuentes, 2014). Ces difficultés vécues dans une sphère fortement valorisée renforcent l'isolement au sein même du couple et les effets néfastes du chômage en général.

- *L'identité sociale négative* : il s'agit d'un « concept composé d'au moins trois dimensions [...] : la conscience de l'appartenance à un groupe ou la catégorisation de soi, l'évaluation du groupe et enfin, l'aspect émotionnel de cette appartenance » (Bourguignon et Herman, 2007). La construction de l'identité sociale est donc un processus dynamique qui comprend l'identification à et par des pairs. Dans le cas d'un groupe stigmatisé, les critères de l'appartenance au groupe sont essentiellement déterminés de manière externe à l'individu, par les stéréotypes et attributs négatifs qui entourent l'identité sociale. L'identité sociale des chômeurs est fortement déterminée à partir de la catégorisation des personnes en tant que chômeurs (processus externe), mais sans pour autant s'identifier individuellement et collectivement à un groupe (processus interne).
- *L'expérience du rejet et de la discrimination* : les personnes stigmatisées font l'expérience de préjugés et de discriminations à leur égard sur base de leur condition. Ces expériences peuvent prendre des formes très diverses, allant de l'évitement à la menace verbale ou physique. Au final, les individus porteurs d'un stigmate vont faire l'expérience de comportements inégaux et dévalorisants envers eux. Une manière de

se prémunir contre ces préjugés et discriminations peut consister à dissimuler le stigmaté.

Les différentes composantes du stigmaté ont été évoquées, mais Bourguignon et Herman (2007) soulignent le rôle de deux autres mécanismes (Loriaux, 2015:10) qui expliquent la fragilité plus forte de certaines personnes face à la stigmatisation :

- *L'invisibilité du stigmaté* : cette stratégie consiste à masquer l'existence du stigmaté dans les interactions quotidiennes. Une telle présentation de soi se révèle en fait néfaste pour le bien-être psychologique : développement et/ou renforcement d'un sentiment de honte et isolement progressif afin d'éviter les interactions qui obligeraient à s'afficher comme membre d'un groupe stigmatisé.
- *La perception de la contrôlabilité du stigmaté* : cette contrôlabilité renvoie à la capacité individuelle à agir sur le stigmaté. Cependant, ce niveau de contrôlabilité n'est pas défini du point de vue de l'individu, mais bien du point de vue des autres et de la manière dont ils jugent l'individu responsable de sa propre situation. Dit autrement, ce n'est pas tant ce que l'individu pense qu'il peut faire pour sortir de cette situation que ce que les autres pensent qu'il devrait faire – et ne fait pas – pour sortir de sa situation qui entre en considération. Par conséquent, si des personnes estiment que les chômeurs sont capables d'agir sur leur situation mais qu'ils sont perçus comme ne faisant rien, ces derniers seront d'autant plus jugés négativement comme responsables de ce qui leur arrive.

La stigmatisation renvoie donc à une identification négative largement partagée et intériorisée par les personnes sans travail. Cette identification est renforcée par des stéréotypes et a des conséquences sur la manière dont les chômeurs sont perçus et se perçoivent eux-mêmes. En ce sens, l'importance accordée à cette identité sociale peut avoir un effet de renforcement des difficultés liées à la situation de chômage : il ne s'agit pas seulement d'une perte de statut économique, mais également d'un ensemble de représentations et comportements, institutionnels ou non, envers les chômeurs qui participent à la dégradation de l'intégration sociale et du bien-être.

## **2.2. La construction du sans-emploi en tant que catégorie**

Les personnes sans emploi sont donc assignées à toute une série de caractéristiques négatives, mais également à un statut social qui leur confère certains droits et obligations. Résumer l'histoire du droit au chômage sort ici du cadre de cette étude<sup>5</sup>. Cependant, nous pouvons retenir quelques spécificités de cette évolution qui peuvent renforcer les difficultés mentionnées plus haut.

Le chômage, et plus particulièrement les chômeurs, est depuis longtemps construits en tant que *catégorie*, c'est-à-dire par des processus externes (par exemple les statistiques) sans pour

---

<sup>5</sup> Voir à ce titre Loriaux, Florence, éd. 2015. *Le chômeur suspect, histoire d'une stigmatisation*. Bruxelles: CARHOP-CRISP.

autant qu'il existe une identité de chômeur intégrant l'idée de groupe, c'est-à-dire une identification interne et une reconnaissance positive en tant que membre de ce groupe (Raynaud, 2007). La stigmatisation de la catégorie des chômeurs rend cette identité essentiellement négative et la construction d'une identité collective plus complexe.

Tout d'abord, cette catégorie « chômeurs » est très hétérogène et mouvante : le chômage concerne des personnes d'âge, de sexe, de classe différents et, surtout, pour des durées différentes et se voulant les plus courtes possibles. Ensuite, le chômage en tant que statut n'ouvre pas aux mêmes droits et devoirs en fonction de la situation individuelle : le conditionnement de l'accès aux droits en fonction de l'âge (allocation d'insertion) ou de la durée du chômage (dégressivité des allocations), la mise en place de dispositifs tels que les contrats ALE, ou encore le transfert vers l'aide sociale (revenu d'intégration sociale) sont autant d'exemples de « sous-catégories » du chômage qui renvoient une image floue de ce groupe.

Ensemble, ces mécanismes de stigmatisation des chômeurs, de catégorisation et d'individualisation des parcours rendent complexe la construction d'une identité collective. D'une part, car l'identité collective n'est pas dissociable de l'identité individuelle et que celle-ci est stigmatisante et pousse à la dissimulation de ce statut. D'autre part, la catégorisation en tant que chômeur cache en fait une réalité beaucoup plus hétérogène et une individualisation des parcours qui rend floues les frontières du groupe des chômeurs.

L'importance de la prise en compte de cette identité construite par la négativité dans l'évolution de l'état de santé tient donc à un potentiel double effet de ce stigmate et concerne, d'une part, les effets à l'échelle individuelle, sur la confiance en soi, l'intériorisation d'une identité négative et la perte d'un sentiment d'appartenance renforcée par l'individualisation des droits au chômage ; d'autre part, la manière dont les chômeurs sont perçus vis-à-vis des valeurs d'une société a une influence sur la façon dont cette problématique est traitée collectivement.

Il est donc important de ne pas résumer les effets du chômage sur la santé par des effets de modification de comportements individuels ou par les conséquences d'une perte de capital économique, mais d'intégrer l'expérience du chômage et les impacts de la conception de celui-ci au sein même du modèle des déterminants de la santé.

### **3. UN ÉTAT DE SANTÉ QUI SE DÉGRADE AU CHÔMAGE<sup>6</sup>**

Une définition courante de la santé est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa déclaration constitutive de 1946. Selon elle, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). L'évaluation de l'état de santé d'un individu se fait donc selon différents critères physiques, mentaux et sociaux et, comme le souligne l'OMS, la définition de la santé dépasse le seul diagnostic d'une maladie.

---

<sup>6</sup> À partir de ce point débute l'analyse des résultats de l'enquête réalisée auprès des 996 TSE.



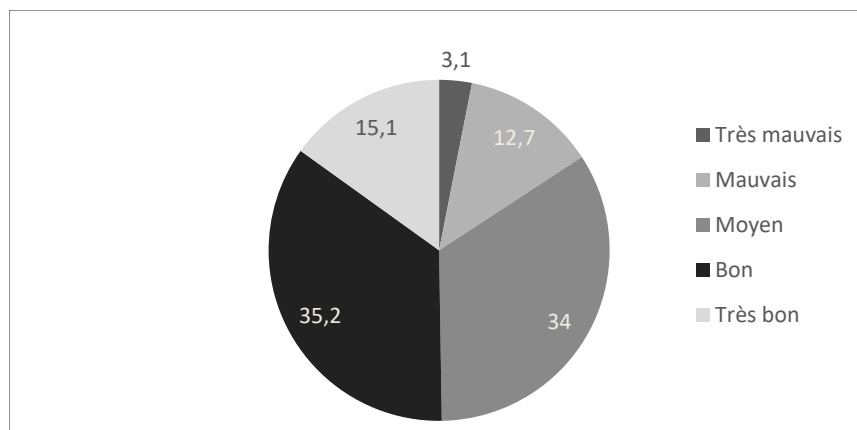
La santé étant un concept aux multiples facettes, de nombreuses études se basent sur la notion de *santé subjective* pour la mesurer. La santé subjective concerne la façon dont une personne évalue son propre état de santé et intègre donc le positionnement de la personne par rapport à son propre état de santé, que celui-ci ait fait l'objet ou non d'un diagnostic médical (Tafforeau et al., 2019:7).

Cette section se penche sur l'état de santé des travailleurs sans emploi et les comparaisons possibles par rapport à la population d'actifs occupés. Avant d'analyser les différentes influences possibles du chômage sur l'état de santé, il s'agit ici d'établir un constat sur l'état de santé des répondants. Les données présentées ci-dessous sont donc centrées sur l'appréciation que les répondants se font de leur état de santé, ainsi que sur l'évolution de celui-ci durant la période de chômage actuelle.

### 3.1. La santé subjective

Concernant l'état de santé actuel, le graphique 1 montre que 15,8% des répondants considèrent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais. Ils sont 50,3% à percevoir leur santé comme bonne ou très bonne et 34% à estimer que celle-ci est plutôt moyenne. Cela signifie qu'environ un répondant sur 6 affirme que son état de santé est plutôt mauvais.

**Graphique 1 : état de santé subjectif actuel, ensemble de l'échantillon, %**



Le tableau 3 permet de comparer ces chiffres avec les actifs occupés et la population âgée entre 16 et 64 ans. Concernant les personnes sans emploi, si les pourcentages suivent les mêmes courbes et que le nombre de sans-emploi se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé est similaire, on note une différence dans l'appréciation d'une santé moyenne à très bonne : les répondants de notre enquête sont plus nombreux à estimer leur santé moyenne plutôt que bonne.

La comparaison avec les données concernant les actifs occupés montre une différence notable dans l'évaluation de la santé subjective. En effet, seuls 2,4% des actifs occupés se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé, c'est-à-dire environ une personne active sur 40 ayant une perception négative de son état de santé, contre environ une personne sans emploi sur 6 dans l'échantillon.

**Tableau 3 : état de santé subjectif en Belgique selon le statut professionnel, population de 16 à 64 ans, 2018, %**

	Population	Actifs occupés	Chômeur BIT	Sans emploi
<b>Très bon</b>	34	34,8	22,8	32,5
<b>Bon</b>	46,7	51,8	45,5	37,6
<b>Moyen</b>	12,8	10,9	21,3	16,3
<b>Mauvais</b>	5,2	2,2	8,4	10,4
<b>Très mauvais</b>	1,3	0,2	2,1	3,2

Source : Eurostat, 2019.

### 3.2. Une situation partagée ?

Les données ci-dessus présentent la situation pour l'ensemble de l'échantillon. Faut-il voir des inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des « différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un gradient social qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées »<sup>7</sup>.

Les résultats qui suivent montrent l'évaluation de la santé subjective en fonction du sexe, de l'âge, du niveau de formation et de la durée actuelle du chômage, afin de voir si certains groupes sont plus affectés que d'autres au sein de l'échantillon.

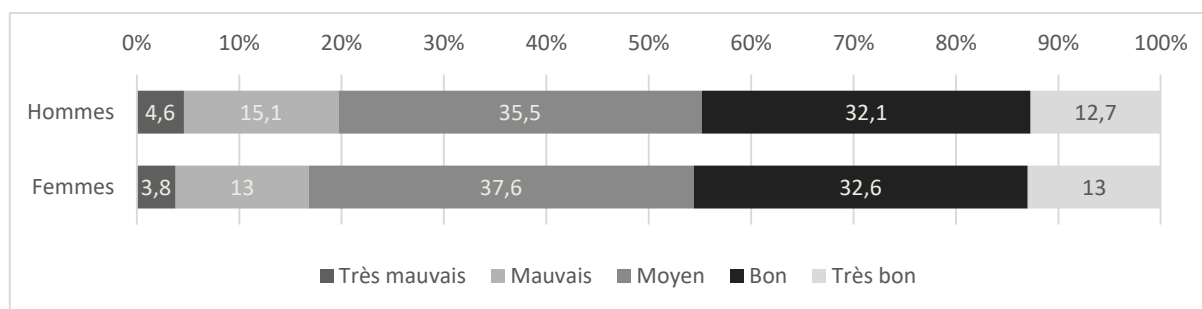
**Tableau 4 : état de santé perçu en Belgique selon le sexe et le statut professionnel, population de 16 à 64 ans, 2018, %**

	Population		Actifs occupés		Chômeur BIT		Sans emploi	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>Très bon</b>	35,9	32,1	36,1	33,4	23,5	22,2	35,4	30,1
<b>Bon</b>	46,6	46,8	51,3	52,4	43,4	47,6	36,6	38,4
<b>Moyen</b>	12	13,7	10,3	11,5	20,6	22	15,4	16,9
<b>Mauvais</b>	4,3	6,1	2	2,5	10	6,7	9,2	11,4
<b>Très mauvais</b>	1,3	1,3	0,3	0,1	2,6	1,5	3,3	3,1

Source : Eurostat, 2019.

Le tableau 4, tiré de l'enquête sur les revenus et conditions de vie (EU-SILC), montre que le nombre de femmes sans emploi en mauvaise ou très mauvaise santé est de 14,5%, ce qui est légèrement supérieur au pourcentage d'hommes en mauvaise ou très mauvaise santé (12,5%). Du côté des actifs occupés, les hommes sont 2,3% à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé et les femmes sont 2,6%. De manière générale, l'écart entre les proportions d'hommes et de femmes est assez faible concernant le fait d'avoir un état de santé plutôt mauvais. Cette tendance se marque également dans l'échantillon.

<sup>7</sup> Source : [www.inegalitesdesante.be](http://www.inegalitesdesante.be)

**Graphique 2 : état de santé subjectif selon le sexe, ensemble des répondants, %**

En effet, le graphique 2 montre que 19,7% des hommes interrogés se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé, tandis que 16,8% des femmes interrogées indiquent la même situation. Ces chiffres sont légèrement supérieurs à ceux des données européennes, de même que la proportion d'hommes en mauvaise santé est supérieure à la proportion de femmes concernées. Cependant, malgré ces différences, l'écart des résultats entre les proportions d'hommes et de femmes en mauvaise ou très mauvaise santé demeure assez faible dans les deux cas (2,9% dans l'échantillon et 2% dans les chiffres européens). Ainsi, tant les hommes que les femmes sans emploi seraient concernés par le fait de se sentir en mauvaise ou très mauvaise santé.

**Tableau 5 : âge moyen et état de santé subjectif, ensemble des répondants, %**

	Âge moyen	Âge minimum	Âge maximum
<b>Très bon</b>	34,1	18	64
<b>Bon</b>	36,9	19	67
<b>Moyen</b>	40,4	18	65
<b>Mauvais</b>	44,9	22	63
<b>Très mauvais</b>	45,8	25	60

Ensuite, comme c'est le cas dans l'ensemble de la population, l'âge a un effet sur l'état de santé subjectif des répondants. Le tableau 5 montre que les personnes ayant répondu être en mauvaise (44,9 ans) ou très mauvaise (45,8 ans) santé sont en moyenne plus âgés que les répondants estimant être en bonne (36,9 ans) ou très bonne (34,1 ans) santé. Selon les chiffres disponibles via l'Enquête de santé (tableau 6) et qui concernent la population belge âgée de 15 ans et plus, 8,2% des jeunes entre 15 et 24 ans déclarent une santé très mauvaise à moyenne. Ce chiffre augmente graduellement avec l'âge et atteint 27,7% des 55-64 ans estimant leur état de santé très mauvais à moyen.

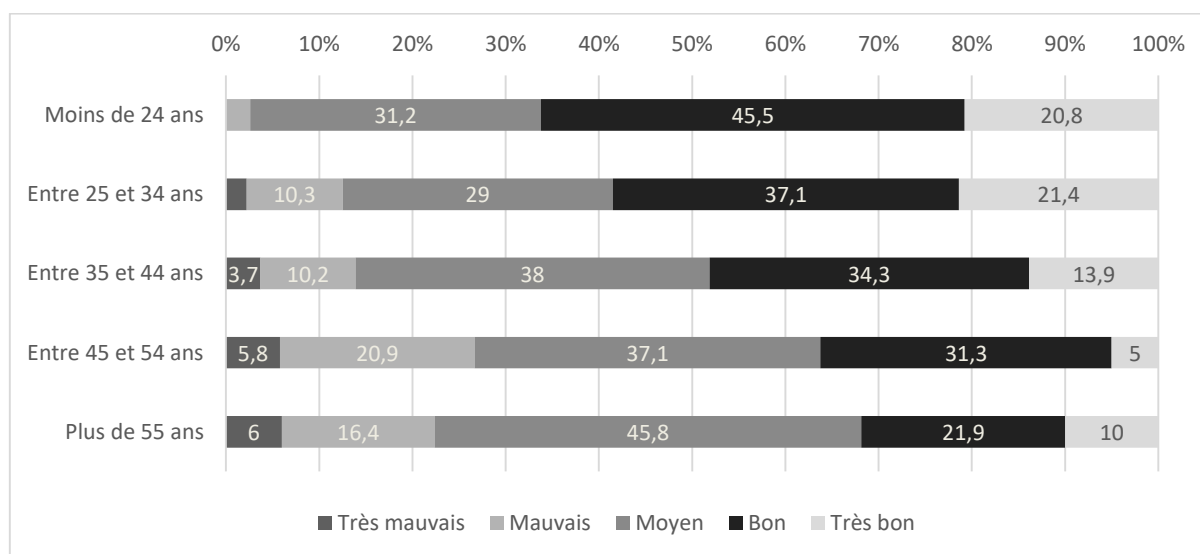
**Tableau 6 : état de santé subjectif selon l'âge, population âgée de 15 ans et plus, 2018, %**

Groupes d'âge	Santé bonne à très bonne	Santé très mauvaise à moyenne
<b>15 – 24 ans</b>	91,8	8,2
<b>25 – 34 ans</b>	88,3	11,7
<b>35 – 44 ans</b>	82,4	17,6
<b>45 – 54 ans</b>	73,3	26,7
<b>55 – 64 ans</b>	72,3	27,7
<b>65 – 74 ans</b>	70,5	29,5
<b>75+ ans</b>	58,6	41,4

Source : Enquête de santé, 2019.

À ce titre, le graphique 3 nous montre que plus l'âge augmente au sein de l'échantillon, plus la proportion de répondants qui indiquent un mauvais ou très mauvais état de santé augmente : 2,6% chez les moins de 24 ans et cette proportion atteint son maximum de 26,7% chez les répondants âgés entre 45 et 54 ans, en parallèle de la diminution avec l'âge des proportions de répondants se déclarant en bonne ou très bonne santé.

**Graphique 3 : état de santé subjectif selon l'âge, ensemble des répondants, %**



S'il existe en général une corrélation négative entre l'état de santé subjectif et l'âge, et que celle-ci se marque dans tous les groupes d'actifs (occupés et inoccupés), la différence de proportion entre les actifs occupés et les personnes sans emploi est marquante à tous les âges (voir tableau 7). Chez les travailleurs, 3,3% des 45-64 ans s'estiment en très mauvaise ou mauvaise santé, et cette proportion atteint 22,7% chez les sans-emploi du même groupe d'âge, ce qui rejoint les réponses de l'enquête. De nouveau dans ce cas-ci, la comparaison entre l'échantillon et les données d'Eurostat montre que, si les proportions de personnes sans emploi en très mauvaise ou mauvaise santé sont similaires, le pourcentage de personnes, dans tous les groupes d'âge de l'échantillon déclarant un état de santé moyen est beaucoup plus important dans l'échantillon.

**Tableau 7 : état de santé perçue en Belgique selon l'âge et le statut professionnel, population de 16 à 64 ans, 2018, %**

	Population			Actifs occupés			Chômeurs BIT			Sans emploi		
	TM à Ma	M	B à TB	TM à Ma	M	B à TB	TM à Ma	M	B à TB	TM à Ma	M	B à TB
<b>16 – 24 ans</b>	1,8	4,9	93,3	0,4	4,9	94,7	1,4	7,7	90,9	2	4,9	93,1
<b>25 – 34 ans</b>	3,2	8	88,8	1,4	6,1	92,5	6,9	14,2	79	10,2	15,8	74
<b>35 – 44 ans</b>	6,1	12,3	81,5	2,2	9,7	88	16,1	18,6	65,3	23,4	23,7	52,9
<b>45 – 64 ans</b>	10	18,3	71,7	3,3	14,8	81,9	11,7	27,4	60,9	22,7	24,9	52,4

Légende : TM = Très Mauvais, Ma = Mauvais ; M = Moyen ; B = Bon, TB = Très bon.

Source : Eurostat, 2019.

En résumé, l'âge est un facteur qui influence l'état de santé de tout le monde. Cependant, les proportions de personnes en mauvaise ou très mauvaise santé sont systématiquement plus élevées chez les personnes sans emploi que chez les actifs occupés et ce plus particulièrement après 45 ans.

Par ailleurs, selon les résultats de l'Enquête de Santé 2018, « le risque (relatif) de déclarer une mauvaise santé subjective est 4,0 fois plus élevé chez les personnes les moins scolarisées (niveau primaire ou sans diplôme) par rapport à celles dont le niveau d'instruction atteint l'enseignement supérieur » (Tafforeau et al., 2019:12). Le tableau 8 reprend le taux de chômage (en pourcentage de la population active) en fonction du niveau de formation et montre que celui-ci est globalement plus important chez les personnes ayant un niveau de formation bas (14,8%) que chez les personnes avec un niveau de formation élevé (4,3%). Les personnes les moins scolarisées cumulent donc un taux de chômage plus élevé par rapport aux plus scolarisés, à côté d'un risque plus élevé d'être en mauvaise santé.

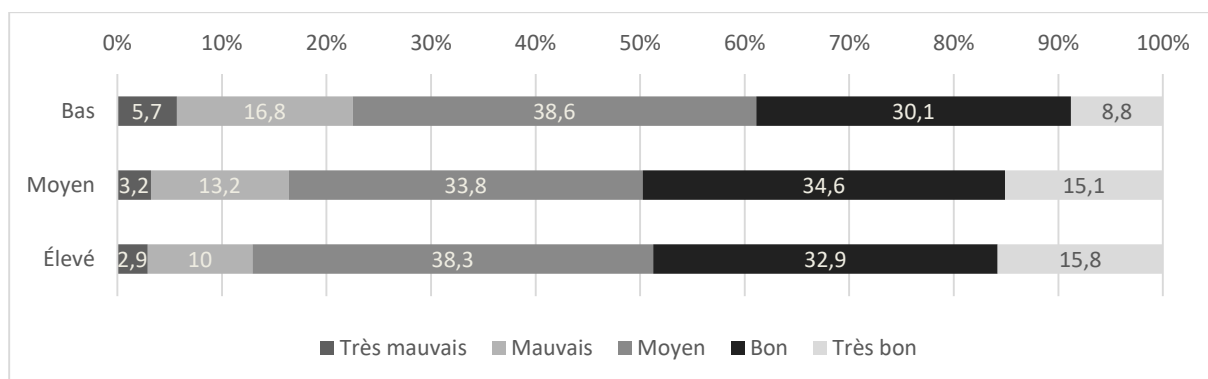
**Tableau 8 : taux de chômage par niveau de formation, population active de 15 à 64 ans, 2017, % de la population**

	Bas	Moyen	Élevé
<b>Région wallonne</b>	19,4	10,8	4,7
<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	27,4	18,1	8,3
<b>Belgique</b>	14,8	7,2	4,3

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2019.

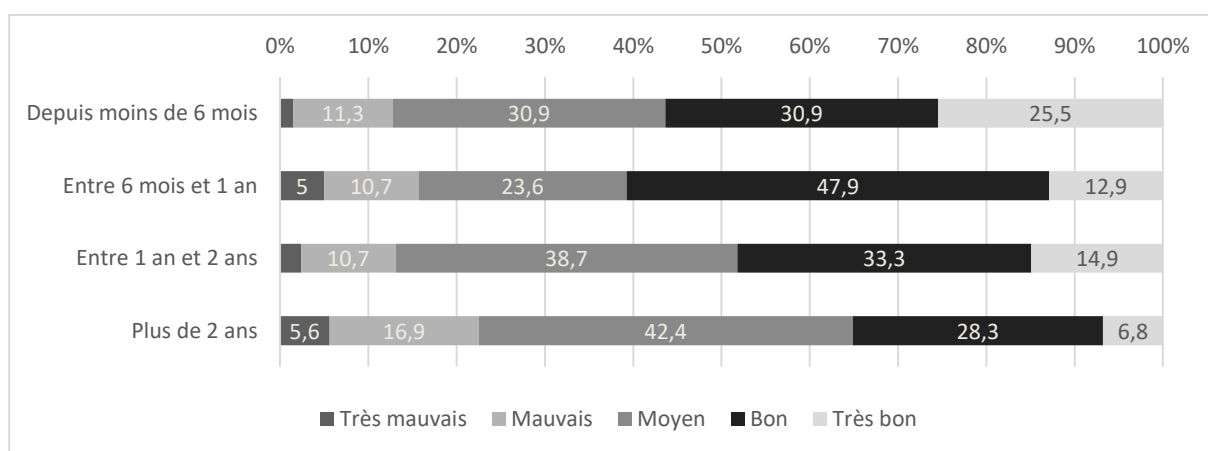
Le graphique 4 montre que la proportion de répondants ayant un niveau de formation de l'enseignement supérieur (niveau élevé) à déclarer un état de santé mauvais ou très mauvais est de 12,9%, alors que cette même proportion est de 22,5% chez les répondants dont le niveau de formation atteint au maximum l'enseignement secondaire inférieur (niveau bas). De la même façon, les répondants au niveau de formation bas sont moins nombreux (38,9%) à estimer que leur état de santé est bon ou très bon que les répondants au niveau de formation élevé (48,7%). En d'autres termes, l'état de santé subjectif semble d'autant moins bon que le niveau de formation est peu élevé.

**Graphique 4 : état de santé subjectif selon le niveau de formation, ensemble des répondants, %**



Le dernier filtre que nous pouvons appliquer à la lecture de la santé subjective est celui de la durée du chômage. La durée du chômage renvoie à un ensemble de mécanismes qui peuvent agir sur l'état de santé. Cela comprend notamment les questions liées aux allocations perçues et donc à l'évolution de la situation financière dans le temps, celle-ci ayant des effets sur la qualité des conditions de vie (logement, alimentation, sédentarité, etc.) et l'accès aux soins de santé (Moisy, 2014). Au-delà de ces aspects matériels, la notion de durée du chômage inclut également les conséquences d'un éloignement progressif du monde du travail et d'une hausse de l'isolement des personnes sans emploi.

**Graphique 5 : état de santé subjectif selon la durée actuelle du chômage, ensemble des répondants, %**



Le graphique 5 montre que 22,5% des répondants sans emploi depuis plus de 2 ans estiment leur santé mauvaise ou très mauvaise et 35,1% déclarent être en bonne ou très bonne santé dans ce même groupe. À l'opposé, 14,8% des répondants sans emploi depuis moins de 6 mois se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 56,4% en bonne ou très bonne santé. Au plus la durée de chômage considérée est longue, au moins les répondants s'estiment en bonne ou très bonne santé.

**Tableau 9 : pourcentage de travail temporaire chez les travailleurs salariés de 15 à 64 ans, 2017, %**

<b>Région Wallonne</b>	11,8
<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	14,9
<b>Belgique</b>	10,4

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2019.

Enfin, une dimension supplémentaire liée à la compréhension et la lecture de l'état de santé en fonction des périodes sans emploi est celle de l'importance des transformations du monde du travail, notamment les questions du travail à temps partiel, mais également du travail temporaire et de la fréquence des allers-retours entre emploi et chômage (SNC, 2018:16). En Belgique, la part du travail temporaire dans l'emploi total est en augmentation et représente 10,4% de l'emploi salarié (tableau 9). De plus, le tableau 10 montre que ce travail temporaire est largement vécu comme une situation involontaire de la part des travailleurs, puisque 75,8% des travailleurs salariés temporaires de 15 à 64 ans en Belgique sont dans le cas d'un travail temporaire involontaire.

**Tableau 10 : pourcentage de travail temporaire involontaire parmi les travailleurs salariés temporaires de 15 à 64 ans, 2017, %**

<b>Région Wallonne</b>	82,3
<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	73,6
<b>Belgique</b>	75,8

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2019.

Ces transformations du marché du travail sont un phénomène qui peut impacter la santé puisque la précarité de l'emploi constitue un risque permanent de basculer dans la précarité (Paugam, 2007). Le tableau 11 montre que taux de risque de pauvreté chez les 18 à 64 ans en Belgique est de 19,3% en 2018. Le seuil de pauvreté est fixé pour les revenus ne dépassant pas 60% du revenu médian national disponible. Ce taux de risque de pauvreté est de 6,2% chez les actifs occupés et il est environ 7 fois plus élevé (44,9%) chez les personnes sans emploi.

**Tableau 11 : risque de pauvreté selon le statut professionnel, population de 18 à 64 ans, 2018, %**

	<b>Population</b>	<b>Actifs occupés</b>	<b>Chômeurs BIT</b>	<b>Sans emploi</b>
<b>Belgique</b>	19,3	6,2	63,3	44,9

Source : Eurostat, 2019.

Ces chiffres sur la situation du marché de l'emploi et du risque de pauvreté peuvent être mis en parallèle avec les chiffres concernant la santé, dans le sens où les difficultés liées à l'instabilité de la carrière professionnelle et à l'insécurité économique peuvent être une source de stress permanente. Le risque de pauvreté élevé chez les personnes sans emploi peut amener à développer différents problèmes liés au stress, aux troubles du sommeil, etc., une baisse de la qualité des conditions de vie ou encore un accès aux soins de santé plus aléatoire pour des raisons économiques (voir partie 5).

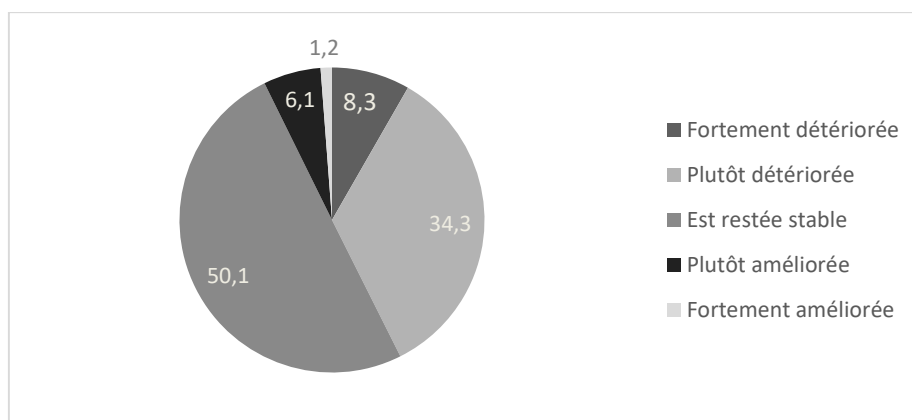
### 3.3. L'évolution de l'état de santé

La section précédente s'intéressait à l'état de santé subjectif des répondants. Les résultats montraient notamment que les TSE plus âgés, moins diplômés ou sans emploi depuis plus longtemps ont tendance à être en moins bonne santé que d'autres. La section qui suit développe plus précisément la question du lien entre la période de chômage et l'évolution de l'état de santé.

Un état des lieux récent (Meneton et al., 2017:142) distingue trois grands axes méthodologiques pour aborder la question des relations entre santé et chômage :

- Les études suivant l'hypothèse (appelée *hypothèse d'exposition*) que les problèmes de santé sont une conséquence directe ou indirecte du chômage, interagissant avec des facteurs de risque spécifiques (hausse des comportements à risque tels que le tabagisme, la sédentarité, l'isolement social, etc.).
- Les études suivant l'hypothèse inverse (appelée *hypothèse de sélection*), c'est-à-dire qu'une mauvaise santé augmente le risque de se retrouver sans emploi.
- Les études qui prennent un point de vue plus global, selon lequel les problèmes de santé sont également le résultat d'un environnement social et/ou d'un mode de vie délétères qui favorisent la survenue de périodes de chômage qui, comme les problèmes de santé, peuvent être considérées comme des événements faisant partie d'un parcours de vie globalement défavorable.

**Graphique 6 : évolution de l'état de santé subjectif, ensemble des répondants, %**



Il était demandé aux répondants d'évaluer, sur une échelle allant de « fortement détériorée » à « fortement améliorée », l'évolution de leur état de santé depuis qu'ils sont sans emploi (graphique 6). Les résultats montrent que 42,6% des répondants considèrent que leur état de santé s'est plutôt à fortement détérioré. Un répondant sur deux (50,1%) estime quant à lui que son état de santé est resté stable et, enfin, 7,3% de l'échantillon considèrent que leur état de santé s'est plutôt à fortement amélioré. Une étude publiée en France en 2018<sup>8</sup> montre des tendances similaires au sein de la population française de chômeurs, avec 34% considérant que

---

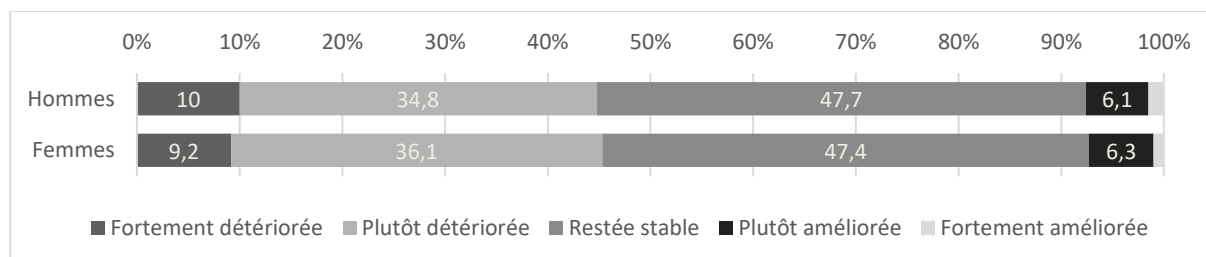
<sup>8</sup> Baromètre 2018 SNC- Comisis / Opinion- Way. Étude réalisée auprès d'un échantillon de 2135 personnes représentatif de la population des actifs de 18 ans et plus hors retraités et hors inactifs.



leur santé s'était dégradée, 55% estimant que leur santé était restée stable et enfin 11% pour qui elle s'était améliorée.

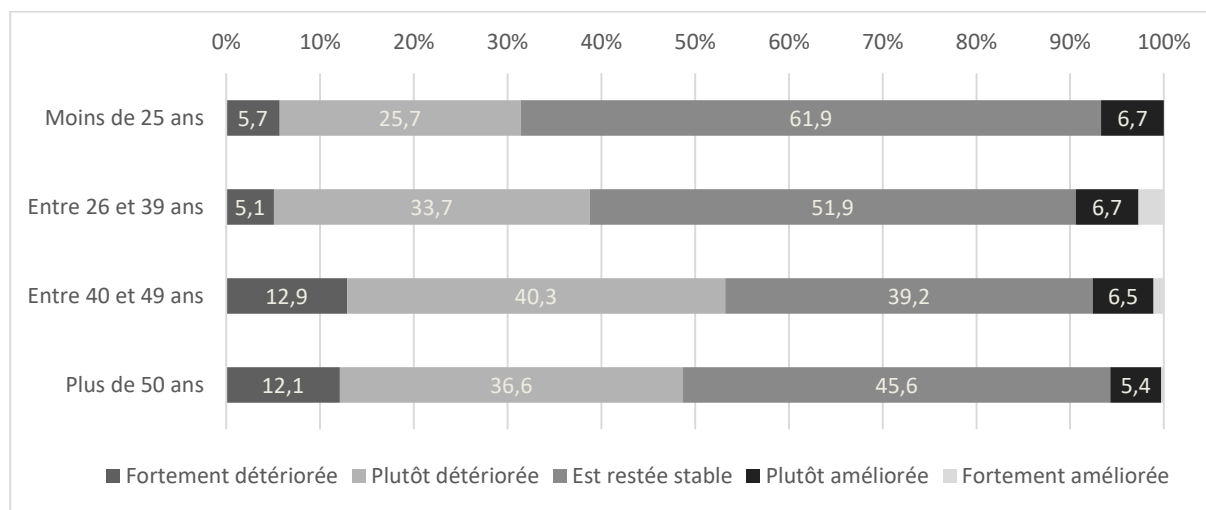
Pour rappel, ce positionnement vis-à-vis de la santé est subjectif. Il inclut donc autant les aspects physiques que psychologiques de l'état de santé et se base sur le vécu des répondants. De la même façon que pour l'évaluation de l'état de santé subjectif, comment se déconstruit cette évolution, et en particulier cette détérioration, de l'état de santé au sein de l'échantillon ?

**Graphique 7 : évolution de l'état de santé subjectif durant la période de chômage selon le sexe, ensemble des répondants, %**



Le graphique 7 montre que les proportions d'hommes et de femmes concernés par une détérioration de leur état de santé sont similaires : 44,8% des hommes interrogés déclarent avoir vu leur état de santé se détériorer plus ou moins fortement et 45,3% des femmes interrogées indiquent la même situation.

**Graphique 8 : évolution de l'état de santé durant la période de chômage selon l'âge, ensemble des répondants, %**



Chez les moins de 25 ans, ils sont 31,4% à avoir vu leur état de santé se détériorer. Ce chiffre augmente avec l'âge : ils sont 53,2% chez les répondants âgés entre 40 et 49 ans et 48,7% chez ceux âgés de plus de 50 ans (graphique 8). Le tableau 12 montre que les personnes qui déclarent que leur santé s'est détériorée sont en moyenne plus âgées (40,2 ans) que celles qui voient une amélioration de leur état de santé (37,4 ans).

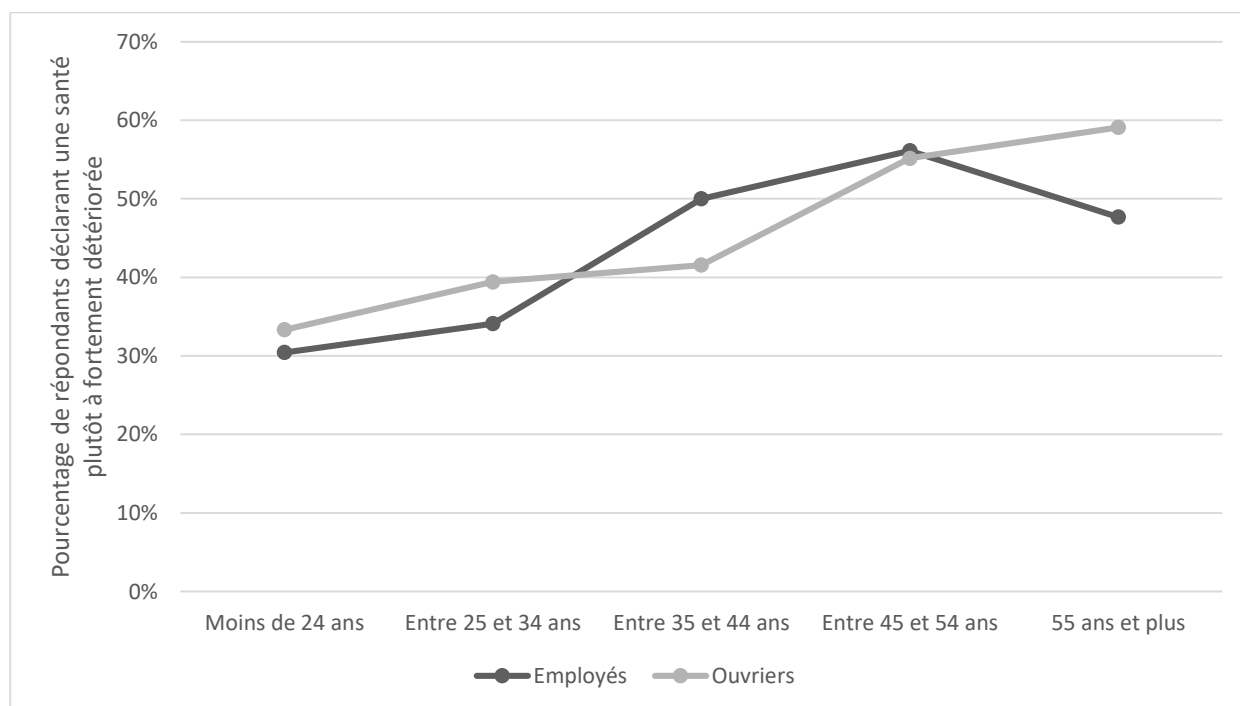
**Tableau 12 : âge moyen et évolution de l'état de santé, ensemble des répondants, %**

Évolution de l'état de santé	Âge moyen	Âge minimum	Âge maximum
<i>Fortement détériorée</i>	43,6	22	64
<i>Plutôt détériorée</i>	40,2	20	65
<i>Est restée stable</i>	37,6	18	65
<i>Plutôt améliorée</i>	37,4	19	67
<i>Fortement améliorée</i>	34,2	27	55

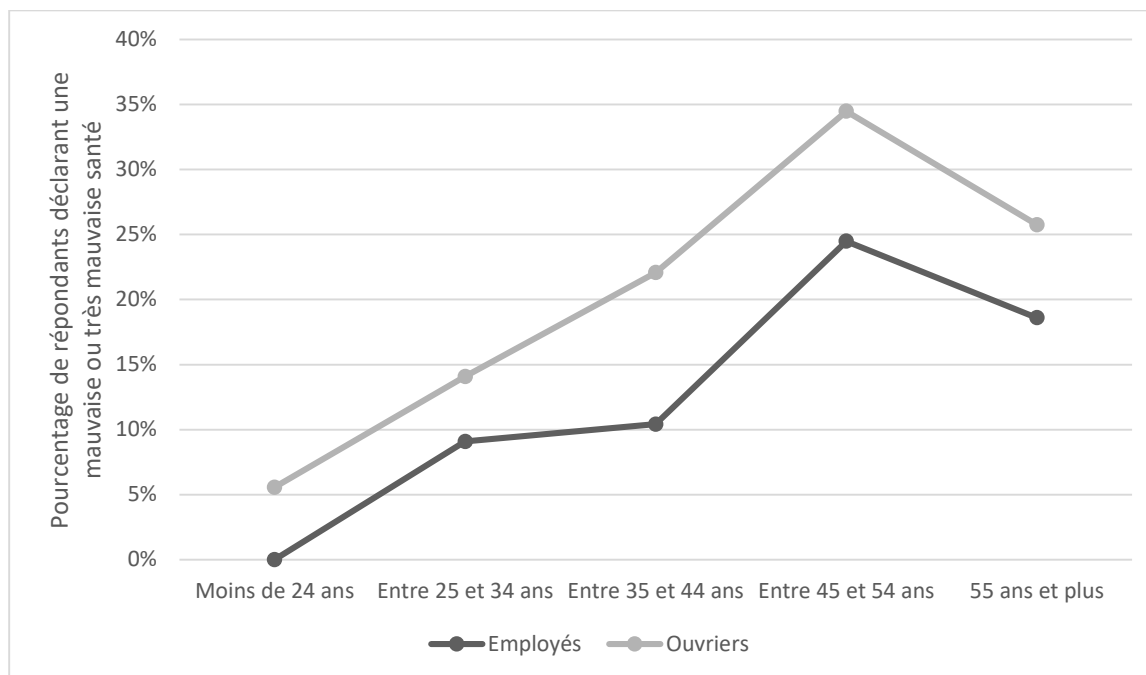
Il existe un effet de l'âge sur la perception de l'état de santé. Cependant, la question du lien entre l'évolution de l'état de santé au chômage et l'âge se révèle plus complexe. En quoi le fait d'être au chômage aurait-il un effet plus néfaste pour les travailleurs plus âgés ? Selon Tarty-Briand (2004), la réponse à cette question tient à la fois à la trajectoire professionnelle antérieure, à l'importance de la valeur travail et à la perception des travailleurs âgés au sein de la société. L'interaction entre ces différents éléments complique par ailleurs une reprise du travail chez les chômeurs âgés.

Premièrement, selon cette même étude, en matière de trajectoire professionnelle, le statut occupé ainsi que la stabilité de la carrière impactent l'état de santé. Concernant le statut, sur la question des chômeurs « âgés », il peut exister un paradoxe entre la pénibilité du travail, ayant pu mener à une détérioration de la santé, et le fait qu'être sans emploi n'améliore pas pour autant la santé.

**Graphique 9 : répondants déclarant une santé détériorée selon l'âge et le statut principalement occupé durant la carrière professionnelle, ensemble des répondants, %**



**Graphique 10 : répondants déclarant une mauvaise santé selon l'âge et le statut principalement occupé durant la carrière professionnelle, ensemble des répondants, %**



Les graphiques 9 et 10 se penchent sur cette question du statut occupé durant la carrière professionnelle. Le nombre trop peu important de cadres dans notre échantillon n'en faisait pas une donnée fiable, la comparaison se fait donc entre les personnes qui ont majoritairement été employés ou ouvriers durant leur carrière. Le graphique 9 montre que les proportions de personnes estimant que leur santé s'est dégradée au cours de leur période de chômage augmente progressivement avec l'âge. Cette proportion évolue de manière continue chez les personnes ayant majoritairement été ouvrières durant leur carrière, tandis qu'elle diminue quelque peu chez les répondants de plus de 50 ans qui ont été employés. Globalement, les détériorations de la santé vont évoluer avec l'âge de manière similaire peu importe le statut occupé. Par contre, le graphique 10 montre une différence plus nette entre les personnes ayant été employées ou ouvrières en termes d'état de santé. Si on peut voir l'effet de l'âge dans chaque catégorie, le graphique montre également que les répondants ayant été ouvriers sont proportionnellement toujours plus nombreux à se déclarer aujourd'hui en mauvaise ou très mauvaise santé. La comparaison entre les deux graphiques montre également que, chez les plus jeunes ayant occupé l'un ou l'autre de ces statuts, ils sont relativement peu à se déclarer en mauvaise santé (0% chez les employés et 5,56% chez les ouvriers de moins de 24 ans, 9,09% chez les employés et 14,08% chez les ouvriers entre 24 et 34 ans). Par contre, au sein de ces mêmes groupes d'âge, il existe quand même un phénomène de détérioration de l'état de santé (30,4% des employés et 33,3% des ouvriers de moins de 24 ans et 34,1% des employés et 39,4% des ouvriers entre 24 et 34 ans). L'âge et le statut professionnel semblent donc avoir un effet sur l'état de santé subjectif. Le chômage semble également avoir un effet de détérioration qui sera d'autant plus important que l'âge est élevé, mais cette détérioration touchera tant les répondants ayant été ouvriers qu'employés.

Pour illustrer l'impact des trajectoires professionnelles, le tableau 13 se base sur la situation française et montre l'écart d'espérance de vie à 35 ans selon les différentes catégories

socioprofessionnelles. On y lit que l'espérance de vie à 35 ans d'un homme ouvrier est de 42,6 ans contre 44,9 pour un homme employé ou 49 ans pour un homme cadre. Chez les femmes ouvrières, cette espérance de vie à 35 ans est de 49,8 ans, 51,1 ans pour les femmes employées et enfin 53 ans pour les femmes cadres. Les hommes cadres ont donc une espérance de vie à 35 ans de 6,4 ans de plus que les hommes ouvriers et les femmes cadres une espérance de vie à 35 ans de 3,2 ans plus élevée que les femmes ouvrières.

**Tableau 13 : espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle en 2009-2013, France, années**

Catégories socioprofessionnelles	2009-2013	
	Hommes	Femmes
Agriculteurs	46,2	51,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	46,0	51,4
Cadres	49,0	53,0
Professions intermédiaires	46,7	51,9
Employés	44,9	51,1
Ouvriers	42,6	49,8
Inactifs non retraités	33,1	47,6
<b>Ensemble</b>	<b>44,5</b>	<b>50,5</b>
Rapport cadres/ouvriers	6,4	3,2

Source : Insee, 2019.

En Belgique, nous ne trouvons pas de chiffres récents présentant l'espérance de vie en fonction de la catégorie socio-professionnelle. Cependant, il existe de tels chiffres en fonction du niveau de formation, repris dans le tableau 14. L'espérance de vie sans incapacité<sup>9</sup> à l'âge de 50 ans est inférieure de 6,68 ans pour les hommes au niveau de formation bas par rapport à ceux au niveau de formation élevé. Cet écart est de 7,71 ans chez les femmes, qui ont par ailleurs une espérance de vie légèrement plus élevée que les hommes.

**Tableau 14 : espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à 50 ans selon le niveau de formation, 2011, années**

	Hommes		Femmes	
	Espérance de vie	Espérance de vie sans incapacité	Espérance de vie	Espérance de vie sans incapacité
<b>Bas</b>	29,13	18,1	33,94	19,51
<b>Moyen</b>	31,23	21,82	36,03	22,3
<b>Élevé</b>	33,56	24,78	37,47	27,22

Source : [www.belgiqueenbonnesante.be](http://www.belgiqueenbonnesante.be), 2019.

<sup>9</sup> L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est « aussi appelée le nombre 'd'années de vie en bonne santé' [et] représente le nombre d'années qu'une personne est censée vivre en moyenne sans limitations dans ses activités quotidiennes, à un âge donné. » ([www.belgiqueenbonnesante.be](http://www.belgiqueenbonnesante.be))

En revenant sur l'étude précédemment citée, deux mécanismes allant au-delà de l'âge comme facteur explicatif peuvent donc être invoqués pour comprendre cette évolution de la détérioration de l'état de santé en fonction de l'âge : « l'usure liée au travail [...] et la détérioration de la santé propre à la situation de chômeur » (Tarty-Briand, 2004:5). Les difficultés de santé qui se font plus importantes avec l'âge se retrouvent donc doublées par les effets délétères du chômage, c'est-à-dire notamment par les problèmes d'ordre psychologique, de désocialisation progressive et de détérioration de la qualité de vie au quotidien.

À ces problématiques s'ajoutent celle de l'éloignement au monde du travail. Cet éloignement peut se comprendre de deux façons : d'une part, en fonction de la durée et la fréquence des périodes sans emploi tout au long d'une trajectoire professionnelle et, d'autre part, par la difficulté croissante de retrouver un emploi une fois passé un certain âge. Le tableau 15 donne la répartition des chômeurs en fonction de l'âge et de la durée actuelle de la période sans emploi. Chez les personnes âgées entre 15 et 39 ans, la valeur médiane (91,4 milliers de personnes), c'est-à-dire la moitié des effectifs, se situe entre 6 et 11 mois de chômage, tandis que chez les personnes âgées entre 40 et 64 ans, cette valeur médiane (58,7 milliers de personnes) se situe entre 18 et 23 mois, avec 52,3% des personnes entre 40 et 64 ans étant sans emploi depuis au moins 18 mois. Le chômage de longue durée est proportionnellement plus important chez les personnes âgées de plus de 40 ans.

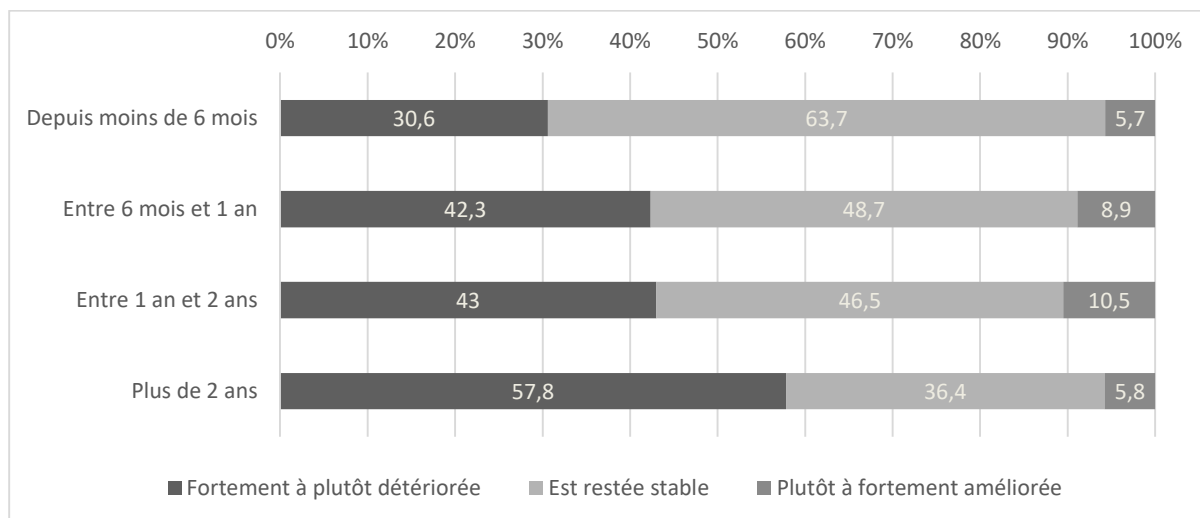
**Tableau 15 : personnes au chômage selon l'âge et la durée du chômage, 2018, en milliers et %**

	Entre 15 et 39 ans		Entre 40 et 64 ans	
<b>Moins d'un mois</b>	14,2	7,8%	3,9	3,3%
<b>Entre 1 et 2 mois</b>	37,9	20,7%	13,5	11,5%
<b>Entre 3 et 5 mois</b>	29,4	16,1%	13,1	11,2%
<b>Entre 6 et 11 mois</b>	29,0	15,9%	12,9	11,0%
<b>Entre 12 et 17 mois</b>	23,2	12,7%	12,5	10,6%
<b>Entre 18 et 23 mois</b>	8,1	4,4%	6,6	5,6%
<b>Entre 24 et 47 mois</b>	26,7	14,6%	26,7	22,7%
<b>Plus de 48 mois</b>	14,2	7,8%	28,2	24,0%
<b>Total</b>	182,8	100%	117,4	100%

Source : Eurostat, 2019.

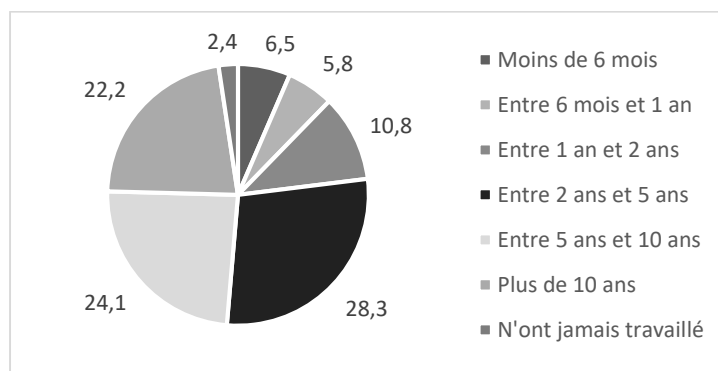
Dans l'échantillon, 57,1% des TSE âgés d'au moins 40 ans sont sans emploi depuis plus de deux ans. Parmi ces personnes âgées de plus de 40 ans, le graphique 11 montre que l'évolution négative de l'état de santé est d'autant plus importante que la durée du chômage est longue. En effet, les répondants de plus de 40 ans sans emploi depuis moins de 6 mois sont 30,6% à estimer que leur état de santé s'est détérioré sur cette période. Ils sont respectivement 42,3% et 43% chez les répondants de plus de 40 ans qui se situent entre 6 mois et 1 an et entre 1 an et 2 ans sans emploi. Enfin, 57,8% des 40 ans et plus sans emploi depuis au moins 2 ans estiment que leur état de santé s'est détérioré durant cette période.

**Graphique 11 : évolution de l'état de santé durant la période de chômage, répondants de 40 ans et plus, %**



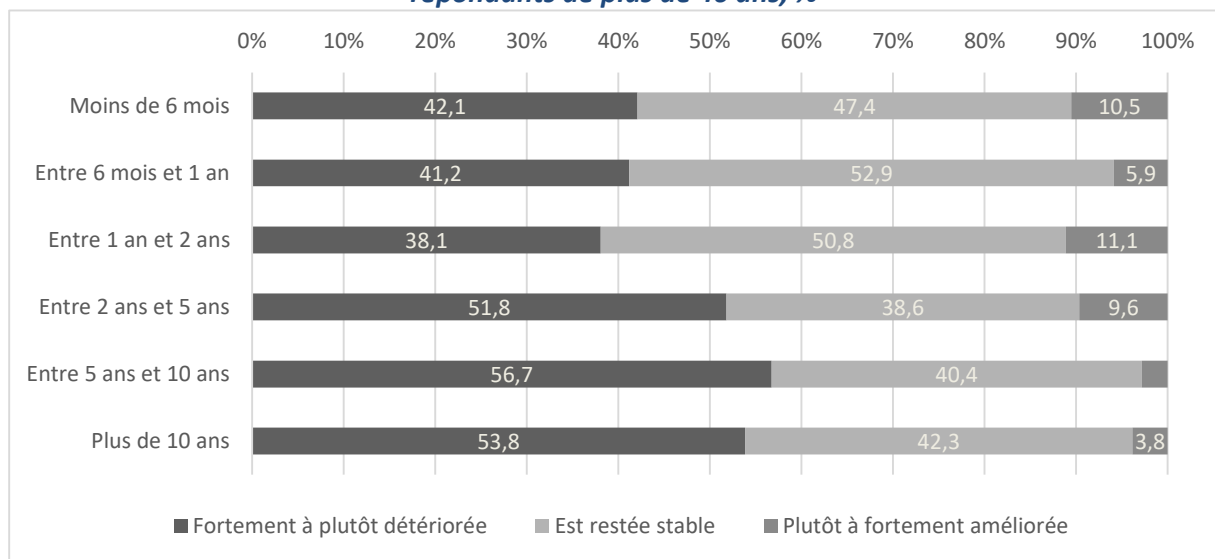
Le graphique 12 donne la répartition des répondants âgés de plus de 40 ans en fonction de la durée totale du chômage sur leur trajectoire professionnelle. Ils sont 77% à avoir été sans emploi pendant au moins deux années sur l'ensemble de leur parcours professionnel et 46,3% à avoir vécu cette situation durant au moins 5 années de leur trajectoire professionnelle (24,1% entre 5 et 10 ans et 22,2% pendant plus de 10 ans).

**Graphique 12 : durée totale du chômage sur la carrière professionnelle, répondants de plus de 40 ans, %**



Cette donnée ne dit rien sur l'usure liée au travail. Cependant, elle informe d'un certain degré d'éloignement avec le monde du travail et de la stabilité globale de la trajectoire. Le graphique 13 montre l'évaluation de l'état de santé chez les répondants âgés de plus de 40 ans en fonction de la durée totale de chômage au cours de leur carrière. Les répondants ayant été au chômage plus de deux ans au cours de leur carrière sont proportionnellement plus nombreux à voir leur santé aujourd'hui détériorée que ceux ayant été sans emploi moins de deux ans sur l'ensemble de leur carrière.

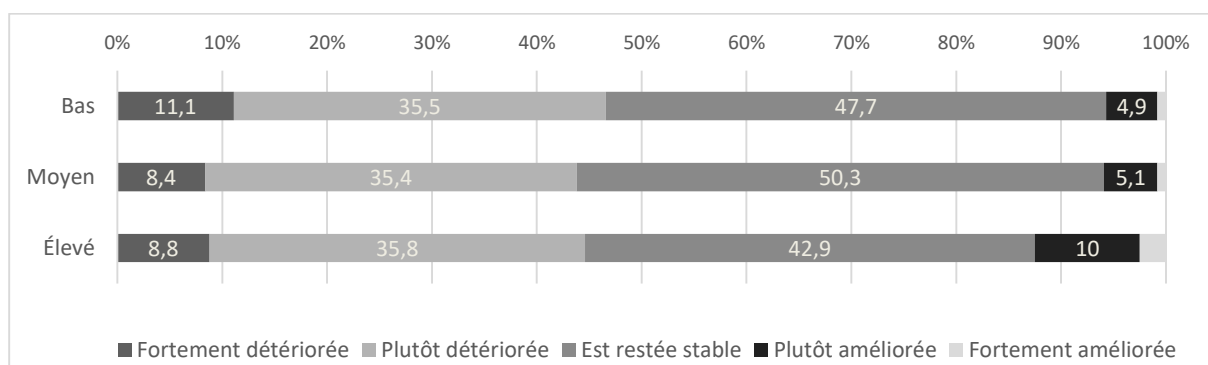
**Graphique 13 : évolution de l'état de santé selon la durée totale du chômage sur la carrière, répondants de plus de 40 ans, %**



Bien que nécessitant d'être approfondis, ces chiffres posent la question du cumul des situations défavorables en termes de santé, entre l'appartenance à une catégorie d'âge pour laquelle le retour à l'emploi est souvent plus complexe par l'usure du travail et la mauvaise perception des travailleurs âgés dans la société, les allers-retours entre emploi et chômage qui se multiplient au cours de la carrière et les risques de détérioration de la santé liés au statut professionnel et accentués pendant la période de chômage. En résumé, considérée seule, la variable de l'âge ne permet pas d'expliquer les effets du chômage sur l'évolution de l'état de santé, mais se comprend dans un ensemble plus large de variables liées au parcours professionnel (Tarty-Briand, 2004).

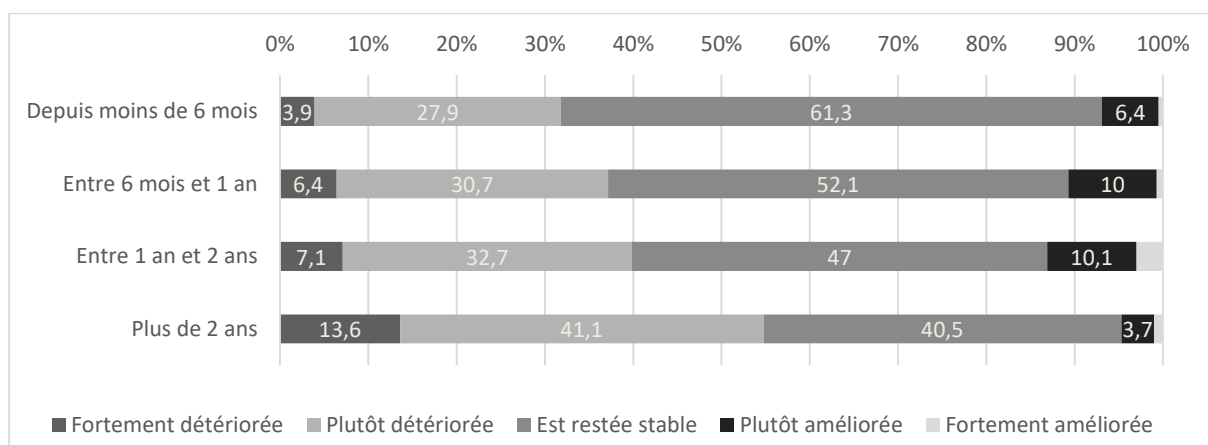
Ensuite, les personnes au niveau de formation élevé sont proportionnellement plus nombreuses à voir des améliorations de leur état de santé pendant qu'elles sont sans emploi (12,5%) que les personnes au niveau de formation moyen (5,9%) ou bas (5,7%). Néanmoins, 44,6% des répondants ayant un niveau de formation élevé ont vu une détérioration de leur état de santé, ce qui représente à peu de choses près la même proportion que chez les personnes ayant un niveau de formation moyen (43,8%) ou bas (46,6%) (voir graphique 14). Ainsi, s'il y a un effet de gradient social sur l'état de santé subjectif en général, un niveau de formation élevé ne semble pas pour autant protéger contre les dégradations de l'état de santé durant la période de chômage. Ceci montre bien la différence à faire entre l'existence d'inégalités sociales de santé et l'expérience du chômage en termes d'effet sur la santé.

**Graphique 14 : évolution de l'état de santé selon le niveau de formation, ensemble des répondants, %**



Enfin, la comparaison des résultats de l'évolution de l'état de santé en fonction de la durée du chômage (graphique 15) montre que les cas de détérioration de l'état de santé sont relativement importants dès les premiers mois de chômage. En effet, 31,8% des répondants qui sont sans emploi depuis moins de 6 mois déclarent que leur état de santé s'est détérioré. Cette proportion tend à augmenter en fonction de la durée de chômage, jusqu'à 54,7% chez les répondants sans emploi depuis plus de 2 ans.

**Graphique 15 : évolution de l'état de santé selon la durée de la période sans emploi, ensemble des répondants, %**



Les résultats du graphique 15 montrent donc l'importance de la durée du chômage dans la compréhension de ses effets sur la santé. De la même façon que l'âge ne permet pas d'expliquer seul ces effets, la durée, prise seule, ne permet pas d'établir un lien de cause à effet direct. Cependant, derrière cette notion de durée se trouvent plusieurs éléments déjà pointés dans la littérature qui ont des effets sur l'état de santé : isolement social progressif, perte d'optimisme, bien-être mental dégradé sur le long terme et précarisation des conditions de vie sont autant d'éléments explicatifs auxquels s'ajoute la problématique de l'éloignement au monde du travail.

### 3.4. Conclusion sur l'état de santé subjectif global

L'objectif de cette section était de répondre à une double question. Premièrement, comment les travailleurs sans emploi perçoivent-ils leur état de santé et, deuxièmement, dans quelle mesure et comment cet état de santé varie-t-il durant la période de chômage ?



Concernant la première question, les résultats et les comparaisons possibles montrent que les travailleurs sans emploi sont globalement en plus mauvaise santé que les personnes ayant un emploi. Les résultats concernant la seconde question montrent quant à eux un phénomène de détérioration de l'état de santé. L'âge et la durée de la période de chômage apparaissent comme deux éléments ayant un effet négatif sur l'état de santé. Cependant, ces effets ne doivent pas se comprendre comme de « simples » effets de l'âge et de durée, mais intégrer également l'idée que ces deux facteurs rendent plus difficile le retour à un bon état de santé et le retour à l'emploi.

## 4. QUELS PROBLÈMES DE SANTÉ ?

Cette section se penche sur les différents problèmes de santé rencontrés par les répondants depuis qu'ils sont sans emploi.

### 4.1. Repères généraux

Le tableau 16 montre les différences entre actifs occupés et sans emploi : 30,6% des sans-emploi connaissent une maladie de longue durée ou un problème de santé chronique comparativement à 14,4% des actifs occupés. De manière générale, 29,3% de la population belge âgée de 15 ans et plus déclare souffrir d'une maladie ou d'une affection chronique (Van der Heyden et Charafeddine, 2019:9). Les personnes sans emploi apparaissent donc proportionnellement plus nombreuses à souffrir de maladies de longue durée ou de problèmes de santé chronique que les personnes ayant un travail.

**Tableau 16 : maladies de longue durée ou problème de santé chronique, population de 16 à 64 ans, Belgique, 2018, %**

Population	Actifs occupés	Chômeurs BIT	Sans-emploi
20,3	14,4	31,6	30,6

Source : Eurostat, 2019.

La présence importante des maladies chroniques et/ou de longue durée est donc une réalité au sein de la population belge, de même que le taux de présence des maladies les plus fréquentes est en augmentation depuis 20 ans, augmentation que le vieillissement de la population ne peut complètement expliquer puisque les maladies qui touchent les personnes plus jeunes sont également en augmentation (voir tableau 17).

**Tableau 17 : évolution de la présence d'une maladie ou d'une affection chronique, population belge de 15 ans et plus, %**

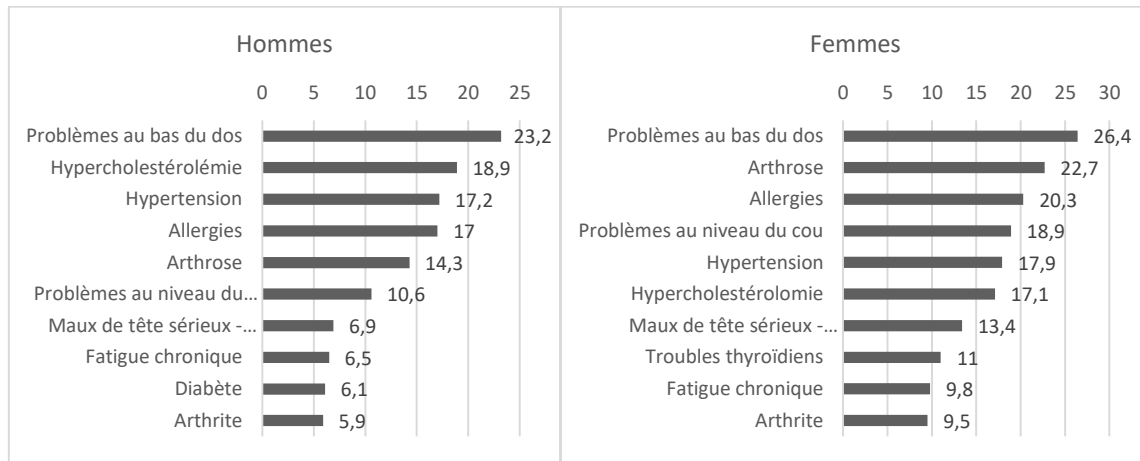
2001	2004	2008	2013	2018
25,1	25,7	28,1	28,6	29,3

Source : Enquête de Santé, 2019.

Les maladies chroniques et/ou de longue durée sont donc en augmentation. Néanmoins, l'Enquête de santé met également en avant que ces maladies ne concordent pas directement avec les causes de décès les plus importantes en Belgique. En effet, les maladies et affections chroniques les plus fréquentes dans la population âgée de 15 ans et plus sont les douleurs au

niveau du dos (24,8%) et l'arthrose (18,5%), les allergies (18,6%), l'hypertension (17,5%) et l'hypercholestérolémie (18%) (voir graphique 16), tandis que les causes de décès les plus fréquentes concernent les maladies cardiovasculaires (27,7% des décès en 2016) et les cancers (26,4%) (voir tableau 18).

**Graphique 16 : problèmes de santé les plus fréquents chez les hommes et les femmes de 15 ans et plus en Belgique, % de la population touché par ce problème sur les 12 derniers mois, 2018**



Source : Enquête de Santé, 2019.

**Tableau 18 : causes de décès en Belgique, ensemble de la population, 2016, en milliers et en % des décès totaux**

Total des décès	108 056	%
Maladies de l'appareil circulatoire	29 943	27,71
Tumeurs	28 560	26,43
Maladies de l'appareil respiratoire	11 203	10,37
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	6 715	6,21
Maladies du système nerveux	5 511	5,10
Troubles mentaux et du comportement	5 293	4,90
Maladies de l'appareil digestif	4 825	4,46
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 911	2,69
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2 548	2,36
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2 096	1,94
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	601	0,56
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	379	0,35
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	321	0,3
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	247	0,23
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	205	0,19
Maladies de l'œil et ses annexes	7	~0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	4	~0
Grossesse, accouchement et puerpéralité	4	~0
Morts naturelles	101 364	93,81
Causes externes de morbidité et de mortalité	6 692	6,19

Source : Statbel, 2019.

La population semble donc souffrir de plus en plus de problèmes de santé qui ne mènent pas à une des causes de décès majoritaire en Belgique. Cependant, on note l'importance de l'hypertension et de l'excès de cholestérol dans les maladies chroniques comme étant des facteurs de risque de décès par maladie de l'appareil circulatoire.

Dans l'enquête, la question posée était « depuis que vous êtes sans emploi, souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ? ». Les répondants avaient donc la possibilité de cocher un ou plusieurs problèmes. Il est possible que ces problèmes de santé étaient déjà présents avant la perte d'emploi. Le tableau 19 montre les résultats de cette question. Les douleurs musculaires (dos, nuque, etc.) (43,5%), les problèmes de dépression ou un état dépressif (37,4%), les maux de tête violents (30,9%) sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés durant la période de chômage des répondants. La fatigue chronique (17,5%) est également un problème fréquent.

**Tableau 19 : répondants souffrant ou ayant souffert d'un problème de santé durant la période actuelle de chômage, ensemble des répondants, %**

	Total	Hommes	Femmes
Douleurs musculaires (dos, nuque, etc.)	43,5	41,3	45,9
Dépression ou état dépressif	37,4	35,5	39,5
Migraine	30,9	27,7	34,7
Fatigue chronique (+ de 3 mois)	17,5	15,3	20
Tension artérielle élevée	13,9	13,3	14,5
Affection dentaire	13,7	13,5	13,8
Allergies (hors asthme)	12,1	8,4	16,1
Arthrose	11,1	8,3	14,2
Excès de cholestérol	10,4	12,4	8,2
Arthrite ou rhumatismes	7,9	7,1	8,8
Affection cutanée (eczéma, psoriasis, etc.)	7,5	5,6	9,6
Asthme	7,4	6,2	8,7
Bronchite chronique ou affection pulmonaire	6,4	5,1	7,7
Ulcères	6,4	6	6,8
Fracture ou entorse	6,4	6,4	6,3
Troubles de la thyroïde	5,8	3,9	7,8
Diabète	4,9	5,8	3,9
Maladie oculaire	4,9	4,6	5,3
Calculs rénaux ou maladie rénale	2,2	2	2,4
Tumeur maligne ou cancer	1,2	0,2	2,3
Accident vasculaire cérébral	1,1	1	1,3
Cirrhose ou maladie du foie	0,9	1,1	0,7
Ostéoporose	0,7	0,3	1,1
Aucun de ces problèmes	23,1	25,1	20,9
Autre problème de santé	12,4	14	10,6

Sur les 10 problèmes de santé les plus fréquents au sein de l'échantillon, les femmes sont proportionnellement plus touchées par certaines maladies telles que l'arthrose, les allergies, les migraines, la fatigue chronique, les douleurs musculaires et les affections cutanées. Ce tableau 19 montre donc que les problèmes les plus fréquents sont similaires à ceux qui sont les plus répandus dans l'ensemble de la population belge, exception faite pour la question de la dépression ou de l'état dépressif, dont la proportion dans l'échantillon est largement supérieure à celle observée dans la population belge. En effet, 7,4% de la population belge âgée de 15 ans et plus ont souffert durant les 12 derniers mois de dépression sérieuse ou d'une dépression ayant duré au moins deux semaines (Van der Heyden et Charafeddine, 2019:62). Cette problématique des états dépressifs sera traitée dans la section 6. Notons également que les affections dentaires ne sont pas reprises telles quelles dans les chiffres de la population belge.

## 4.2. L'incapacité à travailler

Si ces problèmes de santé n'engendrent pas directement un risque de décès, ceux-ci se caractérisent par le fait qu'ils impactent fortement la qualité de vie au quotidien et la réalisation d'activités courantes par les douleurs physiques qu'ils engendrent et les risques liés à des activités trop intensives. À ce titre, le tableau 20 montre que les travailleurs sont proportionnellement moins nombreux à déclarer des limitations d'activités quotidiennes modérées ou sévères (13,1%) que les personnes sans emplois (33,1%). Ces limitations de longue durée concernent l'incapacité pour une personne, depuis au moins 6 mois, à réaliser des tâches qu'il a normalement l'habitude de faire à cause d'un ou plusieurs problèmes de santé (European Health Interview Survey (EHIS wave 3) Methodological manual, 2018:21).

**Tableau 20 : limitations de longue durée dans les activités quotidiennes (auto-déclaré) à cause de problèmes de santé selon le statut professionnel, population de 16 à 64 ans, 2018, %**

	Population	Actifs occupés	Chômeurs BIT	Sans emploi
<b>Modérée</b>	13,4	11,1	22	17,4
<b>Sévère</b>	6,4	1,9	11,1	14,3
<b>Aucune</b>	80,2	86,9	66,9	66,9

Source : Eurostat, 2019.

Au regard des données concernant la détérioration de l'état de santé durant la période de chômage, ces chiffres donnent une image plus précise de ce que signifie cette détérioration et ce qu'elle implique au quotidien. De même, le fait que les proportions de personnes sans emploi limitées dans leurs activités quotidiennes soient plus élevées peut aussi s'expliquer par le fait que pour ces personnes, retrouver un travail soit plus difficile, voire impossible pour certains emplois physiques.

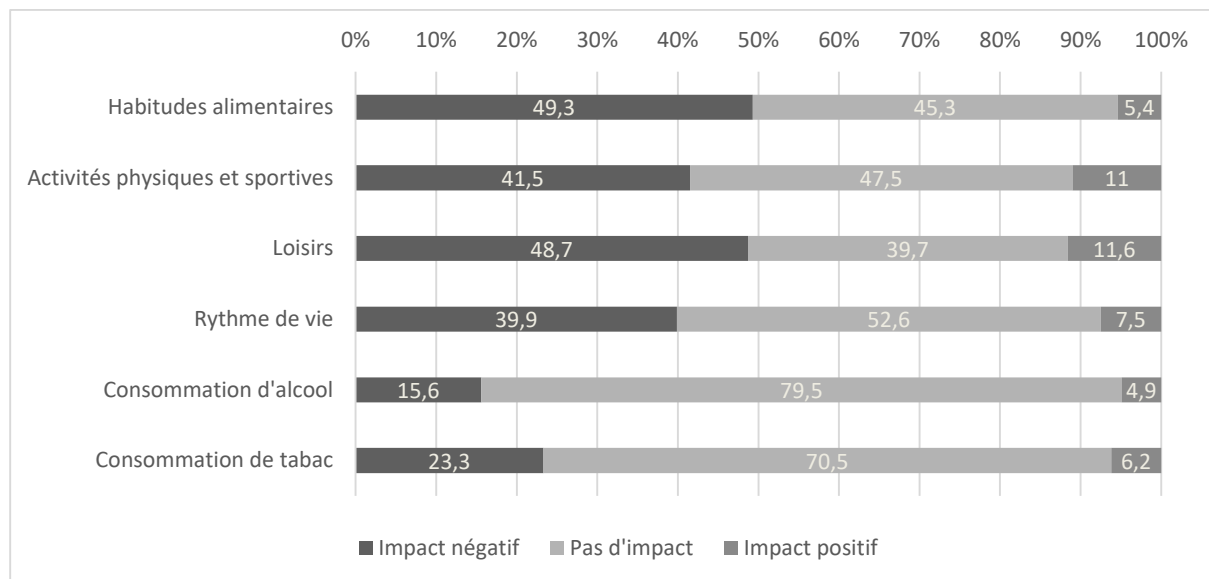
Par rapport à cette question relative à l'incapacité de travailler, 40,4% des répondants indiquent que leur état de santé les empêche actuellement d'occuper certains emplois. Cette incapacité peut toucher à un handicap, à une limitation de longue durée pour cause de maladie ou encore à des problèmes de dépendance à l'alcool, etc. Les implications de cette incapacité de travailler au regard de la recherche d'emploi seront abordées dans la section 8.

### 4.3. Hausse des comportements à risque

Les périodes de chômage sont souvent associées à des hausses des comportements à risque (Meneton et al., 2017). Par « comportements à risque », il est entendu toutes les transformations au niveau des habitudes qui ont un impact néfaste sur la santé et en particulier la consommation de tabac ou d'alcool et la sédentarité.

Dans un premier temps, il était demandé aux répondants d'évaluer l'impact du chômage sur différents aspects de leur quotidien (graphique 17).

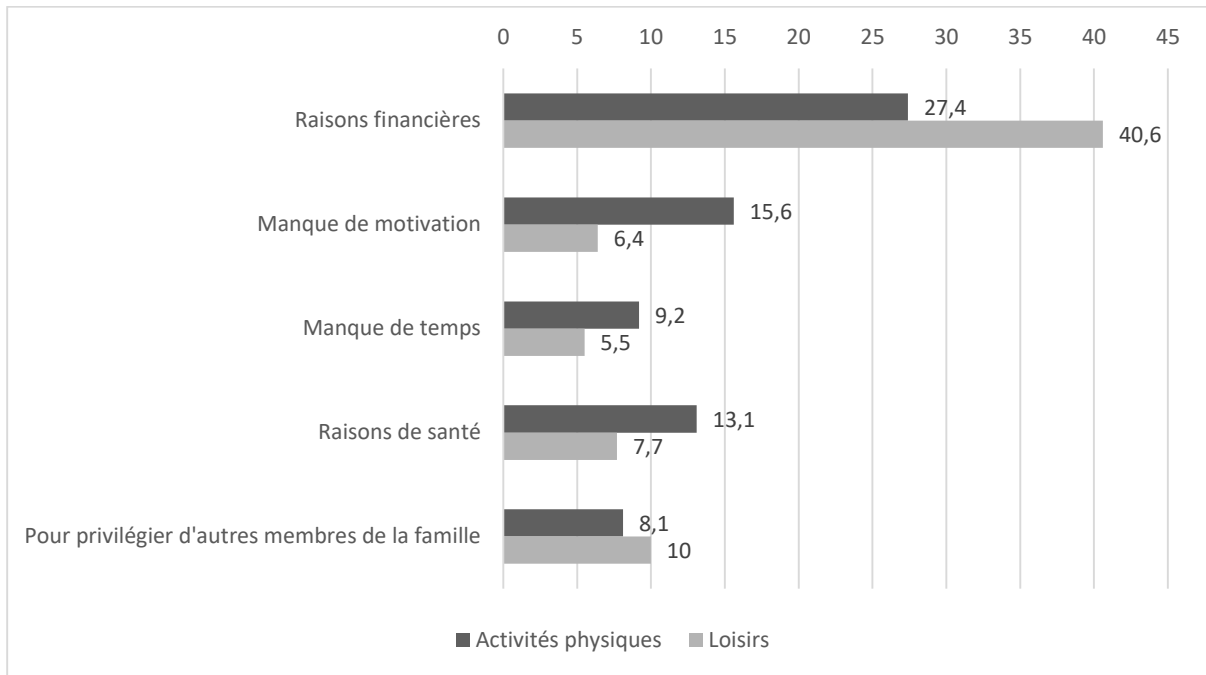
**Graphique 17 : impacts du chômage sur les habitudes de vie, ensemble des répondants, %**



Les habitudes alimentaires (49,3%) et les loisirs (48,7%) sont les deux domaines où les répondants sont les plus nombreux à considérer que le chômage a un impact négatif. L'impact négatif sur les activités sportives concerne également un grand nombre de répondants, de même que le rythme de vie (39,9%), qui correspond au fait d'avoir des difficultés à se coucher le soir ou à se lever le matin. Ces habitudes de vie (alimentaires, sportives, loisirs et rythmes de vie) sont toutes liées à une idée de bien-être physique et mental, sur lequel le chômage a un impact négatif. En outre, pour 15,6% de l'échantillon (1 répondant sur 6), le fait d'être au chômage a eu des effets négatifs en termes de consommation de tabac et 23,3% en termes de consommation d'alcool, ce qui représente un peu moins d'un répondant sur 4. La proportion la plus importante de répondants ne déclarant pas d'impact du chômage sur leur consommation de tabac et d'alcool tient, entre autres, au fait que certains répondants sont non-fumeurs et/ou ne boivent pas d'alcool en général.

Parmi les répondants, 29,1% pratiquent une ou plusieurs activités physiques hebdomadaires. Concernant les impacts négatifs, la principale cause de renoncement à des activités physiques et sportives est financière (27,4%). Il en va de même pour les loisirs : 29,1% des répondants ont des loisirs réguliers. Par contre, la raison principale de renoncement à des loisirs est largement financière (40,6%). Les autres causes de renoncement sont le manque de motivation, le manque de temps, les problèmes de santé et le fait de privilégier les activités d'autres membres de la famille (voir graphique 18).

**Graphique 18 : causes du renoncement aux loisirs et activités physiques, ensemble des répondants, plusieurs réponses possibles, %**



Le manque de moyens financiers a un impact négatif perçu par les répondants sur leurs activités et ces changements d'habitudes peuvent engendrer une hausse des risques liés à la sédentarité et à l'isolement.

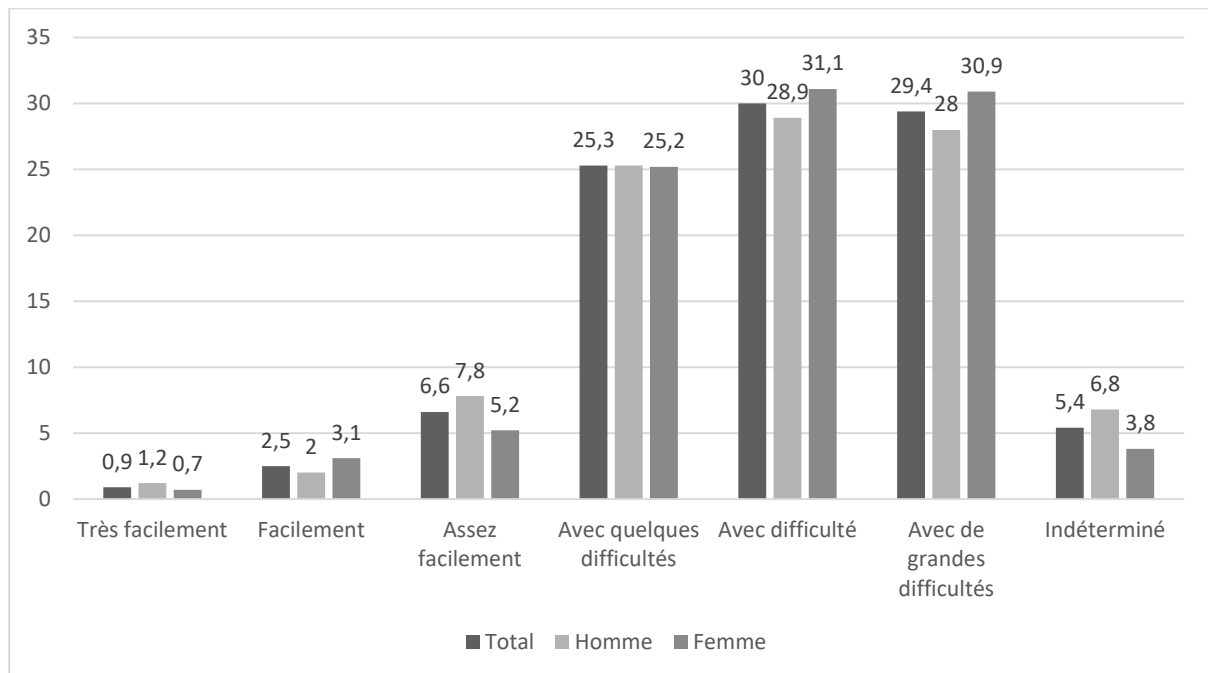
## 5. L'IMPACT DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES SUR LE RECOURS AUX SOINS

Être au chômage signifie souvent une baisse du revenu et le fait que ce revenu de remplacement est limité dans la durée. Les effets sur la santé de ce changement du niveau de vie matériel sont ici mesurés selon deux angles d'approche. Premièrement, nous l'avons vu dans la section précédente, les effets de la perte de revenu sur la santé peuvent être appréhendés en fonction des variations dans les activités quotidiennes et les impacts sur les habitudes de vie (alimentaires, loisirs, sports, etc.). Deuxièmement, cela concerne aussi l'accès aux soins de santé et plus précisément le renoncement ou le report des soins de santé pour des raisons financières. De nouveau, les déterminants de la santé ne sont pas isolés les uns des autres et une perte de revenu peut également engendrer des effets négatifs au point de vue du stress et de l'anxiété.

### 5.1. Les difficultés financières

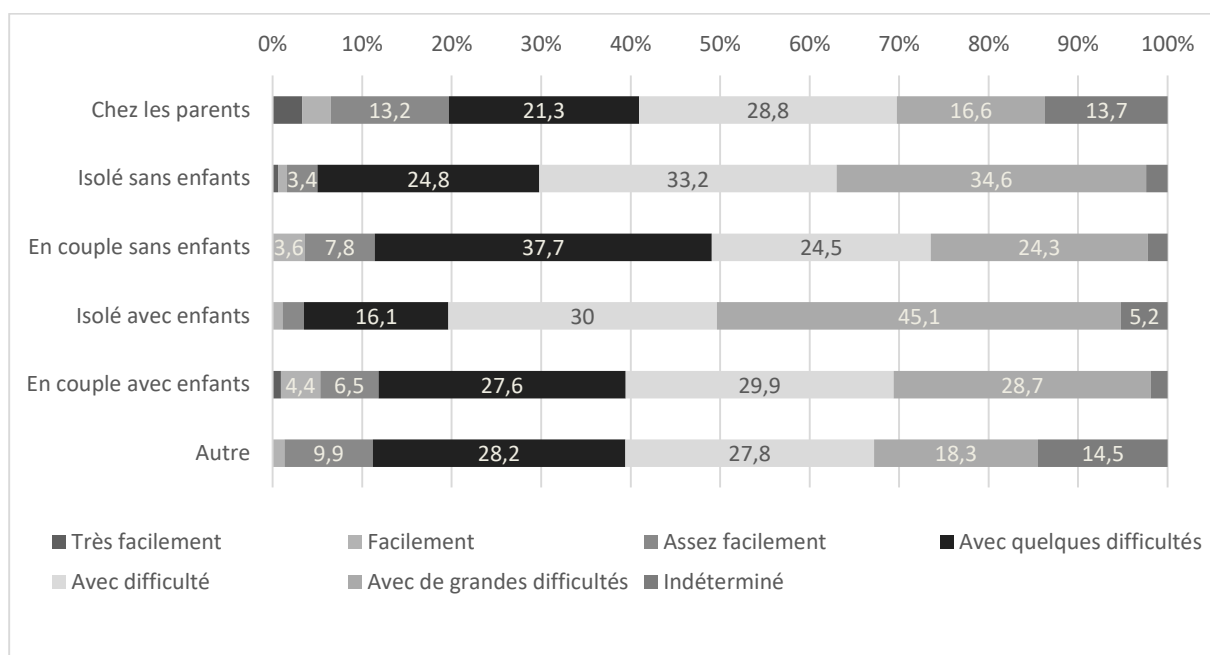
Le graphique 19 présente les résultats à la question suivante : « en pensant au revenu mensuel total de votre ménage, votre foyer est-il en mesure de joindre les deux bouts ? ». Ainsi, 84,7% de l'échantillon déclare faire face à des difficultés plus ou moins importantes pour terminer le mois. La proportion de femmes (87,2%) en difficultés financières (avec quelques difficultés, avec difficulté ou de grandes difficultés) est légèrement plus importante que la proportion d'hommes (82,2%) mais le sexe n'est pas une variable très discriminante.

**Graphique 19 : capacité à « joindre les deux bouts » selon le revenu mensuel du ménage par sexe, ensemble des répondants, %**



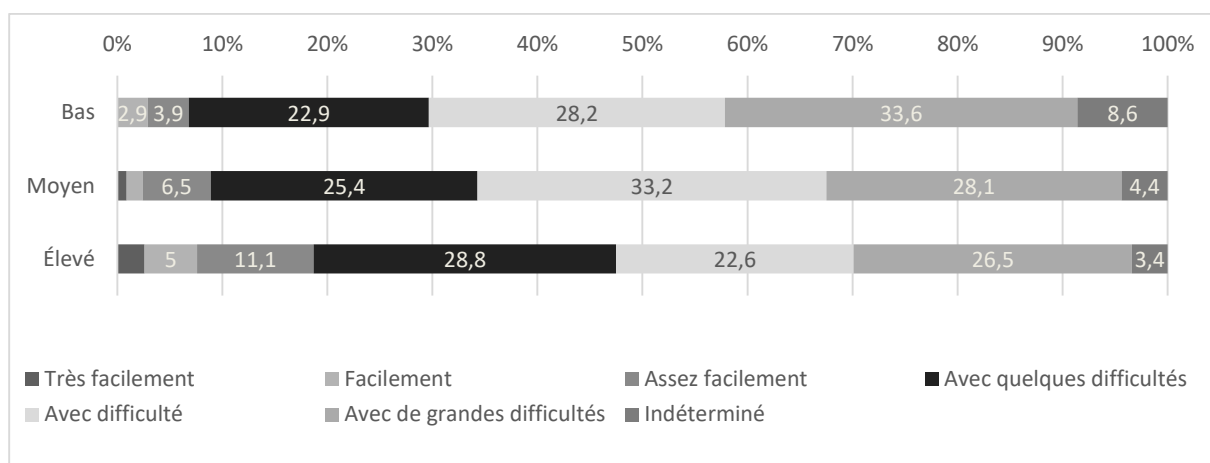
Par contre, il semble exister un effet « protecteur » de la situation familiale plus important par rapport aux difficultés financières. En effet, comme le détaille le graphique 20, les répondants en couple (avec ou sans enfants) sont proportionnellement moins nombreux à déclarer avoir des difficultés à joindre les deux bouts que les personnes isolées (avec ou sans enfants). Plus précisément, les répondants en couple sans enfants sont 48,8% à éprouver des (grandes) difficultés à joindre les deux bouts, et les couples avec enfants sont 58,6% dans cette même situation. Les personnes isolées sont quant à elles 67,8% (personne isolée sans enfant) et 75,1% (personne isolée avec enfant) à déclarer avoir des difficultés ou de grandes difficultés à joindre les deux bouts sur base de leur budget mensuel. En résumé, les personnes isolées apparaissent avec de plus grandes difficultés financières que les personnes en couple. La question de l'entourage sera abordée plus loin dans ce rapport car elle peut également avoir une influence sur la santé sociale, le sentiment de soutien et le bien-être des personnes.

**Graphique 20 : capacité à « joindre les deux bouts » selon la situation familiale, ensemble des répondants, %**



Enfin, les difficultés financières évoluent aussi en fonction du niveau de formation (graphique 21). En effet, les personnes ayant un niveau de formation de l'enseignement supérieur sont 18,7% à déclarer pouvoir joindre les deux bouts plutôt facilement, par rapport à 8,9% pour les répondants avec un niveau de formation du secondaire supérieur et 6,8% pour les répondants ayant un niveau de formation de l'enseignement secondaire inférieur.

**Graphique 21 : capacité à « joindre les deux bouts » selon le niveau de formation, ensemble des répondants, %**



Pour donner une idée de ce que représentent les revenus dont il est question, les tableaux 21 et 22 reprennent, dans un premier temps, les revenus médians selon le statut professionnel et, dans un second temps, les revenus médians correspondants aux différentes estimations de capacité à « joindre les deux bouts ».



**Tableau 21 : revenu médian net selon le statut professionnel, population belge de 16 à 64 ans, 2018, euros**

Population	Actifs occupés	Chômeurs BIT	Sans emploi
25 391	28 654	17 962	14 350

Source : EU-SILC, Eurostat, 2019.

**Tableau 22 : revenu médian net selon la capacité à « joindre les deux bouts », population belge de 16 à 64 ans, 2018, euros**

<b>Très facilement</b>	34 433
<b>Facilement</b>	28 328
<b>Assez facilement</b>	24 887
<b>Avec quelques difficultés</b>	18 963
<b>Avec difficulté</b>	15 815
<b>Avec de grandes difficultés</b>	12 348

Source : EU-SILC &amp; ECHP Survey, Eurostat, 2019.

Pour rappel, le seuil de pauvreté est ici fixé à 60% du revenu médian national disponible, ce qui équivaut selon l'IWEPS à 1.187 euros net par mois pour une personne isolée et 2.493 euros net par mois pour un ménage de 2 adultes et 2 enfants de moins de 14 ans. Dans le cadre de l'enquête sur le chômage, nous ne disposons pas des chiffres exacts concernant le revenu. Néanmoins, ces chiffres permettent de donner une idée de ce que représentent les difficultés rencontrées pour finir le mois sur base du budget mensuel.

Une enquête menée en 2014 sur la pauvreté en Belgique (Pannecoucke, 2014:55-56) montre une comparaison entre les trois Régions concernant le lien entre pauvreté et santé. Cette étude indique tout d'abord que la part des ménages vivant dans la pauvreté monétaire est plus importante en Région de Bruxelles-Capitale et Région Wallonne qu'en Région Flamande. Ensuite, la mesure de l'état de santé subjectif dans chacune de ces régions montre que la part des personnes déclarant être en mauvaise santé est plus importante en Région Bruxelles-Capitale et Wallonie qu'en Flandre. Le tableau 23 reprend ce constat et compare avec les chiffres de ces dernières années et avec les répondants à l'enquête (dernière ligne).

**Tableau 23 : comparaison entre le taux de risque de pauvreté et l'état de santé subjectif selon les régions, 2018, %**

	Région de Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
<b>Taux de risque de pauvreté</b>	32,6	21,8	10,4
<b>Mauvais état de santé subjectif (ISP)</b>	21,6	26,2	21,5
<b>Mauvais état de santé subjectif (TSE)</b>	19	17,7	/

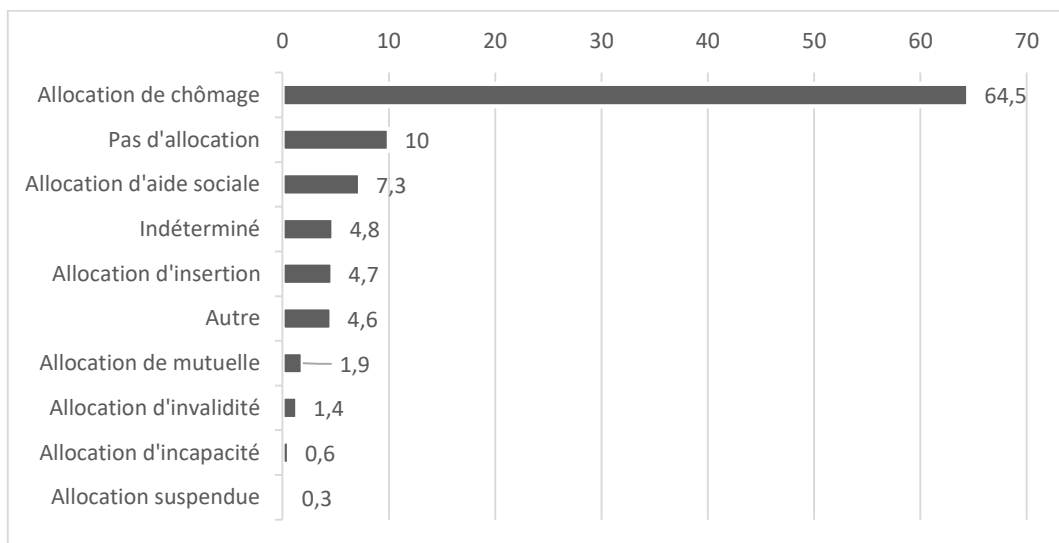
Source : IWEPS, 2018 ; Enquête de santé, 2019.

En 2018, le taux de risque de pauvreté était de 21,8% en Wallonie, 10,4% en Flandre et 32,6% à Bruxelles (IWEPS, 2018). Les résultats montrent certaines différences entre les proportions de personnes se déclarant en mauvaise santé selon les Régions. Néanmoins, selon l'Enquête de santé (Tafforeau et al., 2019:10), seule la différence entre la Flandre et la Wallonie serait significative. De la même manière, la différence de pourcentage entre les répondants de la

Région de Bruxelles-Capitale et de la Région Wallonne de l'échantillon se déclarant en mauvaise santé n'est pas significative.

Enfin, le graphique 22 montre la répartition des différents types d'allocations perçues au sein de l'échantillon. La majeure partie (64,5%) perçoit une allocation de chômage, 7,3% des répondants perçoivent une allocation d'aide sociale, 4,7% une allocation d'insertion, 3,9% perçoivent une allocation d'invalidité, d'incapacité ou de mutuelle. 0,3% ont actuellement leur allocation suspendue, tandis que 10% ne perçoivent pas d'allocation du tout. Enfin, 9,4% ne savent pas quelle allocation ils perçoivent ou perçoivent un autre type d'allocation.

**Graphique 22 : type d'allocation perçue, ensemble des répondants, plusieurs réponses possibles, %**



La précarité financière et les difficultés qui y sont liées concernent une large majorité de l'échantillon (84,7%). Cette précarité a des effets sur les conditions de vie. Les conséquences de ces difficultés financières peuvent se mesurer à la fois d'un point de vue matériel, en fonction de l'évaluation du recours au soin et des changements au niveau des conditions de vie, et du point de vue des problèmes psychologiques qu'elle peut engendrer.

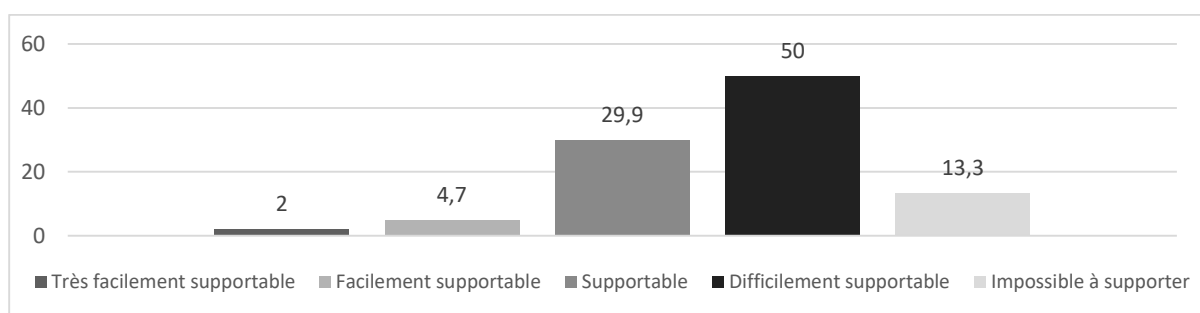
Selon l'Enquête de santé (2013), un ménage belge dépense en moyenne 108€ par mois pour des soins de santé. Cette somme ne prend pas en compte les remboursements. Cela représente en moyenne 7% des revenus de ménages aux revenus les plus faibles et 3% des revenus des ménages aux plus hauts revenus. Par ailleurs, 26% des ménages considèrent ces dépenses en soins de santé plutôt difficiles à intégrer dans le budget mensuel. Cette estimation est liée au niveau de revenu. En effet, l'Enquête de santé montre que 53% des ménages aux revenus les plus faibles déclarent avoir de grandes difficultés à assumer leurs dépenses en soins de santé, alors que ce chiffre descend à 7% pour les ménages aux revenus les plus aisés (Demarest, 2015a:791). Cette difficulté à assumer les dépenses en soins de santé dans le budget mensuel sont liées au sexe du chef de ménage, au niveau d'instruction, au niveau de revenu et enfin à la composition du ménage (tableau 24).

**Tableau 24 : ménages indiquant que leurs dépenses en soins de santé sont difficiles à intégrer dans le budget familial, population belge âgée de 15 ans et plus, 2013, %**

<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	22,1
	<b>Femme</b>	34,8
<b>Groupes d'âge</b>	<b>15 – 24</b>	22,1
	<b>24 – 34</b>	23,1
	<b>35 – 44</b>	25,4
	<b>45 – 54</b>	23,6
	<b>55 – 64</b>	25,7
	<b>65 – 74</b>	26,3
	<b>75 +</b>	32,3
	<b>Niveaux d'instruction</b>	<b>Primaire/sans diplôme</b>
<b>Secondaire inférieur</b>		35,9
<b>Secondaire supérieur</b>		26,2
<b>Enseignement supérieur</b>		13,7
<b>Revenu équivalent</b>	<b>1<sup>er</sup> quintile</b>	50,5
	<b>2<sup>e</sup> quintile</b>	37,5
	<b>3<sup>e</sup> quintile</b>	26,9
	<b>4<sup>e</sup> quintile</b>	11,7
	<b>5<sup>e</sup> quintile</b>	5,4
<b>Types de ménage</b>	<b>Personne seule</b>	31,8
	<b>Ménage monoparental</b>	45,0
	<b>Couple sans enfant(s)</b>	20,7
	<b>Couple avec enfant(s)</b>	17,2
	<b>Autre ménage ou pas connu</b>	32,1

Source : Enquête de santé, 2015.

Le sondage auprès des travailleurs sans emploi montre que pour 63,3% d'entre eux, la contribution personnelle aux soins de santé, c'est-à-dire l'argent qu'il faut déboursier soi-même pour les soins de santé, est plutôt difficilement supportable dans leur budget (graphique 23).

**Graphique 23 : capacité à supporter la contribution financière aux soins de santé dans le budget, ensemble des répondants, %**

Les femmes sont un peu plus nombreuses à déclarer avoir des difficultés (66,3%) que les hommes (61,5%), mais l'écart est faible. Il en va de même pour l'approche selon le niveau de formation, où les répondants au niveau de formation le plus élevé sont 60,2% à éprouver des difficultés à assumer le budget lié aux soins de santé, par rapport à 65,8% chez les répondants au niveau d'instruction le plus faible. Sur ces deux plans, nous pouvons donc dire que l'expérience du chômage se vit de manière similaire. Les écarts sont plus marqués au niveau de la composition du ménage. Le groupe faisant face au plus de difficultés est celui des ménages monoparentaux (75,3% éprouvent des difficultés à assumer ce budget santé). Ce sont les couples sans enfants (49,1%) et les répondants vivant encore avec leurs parents (51,7%) qui éprouvent le moins de problèmes quant à l'intégration des soins de santé dans leur budget mensuel (tableau 25), ce dernier groupe étant par ailleurs composé d'individus plus jeunes et donc confrontés à moins de problèmes de santé.

**Tableau 25 : capacité à supporter la contribution financière aux soins de santé dans le budget selon le sexe, le niveau d'instruction et le type de ménage, ensemble des répondants, %**

		Très facilement supportable	Facilement supportable	Supportable	Difficilement supportable	Impossible à supporter
<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	2,9	3,6	31,9	47,9	13,6
	<b>Femme</b>	0,7	5,8	27,2	53,8	12,5
<b>Niveaux de formation</b>	<b>Bas</b>	1,6	6,2	26,4	49,7	16,1
	<b>Moyen</b>	2,2	3,2	29,2	53,5	11,9
	<b>Élevé</b>	0,8	5,4	33,5	50,6	9,6
<b>Types de ménage</b>	<b>Chez les parents</b>	3,5	9,6	35,1	37,7	14
	<b>Isolé sans enfant</b>	2,4	2,0	28,2	51,8	15,7
	<b>Isolé avec enfant</b>	0,0	2,8	21,9	59,6	15,7
	<b>En couple sans enfant</b>	0,8	10,2	39,8	43,2	5,9
	<b>En couple avec enfants</b>	1,5	4,9	26,5	56,	11,2

## 5.2. Renoncement et report des soins de santé

En 2013, 8% des ménages belges avaient renoncé à des soins de santé pour des raisons financières au cours de l'année écoulée. Ce renoncement est notamment lié au niveau de formation, au niveau de revenu et au type de ménage. On note donc l'existence d'un fort gradient socio-économique sur cette question (Demarest, 2015a) (voir tableau 26).

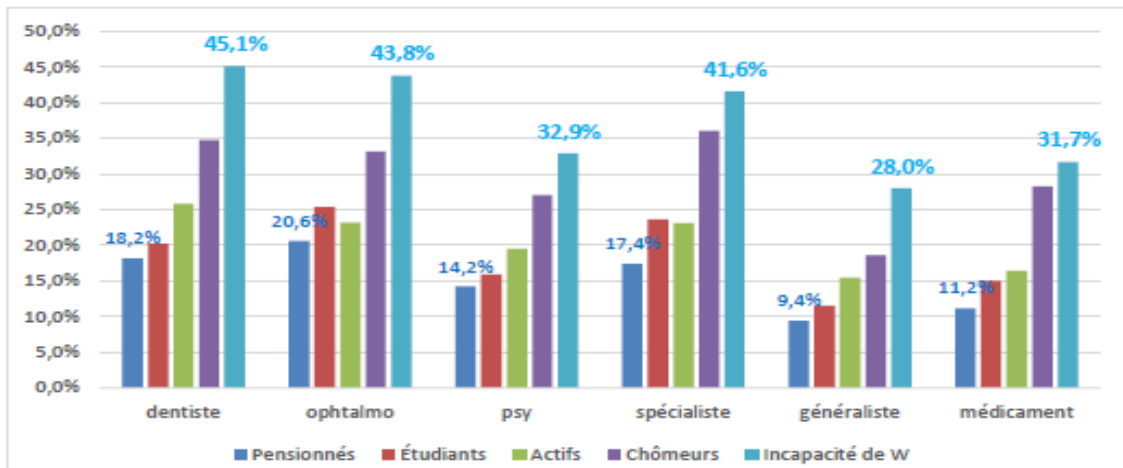
**Tableau 26 : ménages indiquant avoir reporté des soins de santé sur l'année écoulée, population belge âgée de 15 ans et plus, 2013, %**

<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	7,0
	<b>Femme</b>	11,6
<b>Groupes d'âge</b>	<b>15 – 24</b>	14,2
	<b>24 – 34</b>	10,6
	<b>35 – 44</b>	10,9
	<b>45 – 54</b>	9,0
	<b>55 – 64</b>	9,2
	<b>65 – 74</b>	5,8
	<b>75 +</b>	3,6
<b>Niveaux d'instruction</b>	<b>Primaire/sans diplôme</b>	12,5
	<b>Secondaire inférieur</b>	9,7
	<b>Secondaire supérieur</b>	8,3
	<b>Enseignement supérieur</b>	6,2
<b>Revenu équivalent</b>	<b>1<sup>er</sup> quintile</b>	19,1
	<b>2<sup>e</sup> quintile</b>	11,2
	<b>3<sup>e</sup> quintile</b>	7,1
	<b>4<sup>e</sup> quintile</b>	3,6
	<b>5<sup>e</sup> quintile</b>	2,6
<b>Types de ménage</b>	<b>Personne seule</b>	10,0
	<b>Ménage monoparental</b>	19,5
	<b>Couple sans enfant(s)</b>	4,5
	<b>Couple avec enfant(s)</b>	7,3
	<b>Autre ménage ou pas connu</b>	8,3

Source : Enquête de santé, 2015.

Une récente étude de l'Institut Solidaris (2019) met en avant des chiffres plus élevés. Selon eux, 39,8% de la population belge francophone a renoncé à au moins un soin de santé au cours de l'année écoulée, et ce chiffre est en augmentation depuis 4 ans de manière globale et dans tous les types de soins spécialisés. L'importance des inégalités sociales dans ce cadre est frappante : les femmes et ménages monoparentaux sont majoritairement touchés par ces difficultés financières d'accès aux soins de santé. Un autre point marquant de cette enquête est que ce sont les personnes en incapacité de travail qui sont les plus touchées par le report de soins et viennent ensuite les personnes sans emploi (voir graphique 24).

**Graphique 24 : report de soins de santé selon le statut socioprofessionnel, %**

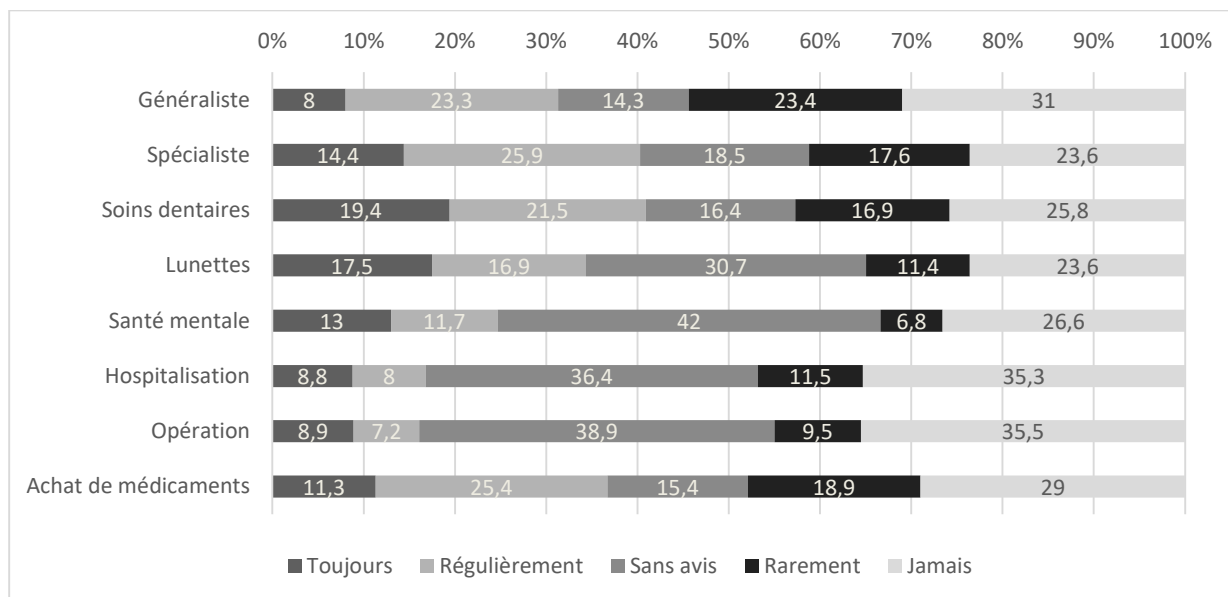


Source : Institut Solidaris, 2019.

La question du report ou du renoncement aux soins de santé apparaît donc centrale dans le cas du chômage, au regard de la large proportion de répondants déclarant avoir vu leur santé se dégrader depuis qu'ils sont sans emploi et des difficultés financières qui accompagnent ce statut. Dans notre enquête, il était demandé aux répondants s'il leur arrivait de renoncer ou reporter des soins de santé pour eux-mêmes<sup>10</sup> pour des raisons financières, sur une échelle allant de « toujours » à « jamais ». Les résultats sont repris dans le graphique 25 et montrent que 31,3% renoncent ou reportent plutôt fréquemment des consultations chez un généraliste, mais il ne s'agit pas du chiffre le plus important. En effet, le renoncement aux consultations spécialisées (40,3%), aux soins dentaires (40,9%), aux lunettes (34,4%) et à l'achat de médicaments (36,7%) concerne des proportions plus importantes de répondants. Les soins dentaires (19,4%) et les frais liés aux lunettes (17,5%) apparaissent comme les points de renoncement systématique les plus élevés.

<sup>10</sup> Il n'était donc pas pris en compte dans cette question le potentiel report de soins de santé pour d'autres membres du ménage.

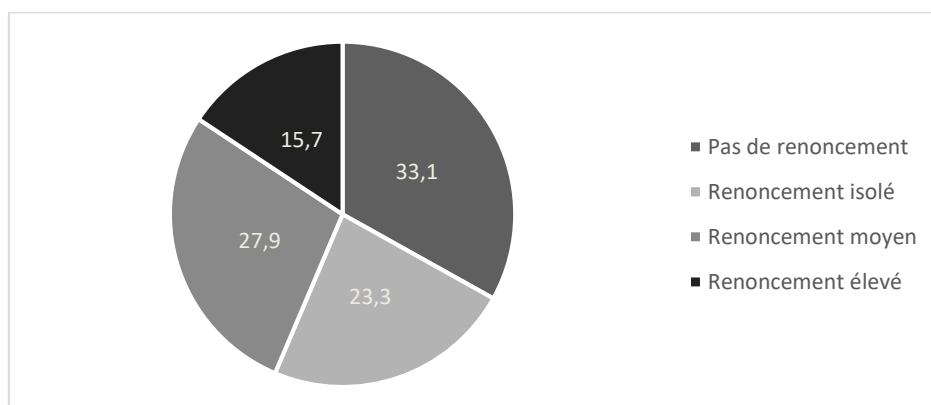
**Graphique 25 : renoncement ou report de soins de santé personnels pour des raisons financières selon la catégorie de soins, ensemble des répondants, %**



De plus, 55,8% des répondants indiquent qu’il leur arrive de renoncer de manière systématique ou fréquente à au moins un type de soins. Afin d’avoir une idée de l’ampleur du renoncement global aux soins parmi les travailleurs sans emploi, nous avons construit une échelle allant de 0 à 8. De fait, il y a 8 types de soins de santé repris dans l’enquête, un renoncement systématique ou régulier à un type de soin équivaut à 1, tandis qu’un renoncement rare ou non existant équivaut à 0. Un total de 0 signifie donc qu’il n’y a pas de renoncement aux soins. Un niveau de renoncement isolé se situe entre 1 et 2 (non report pour plus de 2/3 des soins), un niveau de renoncement moyen entre 3 et 5 et enfin un niveau élevé de renoncement (renoncement quasi systématique à l’ensemble des soins) se situe entre 6 et 8. La somme de ces chiffres nous donne une idée du taux de renoncement par répondant.

Ainsi, le graphique 26 montre que 33,1% ne renoncent à aucun soin de santé ou rarement, 23,3% renoncent à des soins de manière isolée (un ou deux types de soins), 27,9% renoncent à certains soins de santé et 15,7% renoncent (quasi-)systématiquement à de nombreux soins de santé pour eux-mêmes pour des raisons financières.

**Graphique 26 : importance du renoncement aux soins de santé personnels, tous types de soins confondus, ensemble des répondants, %**



Le tableau 27 montre que les proportions de répondants qui renoncent à des soins de santé selon le sexe sont sensiblement similaires. Il en va de même pour les groupes d'âge. De même, le niveau de formation ne semble pas jouer un rôle protecteur chez les personnes sans emploi en ce qui concerne le renoncement aux soins. Par contre, la ventilation de l'ampleur du renoncement aux soins en fonction de la durée du chômage montre plus nettement qu'au plus la durée du chômage sera longue, au plus la proportion de répondants qui ne renoncent jamais à des soins de santé diminue. La durée du chômage semble donc avoir un effet sur le fait de renoncer plus fréquemment à des soins de santé, mais l'ampleur de ce renoncement reste assez variable. Enfin, les résultats selon la composition des ménages montrent que ce sont les familles monoparentales qui sont les plus touchées par la question du renoncement aux soins de santé pour des raisons financières, suivi par les personnes isolées et les couples avec enfants.

**Tableau 27 : importance du renoncement aux soins de santé personnels pour raisons financières, tous types de soins confondus, selon le sexe, l'âge, le niveau de formation, la durée du chômage et le type de ménage, ensemble des répondants, %**

		Pas de renoncement	Renoncement isolé	Renoncement moyen	Renoncement élevé
<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	35	24,2	25,4	15,4
	<b>Femme</b>	31,7	22,7	29,6	16
<b>Groupes d'âge</b>	<b>Moins de 25 ans</b>	39,2	18,6	28,9	13,4
	<b>Entre 26 et 39 ans</b>	28,9	23,9	31,4	15,7
	<b>Entre 40 et 49 ans</b>	32,4	25,3	26,1	16,2
	<b>50 ans et plus</b>	35,3	22,6	26,0	16,1
<b>Niveaux de formation</b>	<b>Bas</b>	33,9	26,0	24,1	16,0
	<b>Moyen</b>	30,7	21,3	32,2	15,8
	<b>Élevé</b>	35,2	22,0	27,5	15,3
<b>Durée du chômage</b>	<b>Moins de 6 mois</b>	40,2	21,2	25,4	13,2
	<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	41,2	18,3	23,7	16,8
	<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	33,3	20,4	27,2	19,1
	<b>Plus de 2 ans</b>	27,8	26,5	30,4	15,3
<b>Types de ménage</b>	<b>Chez les parents</b>	46,7	22,4	23,4	7,5
	<b>Isolé sans enfant</b>	29,2	20,6	30,0	20,2
	<b>Isolé avec enfant</b>	23,4	25,1	28,1	23,4
	<b>En couple sans enfant</b>	37,2	28,3	24,8	9,7
	<b>En couple avec enfants</b>	35,0	23,1	28,5	13,5

## 6. LA SANTÉ MENTALE

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement



du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». Selon la Plateforme des Professionnels de la Santé Mentale, « une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Elle est aussi capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres ». La santé mentale est donc difficile à circonscrire mais concerne un état de bien-être et implique une dimension sociale puisque les relations avec les autres et la communauté s'y retrouvent.

La littérature met en avant les nombreux effets négatifs du chômage sur le bien-être psychologique. Les causes de ce mal-être sont diverses. Tout d'abord, le chômage peut représenter une rupture dans la carrière professionnelle, dont l'horizon est incertain tant pour des raisons personnelles (âge, état de santé, etc.) que pour des raisons liées au marché de l'emploi (secteurs en difficulté, hausse des contrats atypiques, etc.). Ensuite, l'identité sociale des chômeurs est le fruit d'une longue histoire de stigmatisation. En effet, le statut de chômeur est dévalorisé par rapport à l'importance du travail dans notre société, par les nombreux stéréotypes qu'il porte et qui se traduisent dans une responsabilisation individuelle importante des personnes au chômage quant à leur situation.

Dans notre enquête, nous avons voulu mesurer l'impact de cette situation sur la santé mentale. Pour ce faire, plusieurs questions étaient orientées autour de différents indicateurs de mal-être tels que le stress, le pessimisme ou le manque de sommeil. En outre, les questions liées aux problèmes de santé mettent en avant la prévalence des problèmes de douleurs, de maux de tête et de fatigue chronique qui s'intègrent plus largement dans l'idée d'un mal-être et d'un état de déprime, de même que cet état de mal-être peut favoriser le développement de comportements dits « à risque » (tels que le tabagisme, l'alcool, un mauvais rythme de vie, etc.).

Dans ce chapitre, nous revenons d'abord sur l'importance des épisodes dépressifs et des différents troubles psychologiques rencontrés au sein de l'échantillon. L'objectif est d'offrir une vision détaillée de tous les éléments qui interagissent au niveau du sentiment de mal-être et de mettre en avant les changements qui surviennent après une perte d'emploi.

## **6.1. Importance des difficultés psychologiques**

Dans l'Enquête de santé 2013, 32% de la population belge âgée de 15 ans et plus manifestent des difficultés psychologiques. Ces difficultés psychologiques sont évaluées selon différents indicateurs tels que l'anxiété, les troubles dépressifs, les troubles du sommeil, la dépression, les comportements alimentaires ou encore les idées suicidaires. Plus précisément, 21% souffrent de troubles du sommeil, 27% d'un sentiment de stress constant et 19% se sentent malheureux ou déprimés.

Si 7,4% de la population belge âgée de 15 ans et plus déclare avoir souffert d'une dépression d'au moins deux semaines au cours de l'année précédant l'enquête, 15% de cette même population présentent les signes de troubles dépressifs. Par « troubles dépressifs », l'Enquête de santé pointe l'interaction entre des changements au niveau de l'humeur ou de l'affect, une réduction de l'énergie, une baisse de l'activité, de la capacité à ressentir du plaisir ou de l'intérêt pour les choses, de la concentration et une fatigue injustifiée.

En 2013 toujours selon l'Enquête de santé, les troubles anxieux concernent 10% de la population belge âgée d'au moins 15 ans. L'anxiété comporte à la fois une facette émotionnelle (sentiments de peur et d'inquiétude) et somatique (tensions, maux d'estomacs, etc.). Enfin, les troubles du sommeil concernent 30% de la population belge âgée de 15 ans et plus, 33% des femmes et 26% des hommes.

### 6.1.1. Les épisodes dépressifs

Dans le questionnaire, il était demandé aux répondants de signaler s'ils souffraient ou avaient soufferts de certains problèmes de santé depuis qu'ils sont sans emploi. Parmi ces problèmes était repris l'item « dépression/état dépressif ». Le résumé des résultats se trouve dans le tableau 28. Sur l'ensemble de l'échantillon, 37,4% des répondants ont signalé être dans ce cas. La répartition selon le sexe des répondants montre que 35,5% des hommes interrogés sont concernés par une dépression ou un état dépressif, et il en va de même que 39,5% des femmes de l'échantillon.

La question de la dépression ou d'un état dépressif chez les travailleurs sans emploi en fonction de l'âge montre que, si les jeunes de moins de 25 ans sont proportionnellement un peu moins concernés par ce problème (29,5%), il reste présent à hauteur d'environ 1 répondant sur 4 dans chaque groupe d'âge.

Par contre, les résultats mettent en avant que ce sont les répondants avec un niveau de formation plus élevé qui sont les plus touchés par la dépression ou l'état dépressif (42,1%) par rapport aux personnes avec un niveau de formation moyen (38,6%) ou bas (35,8%). De même, ce problème de santé touche plus souvent les répondants sans emploi depuis une plus longue durée que les autres. Enfin, les répondants isolés sont proportionnellement plus nombreux (43,9% des isolés sans enfants et 41,9% des isolés avec enfants) à souffrir ou avoir souffert d'une dépression ou d'un état dépressif depuis qu'ils sont sans emploi.

**Tableau 28 : dépression ou d'état dépressif selon le sexe, l'âge, le niveau de formation, la durée du chômage et le type de ménage, ensemble des répondants, %**

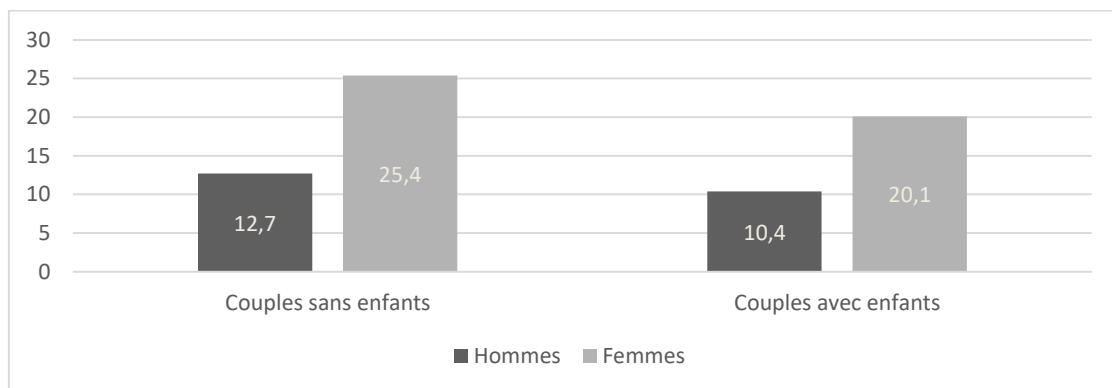
	<b>Total</b>	37,4
<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	35,5
	<b>Femme</b>	39,5
<b>Groupes d'âge</b>	<b>Moins de 25 ans</b>	29,5
	<b>Entre 26 et 39 ans</b>	39,7
	<b>Entre 40 et 49 ans</b>	40,3
	<b>50 ans et plus</b>	38,4
<b>Niveaux de formation</b>	<b>Bas</b>	35,8
	<b>Moyen</b>	38,6
	<b>Élevé</b>	42,1
<b>Durée du chômage</b>	<b>Moins de 6 mois</b>	29,9
	<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	35,0

	Entre 1 an et 2 ans	33,3
	Plus de 2 ans	44,6
<b>Types de ménage</b>	Chez les parents	36,0
	Isolé sans enfant(s)	43,9
	Isolé avec enfant(s)	41,9
	En couple sans enfant(s)	38,1
	En couple avec enfant(s)	30,6

À ce titre, on peut relever par ailleurs que les ménages monoparentaux sont majoritairement des femmes seules : elles représentent 75,4% des familles monoparentales de l'échantillon. Sur l'ensemble des ménages monoparentaux interrogés, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (44,4%) à avoir souffert ou souffrir d'un problème de dépression ou d'un état dépressif par rapport aux hommes : 33,9% des hommes seuls avec enfants interrogés sont concernés par des troubles dépressifs.

Concernant les répondants en couple (avec ou sans enfants), la distribution dans l'échantillon est relativement équivalente. Par contre, au sein des couples, les femmes interrogées sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de troubles dépressifs que les hommes (graphique 27). Si les répondants en couple semblent donc en général moins souffrir de troubles dépressifs, au sein de ces couples, les femmes semblent par contre plus touchées (25,4% dans les couples sans enfants et 20,1% dans les des couples avec enfants).

**Graphique 27 : dépression ou état dépressif dans les couples selon le sexe, ensemble des répondants en couple, %**



Ce résultat renvoie à deux précisions. Premièrement, l'Enquête de santé met en avant que les femmes sont plus sujettes à des troubles dépressifs que les hommes. Deuxièmement, ces résultats renvoient à une étude sur l'expérience du chômage des licenciés d'une usine Moulinex en France (Roupnel-Fuentes, 2014) qui met en avant que la souffrance des femmes au sein des couples est souvent plus importantes, bien que plus discrète, dû notamment à une meilleure « acceptabilité sociale » de leur situation puisqu'elles peuvent réinvestir les tâches domestiques. Elles disposent aussi de moins de lieux de rencontre que les hommes où partager leur expérience. Or, cette enquête met en avant des souffrances similaires et une perte du sentiment d'appartenance toute aussi importante. Au fil du temps, les relations au sein des couples se dégradent par la difficulté à mettre des mots sur sa souffrance et à la partager au

sein des couples, faisant de l'expérience du chômage de ces femmes une souffrance beaucoup plus silencieuse.

De manière générale, ces chiffres contrastent fortement avec les 7% de la population belge déclarant avoir souffert d'une dépression au cours de l'année écoulée, mais restent néanmoins cohérents selon la signification accordée à la dépression. Tout d'abord, dans le questionnaire, il était spécifié qu'il pouvait s'agir d'une dépression ou d'un état dépressif. Concernant ce second cas, il fait plutôt référence aux « troubles dépressifs » tels que décrits dans l'Enquête de santé. Le tableau 29 décrit les pourcentages de la population belge qui présentent des troubles dépressifs selon le sexe, l'âge et le niveau d'instruction.

**Tableau 29 : population de 15 ans et plus qui présente des symptômes récents d'un trouble dépressif, 2013, %**

<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	11,5
	<b>Femme</b>	17,8

<b>Groupes d'âge</b>	<b>15 – 24</b>	13,4
	<b>24 – 34</b>	12,0
	<b>35 – 44</b>	13,4
	<b>45 – 54</b>	16,2
	<b>55 – 64</b>	17,0
	<b>65 – 74</b>	12,9
	<b>75 +</b>	18,8

<b>Niveaux d'instruction</b>	<b>Primaire/sans diplôme</b>	26,7
	<b>Secondaire inférieur</b>	16,4
	<b>Secondaire supérieur</b>	17,1
	<b>Enseignement supérieur</b>	10,2

Source : Enquête de santé, 2013.

Ensuite, dans un rapport publié en 2012, l'Institut Solidaris se penchait sur la question du bien-être et montrait que les demandeurs d'emploi étaient 36% à être souvent ou très souvent anxieux, angoissés ou dépressifs en quasi permanence. Sur base d'une échelle calculée à partir du questionnaire standardisé PHQ-9<sup>11</sup>, cette même enquête pointe que 22% des demandeurs d'emploi sont dans un état dépressif grave (Wauthy et Ancel, 2012).

---

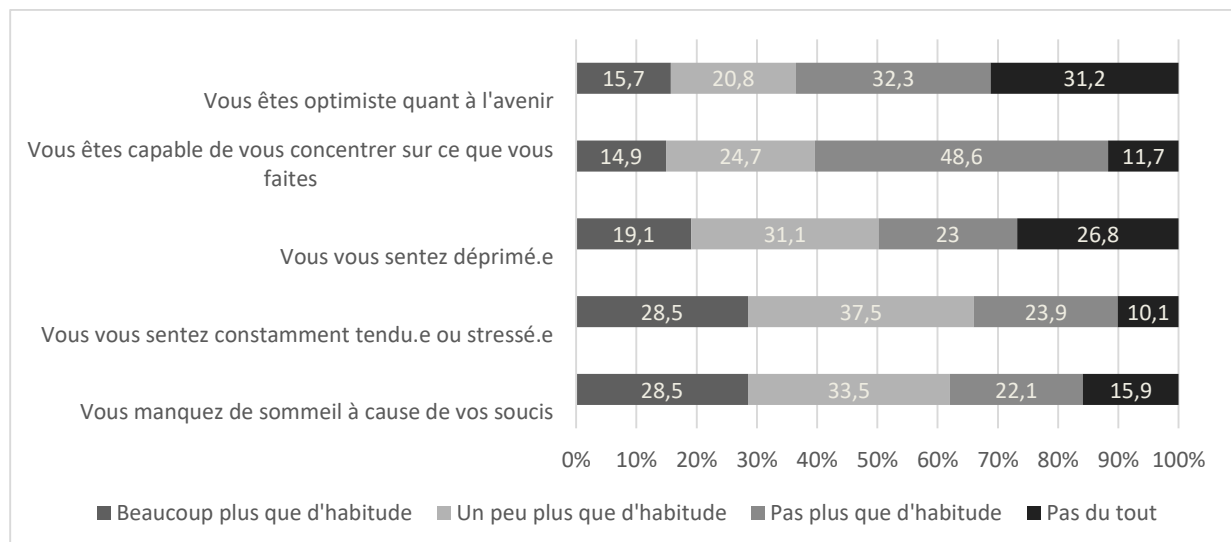
<sup>11</sup> Le PHQ-9 est un questionnaire destiné à des patients afin de déterminer la gravité d'une dépression. Il se base sur une période de deux semaines précédant l'administration du questionnaire et interroge à quelle fréquence les personnes se retrouvent dans certaines situations telles que le manque d'intérêt ou de motivation, le sentiment d'être déprimé ou pessimiste, l'expérience de troubles du sommeil, de fatigue chronique, de troubles alimentaires, de mauvaise estime de soi, de troubles de la concentration ou de pensées morbides. <https://patient.info/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>.

En résumé, la dépression et les états dépressifs sont surreprésentés chez les travailleurs sans emploi. Afin de mieux comprendre l'état de santé mentale, la prochaine section analyse les résultats portant sur plusieurs indicateurs de bien-être.

### 6.1.2. Les sentiments liés au bien-être

La mesure des difficultés psychologiques n'est pas une chose aisée. En effet, la différenciation entre les différents troubles possibles est relativement poreuse, de même que les indicateurs (sommeil, stress, tensions, concentration, etc.) se recoupent souvent entre eux. Dans le questionnaire, il était demandé aux répondants d'évaluer, sur une échelle allant de « beaucoup plus que d'habitude », « un peu plus que d'habitude », « pas plus que d'habitude » et « pas du tout », leur état psychologique actuel. Les questions concernaient le manque de sommeil à cause de soucis, le sentiment d'être constamment stressé ou tendu, le sentiment d'être déprimé, la capacité à se concentrer sur des tâches et l'optimisme quant à l'avenir. Une autre question concernait les habitudes alimentaires, notamment le manque d'appétit ou la tendance au grignotage en cas d'ennui ou de stress. Enfin, les problèmes de santé reprennent l'état dépressif et la fatigue chronique qui peuvent être des symptômes somatiques du mal-être. Le graphique 28 reprend les résultats à ces différentes questions portant sur le bien-être et permet d'ores et déjà de constater que les sentiments négatifs prennent une place assez importante. En effet, 62% des répondants déclarent avoir actuellement plus de problèmes de sommeil dû à leurs soucis que d'habitude. Ils sont également 66% à se sentir plus constamment stressés et tendus que d'habitude et 50,2% dans un état de déprime plus marqué. 11,7% des répondants déclarent ne pas du tout être capables de se concentrer sur ce qu'ils font pour le moment et 31,2% déclarent ne pas du tout se sentir optimistes quant à l'avenir.

**Graphique 28 : sentiments liés au bien-être, ensemble des répondants, %**



Le Thermomètre de l'Institut Solidaris de 2012 (Wauthy et Ancel, 2012) donnait quelques éléments concernant les inquiétudes et angoisses de la population. Parmi elles, nous pouvons relever quelques points qui concernaient en particulier les demandeurs d'emploi. Outre les inquiétudes liées à l'avenir des enfants, l'insécurité sociale occupait une grande part des inquiétudes : 42% des sondés étaient fortement inquiets face au risque de se retrouver au chômage. Le risque de tomber dans la précarité concernait 50% des demandeurs d'emploi et

48% des actifs, tandis que les craintes concernant l'avenir professionnel inquiétaient 59% des demandeurs d'emploi. Ces chiffres qui concernent le point de vue individuel témoignent également de l'importance des angoisses liées à la société et notamment à la situation économique et financière du pays (68% des demandeurs d'emploi). Du point de vue de la sphère privée, 26% des demandeurs d'emploi signalaient être inquiets par rapport aux risques de conflits importants avec leur conjoint. Enfin, la santé elle-même constitue un facteur d'anxiété reconnu et les inquiétudes face au risque de contracter une maladie grave (64%) ou de voir son état de santé se dégrader (51%) étaient importants parmi les demandeurs d'emploi.

Cette étude nous montre donc que les sources d'anxiété sont très variées et vont des relations sociales à la situation macroéconomique. Par rapport à la question du chômage, ces chiffres et les résultats de l'enquête permettent de mettre en avant la position des travailleurs sans emploi : l'inquiétude face à la situation économique peut témoigner des difficultés pour les travailleurs sans emploi à avoir prise sur leur situation, ce qui engendre des effets néfastes sur l'estime de soi. Cette dégradation de l'estime de soi influence également les relations sociales et familiales et favorise le manque de dialogue avec l'entourage proche.

### **6.1.3. L'anxiété**

Selon un site de référence français<sup>12</sup>, l'anxiété peut se définir comme « une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. L'anxiété est un phénomène normal, présent chez tous les individus. Elle peut cependant prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations : on parlera alors de troubles anxieux. [...] Trop d'anxiété peut [...] inhiber et épuiser le sujet. [...] Tous les problèmes importants ou non du quotidien peuvent être amplifiés et inquiéter la personne anxieuse. [...] Etre anxieux engendre le plus souvent des difficultés de fonctionnement qui vont d'une gêne ponctuelle à un handicap sévère. [...] Les anxieux paient cher ces efforts constants par une tension quasi-permanente souvent source d'une dégradation de leur qualité de vie. »

Dans l'enquête, la mesure de l'anxiété se base sur le manque de sommeil, le sentiment de stress et de tension et la capacité à se concentrer (également inclus dans l'Enquête de santé). Chaque indicateur a été rapporté sur une échelle d'intensité et se présente sous la forme d'un score allant de 0 à 9. De 0 à 3, l'état d'anxiété peut être considéré comme faible, c'est-à-dire que les répondants ne présentent pas du tout les symptômes, n'en présentent qu'un seul de manière élevée ou ne considèrent pas ces symptômes comme allant au-delà de la normale. Un score de 4 à 6 témoigne d'un niveau d'anxiété modéré, c'est-à-dire que les répondants présentent soit au moins deux des trois symptômes, soit que tous les symptômes sont présents de manière modérée. Enfin, un score de 7 à 9 constitue un score élevé d'anxiété, c'est-à-dire que les trois symptômes sont présents de manière modérée à élevée.

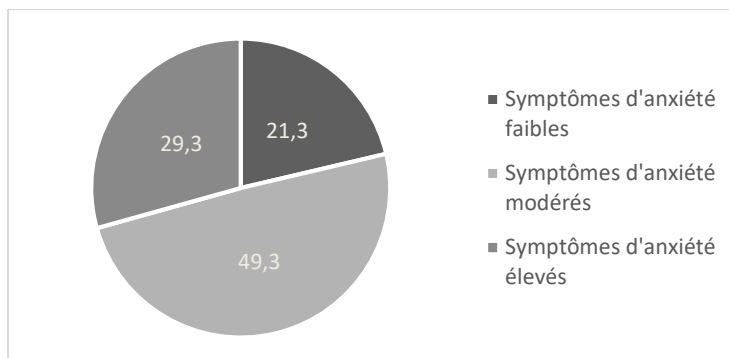
Le score moyen d'anxiété des répondants se situe à 5,18. Le graphique 29 montre que 21,3% des répondants ont un score situé entre 0 et 3, 49,3% un score d'anxiété modéré et 29,3% un score plutôt élevé. Face à ce constat, plusieurs éléments de la situation des répondants peuvent

---

<sup>12</sup> [www.anxiete.fr](http://www.anxiete.fr)

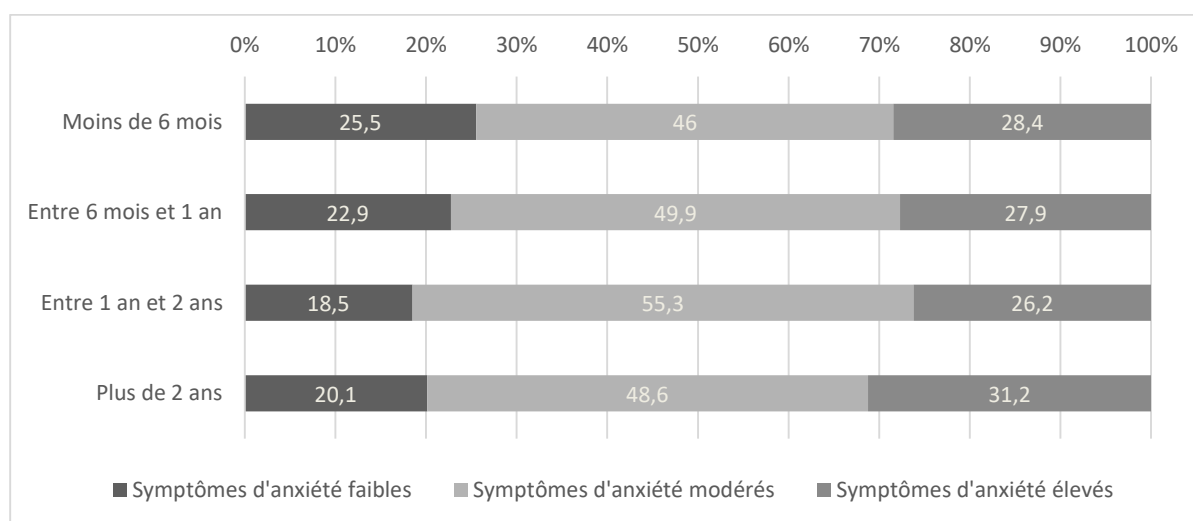
être analysés pour voir si certains favorisent l’anxiété plus que d’autres. Il s’agit notamment de la durée du chômage, de la situation familiale, du sentiment de soutien de l’entourage et du fait de suivre un parcours d’accompagnement<sup>13</sup>.

**Graphique 29 : importance des symptômes d’anxiété, ensemble des répondants, %**



Dans le graphique 30, les proportions de répondants ayant un degré d’anxiété plutôt élevé restent stables peu importe la durée du chômage de ces répondants. La durée ne semble donc pas avoir un effet amplificateur des symptômes d’anxiété, mais ceux-ci traduisent plutôt un état que l’on peut retrouver avec la même intensité chez tous les travailleurs sans emploi.

**Graphique 30 : importance des symptômes d’anxiété selon la durée du chômage, ensemble des répondants, %**

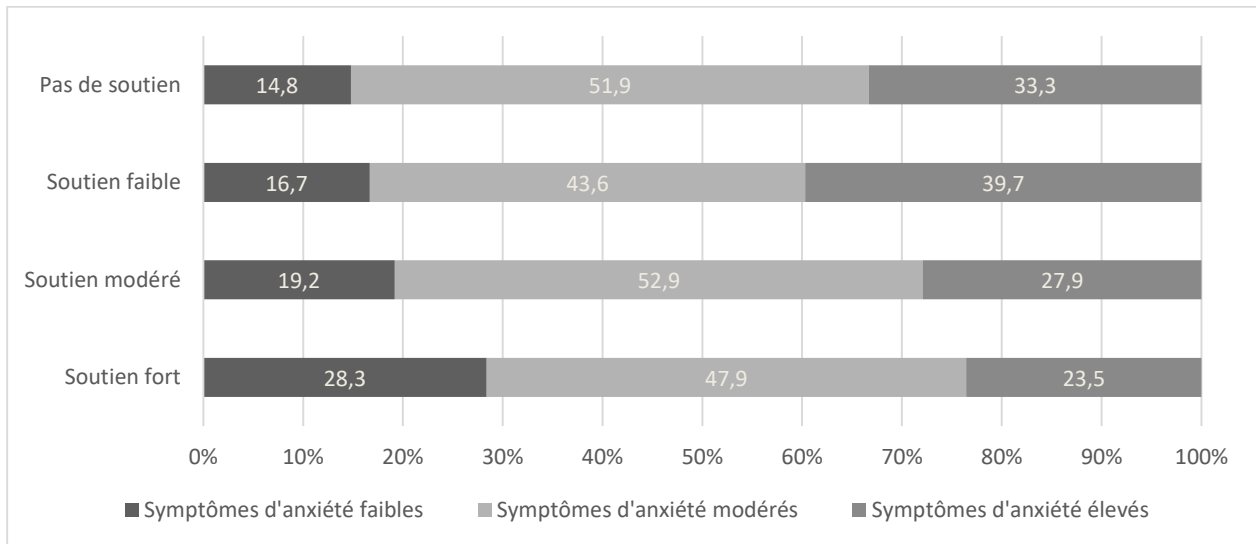


Par contre, le graphique 31 montre que le sentiment d’être fort soutenu par son entourage a un effet plus significatif sur l’importance des symptômes de l’anxiété. En effet, plus le sentiment de soutien est considéré comme important chez les répondants, plus les symptômes de l’anxiété seront faibles : chez les répondants qui estiment ne pas pouvoir compter sur leur entourage, 14,8% déclarent des symptômes d’anxiété à un degré plutôt faible, alors que les répondants estimant pouvoir fortement compter sur leur entourage sont proportionnellement

<sup>13</sup> Le parcours d’accompagnement en lui-même sera détaillé dans la section 8.

plus nombreux (28,3%) à ressentir un faible niveau d'anxiété. L'intérêt ici ne réside pas tant dans la mesure effective du soutien reçu par une personne que dans la perception de ce soutien, car cette perception renvoie à l'effet protecteur et réducteur de stress que procure l'entourage.

**Graphique 31 : importance des symptômes d'anxiété selon le niveau de soutien perçu du l'entourage, ensemble des répondants, %**



#### 6.1.4. La déprime

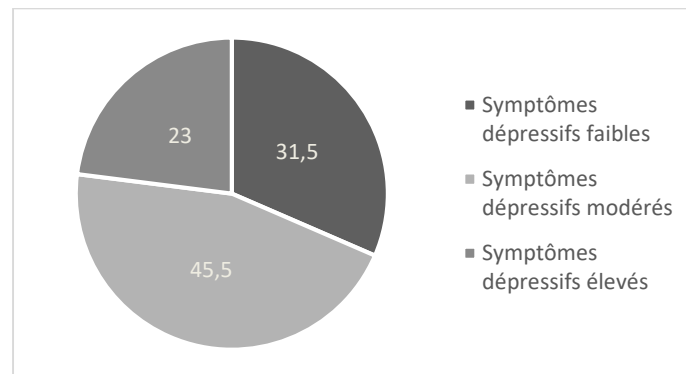
Le second indicateur de l'état de bien-être psychologique retenu est le niveau de déprime ressenti par les répondants. Les impacts néfastes du chômage sur le bien-être mental ont déjà été souligné et l'objectif ici est de pouvoir mettre en avant l'intensité des symptômes de troubles dépressifs chez les travailleurs sans emploi, qui représentent potentiellement un groupe de la population plus touché par ces signes.

Pour ce faire, l'importance des symptômes dépressifs a été mesurée à l'aide d'une échelle allant de 0 à 9. Les indicateurs utilisés sont le sentiment de déprime actuel et de manque d'optimisme par rapport à l'avenir, la présence d'une dépression ou d'un état dépressif et/ou de fatigue chronique et les troubles alimentaires légers tels que le manque d'appétit ou la tendance au grignotage par ennui ou stress. Un total de 0 à 3 signifie une faible présence de symptômes dépressifs, un total entre 4 et 6 la présence de symptômes modérés et de 7 à 9 une présence importante des signes dépressifs.

En moyenne, les répondants atteignent un niveau de 4,68 sur 9 sur l'importance des signes de troubles dépressifs. Le graphique 32 permet de voir qu'en effet, 45,5% des répondants présentent des signes modérés de symptômes dépressifs, 23% d'entre eux présentent un niveau entre 7 et 9 (élevé), c'est-à-dire la présence assez marquée de signes de troubles dépressifs, et enfin 31,5% présentent une importance plutôt faible de signes dépressifs.



**Graphique 32 : importance des symptômes des troubles dépressifs, ensemble des répondants, %**



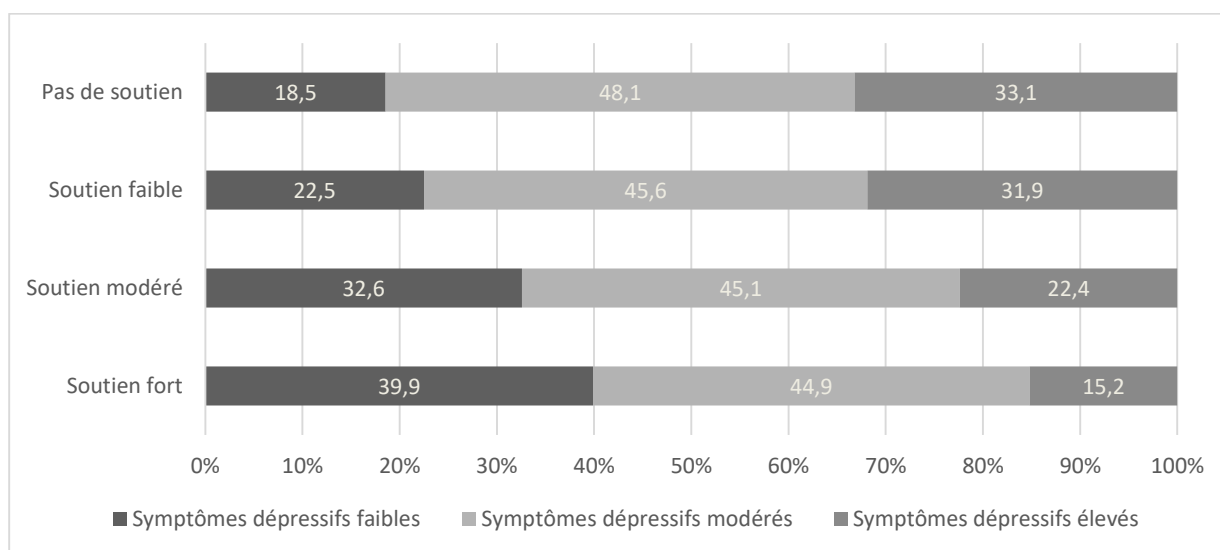
Ainsi, on peut noter que la présence élevée d'indicateurs de troubles dépressifs est moins importante que la prévalence des symptômes plus propres à l'anxiété. De plus, on peut voir une différence plus importante entre les répondants âgés de moins de 25 ans et les autres (voir tableau 30). Pour rappel, la proportion de répondants de moins de 25 ans ayant déclaré souffrir ou avoir souffert d'une dépression ou d'un état dépressif est de 29,5%. L'indicateur présenté ici se base sur l'interaction entre cette proportion et d'autres facteurs.

**Tableau 30 : niveau moyen d'importance des symptômes de troubles dépressifs selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, ensemble des répondants, échelle de 0 à 9**

<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	4,55
	<b>Femme</b>	4,78
<b>Groupes d'âge</b>	<b>Moins de 25 ans</b>	3,87
	<b>Entre 25 et 39 ans</b>	4,5
	<b>Entre 40 et 49 ans</b>	4,9
	<b>50 ans et plus</b>	4,94
<b>Niveaux de formation</b>	<b>Bas</b>	4,51
	<b>Moyen</b>	4,73
	<b>Élevé</b>	4,89

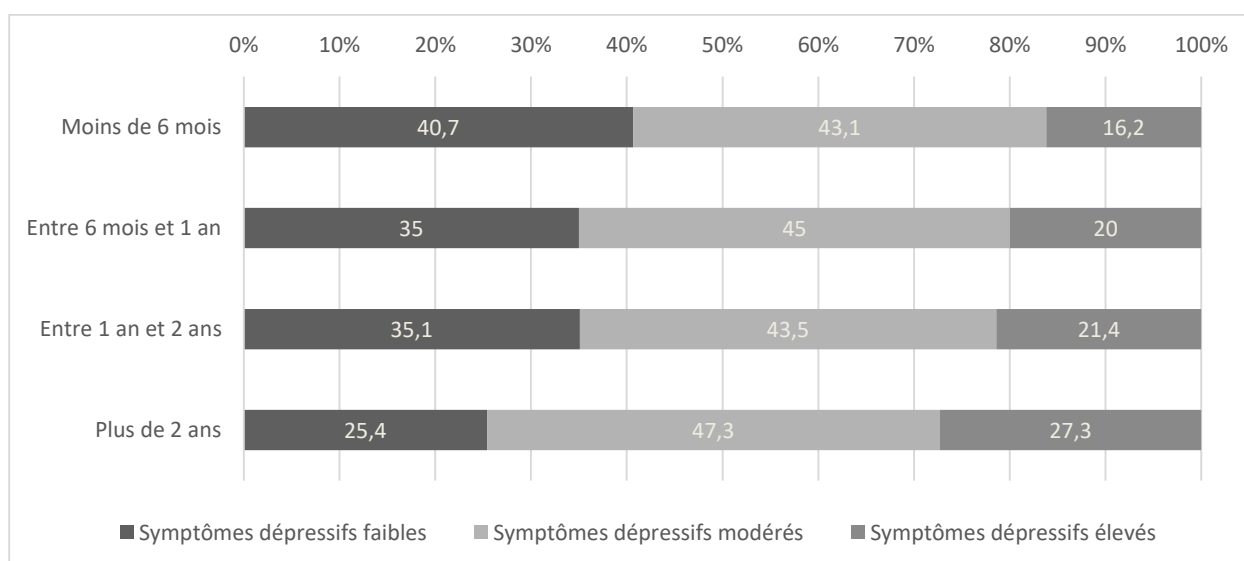
Le sentiment de pouvoir compter sur son entourage joue le même rôle que par rapport aux symptômes d'anxiété, c'est-à-dire que les répondants qui ressentent un fort soutien de leur entourage ont tendance à être moins nombreux à souffrir de symptômes importants que ceux qui ressentent un moindre soutien de leur entourage (graphique 33).

**Graphique 33 : importance des symptômes de troubles dépressifs selon le niveau de soutien perçu de l'entourage, ensemble des répondants, %**



De manière générale, le niveau moyen d'importance des symptômes de troubles dépressifs augmente quand le sentiment de pouvoir compter sur son entourage diminue : il est de 4,16 chez ceux qui perçoivent un fort soutien, 4,65 chez ceux qui perçoivent un soutien modéré, 5,28 avec un soutien faible et 5,32 sans soutien perçu. Ainsi, la prévalence de symptômes dépressifs diffère selon la perception qu'une personne se fait du soutien qu'elle peut recevoir de son entourage. En d'autres termes, on pourrait dire que les personnes qui se sentent isolées par rapport à leur entourage semblent être dans une situation qui favorise le développement de symptômes liés à un état dépressif. Si l'ensemble de ces symptômes ne peut être expliqué par le seul isolement social, on constate néanmoins que la présence et le fait de ressentir du soutien semble posséder un effet protecteur sur l'état de bien-être psychologique.

**Graphique 34 : importance des symptômes de troubles dépressifs selon la durée du chômage, ensemble des répondants, %**



Le graphique 34 montre que la prévalence de symptômes dépressifs importants est plus forte chez les répondants étant sans emploi depuis plus de deux ans que chez les répondants étant

sans emploi depuis moins longtemps. Ainsi, les personnes au chômage de longue durée présentent des symptômes dépressifs plus importants que les autres, avec un score moyen de 5,03 par rapport à un score moyen de 4,21 chez les répondants étant sans emploi depuis moins de 6 mois.

## 6.2. La prise de médicaments

La prise de médicaments psychotropes (somnifères, tranquillisants ou antidépresseurs) concerne 16% de la population âgée de 15 ans et plus en Belgique (13% pour les sédatifs et 8% pour les antidépresseurs). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à en consommer et cette consommation augmente avec l'âge, tout comme elle diminue chez les personnes au niveau de formation plus élevé (Gisle, 2014:860).

Parmi les répondants, 10,8% ont commencé à prendre des somnifères et tranquillisants ou des antidépresseurs depuis qu'ils sont sans emploi. Environ 7% des répondants en consommaient déjà avant d'être sans emploi (tableau 31). De plus, au moment de l'enquête, 10,5% des répondants déclaraient prendre ces deux types de médicaments en même temps.

**Tableau 31 : consommation de médicaments psychotropes, ensemble des répondants, %**

	N'en consomme pas	En consommait déjà avant d'être sans emploi	A commencé à en consommer depuis qu'il/elle est sans emploi	A arrêté d'en consommer depuis qu'il/elle est sans emploi
<i>Somnifères et tranquillisants</i>	79,9	7,1	10,8	2,1
<i>Antidépresseurs</i>	79,4	7,3	10,8	2,5

## 6.3. Conclusion sur les difficultés psychologiques

Cette partie nous a permis d'évaluer l'importance des difficultés psychologiques au sein d'un ensemble de travailleurs sans emploi. L'importance de ces difficultés psychologiques a été mise en avant dans la littérature et les résultats présentés ici abondent en ce sens. La question du lien entre l'isolement social et le mal-être psychologique a ici été abordée selon le sentiment de pouvoir compter sur son entourage proche et renforce l'hypothèse selon laquelle l'expérience du chômage est une expérience majoritairement vécue seul. Les problématiques de l'isolement social progressif provoqué par le chômage, du sentiment de solitude face à une expérience sur laquelle il y a peu de prise et des effets d'une identité essentiellement définie négativement se retrouvent en creux de ces résultats et sont approfondis dans la section suivante.

## 7. LA SANTÉ SOCIALE : L'EFFET PROTECTEUR DE L'ENTOURAGE

La notion de santé sociale renvoie à la qualité du support social d'une personne et à l'influence de ce support social sur la santé. Il s'agit sans doute de la dimension de la santé la moins évidente à appréhender, car les signes d'une mauvaise santé sociale sont complexes et interagissent avec les autres dimensions de la santé. De plus, la santé sociale dépend de l'environnement social et donc de facteurs à la fois liés à l'organisation de la société (sécurité, etc.) et aux relations interpersonnelles.

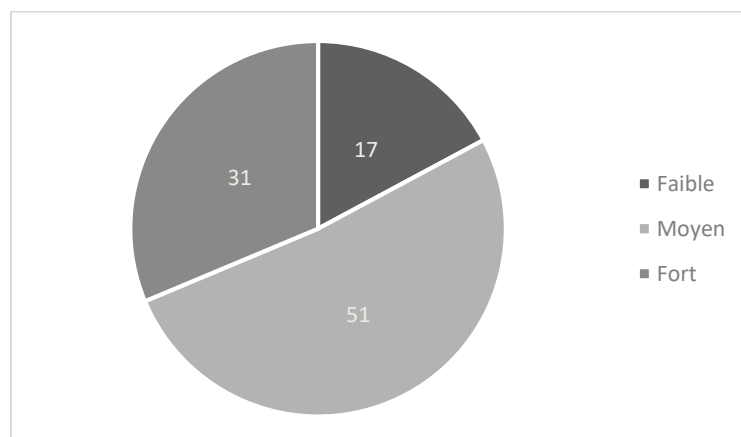
Les impacts du support social sur la santé se comprennent tant de manière directe qu'indirecte. De manière directe, un support social important va avoir un effet protecteur contre les maladies, dû au fait que ce réseau de soutien apporte du lien social et dès lors les sentiments de sécurité et d'appartenance. L'effet protecteur peut donc se jouer tant sur les aspects physiques que mentaux (réduction du stress, sentiment d'appartenance, etc.). De manière indirecte, un réseau social fort va pouvoir agir comme une ressource sur laquelle les personnes vont pouvoir compter pour surmonter certains problèmes de la vie. Ce soutien peut être à la fois matériel (aide financière) mais aussi symbolique (savoir qu'on peut compter sur son entourage) (Demarest, 2015b).

## 7.1. La santé sociale en Belgique

Dans l'Enquête de santé de 2013, la santé sociale est mesurée en fonction de la satisfaction par rapport aux contacts sociaux, la fréquence de ces contacts et le sentiment de soutien face à des problèmes. Il ressort de cette enquête que 9% des Belges âgés de plus de 15 ans sont insatisfaits de leurs contacts sociaux, avec des proportions plus élevées chez les personnes âgées et les personnes avec un niveau de formation moins élevé. Un autre fait marquant est que cette insatisfaction globale augmente par rapport aux enquêtes précédentes. Concernant la fréquence des contacts sociaux, ceux-ci présentent une tendance inverse puisqu'en 1997, 8% des Belges déclaraient avoir des contacts sociaux moins d'une fois par semaine, contre 4% en 2013. C'est autour de la cinquantaine (45-54 ans) que ces chiffres sont les plus élevés (6,7%). Enfin, la perception d'un faible soutien de son entourage concerne 17% de la population et ce résultat est lié au statut socioéconomique : 28% de la population ayant un niveau de formation faible sont concernés, par rapport à 12% dans les groupes les plus instruits.

Toujours dans cette enquête, la qualité du soutien social est calculée sur base du nombre de proches, de la perception de l'intérêt que les autres portent à l'individu et par la facilité d'obtenir de l'aide de son voisinage. Le graphique 35 montre que 17% des Belges de 15 ans et plus bénéficient d'un soutien plutôt faible, 51% d'un soutien moyen et 31% d'un soutien fort.

**Graphique 35 : niveau de soutien social perçu, population belge de 15 ans et plus, 2013, %**



Source : Enquête de santé, 2013.

Le tableau 32 permet d'affiner ces résultats. On peut y voir que les hommes sont autant concernés que les femmes. Aussi, plus l'âge augmente, plus la proportion de personnes estimant recevoir un faible soutien est élevée. Comme cela a déjà été évoqué, le résultat le plus

marquant concerne les différences de proportion selon le niveau de formation : le faible soutien social atteint 28% chez les personnes les moins diplômées, contre 12% chez les plus diplômées. L'âge et le niveau d'instruction semblent donc représenter des facteurs de risque plus prononcés en termes de santé sociale.

**Tableau 32 : pourcentage de la population de 15 ans avec un niveau de soutien social qualifié de faible, 2013, %**

<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	17,5
	<b>Femme</b>	17,3
<b>Groupes d'âge</b>	<b>15 – 24</b>	13,6
	<b>24 – 34</b>	11,8
	<b>35 – 44</b>	17,7
	<b>45 – 54</b>	18,0
	<b>55 – 64</b>	20,2
	<b>65 – 74</b>	20,3
	<b>75 +</b>	20,6
<b>Niveaux d'instruction</b>	<b>Primaire/sans diplôme</b>	27,8
	<b>Secondaire inférieur</b>	24,2
	<b>Secondaire supérieur</b>	18,3
	<b>Enseignement supérieur</b>	12,4

Source : Enquête de santé, 2013.

Dans notre enquête, plusieurs indicateurs nous permettent d'évaluer l'état de santé sociale des répondants et les effets du chômage sur celui-ci. Premièrement, les éléments qui concernent la « vie sociale » au sens large sont considérés à partir du fait d'avoir fait de nouvelles rencontres, de faire du bénévolat et/ou d'avoir des loisirs et, enfin, à travers la fréquence à laquelle les répondants voient leurs amis depuis qu'ils sont sans emploi. La vie sociale est donc ici évaluée sur base de la fréquence des activités sociales et des contacts sociaux. Le second volet se penche sur la question du support social avec d'une part, la question du sentiment de soutien de la part de l'entourage et, d'autre part, la fréquence des discussions autour de la recherche d'emploi et les sentiments du répondant lors de ces discussions.

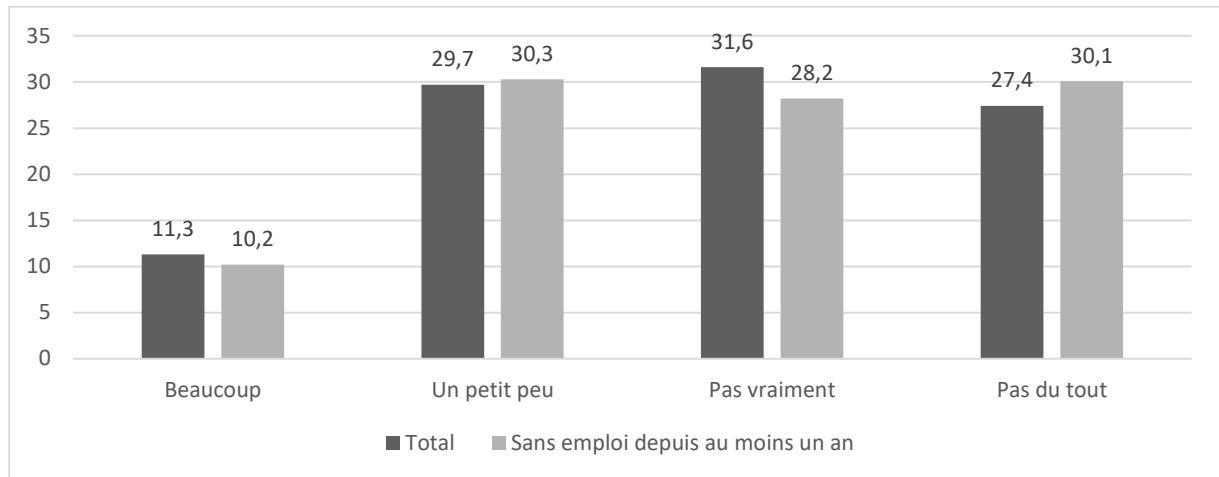
## 7.2. La vie sociale

L'isolement social est un risque important lié au chômage. Plusieurs dimensions peuvent expliquer ce risque. D'un côté, la précarité financière amène souvent à réduire ses activités sociales et de loisirs. D'un autre côté, le chômage étant fréquemment vécu comme une rupture dans la trajectoire personnelle, il peut éloigner des relations liées au travail, mais également brouiller les relations familiales et amicales par les sentiments de honte et de gêne qui accompagnent ce statut.

Plusieurs dimensions ont été retenues dans le questionnaire pour évaluer ce risque d'isolement. Tout d'abord, il était demandé aux répondants s'ils considéraient avoir fait

beaucoup de nouvelles rencontres sur l'année écoulée. Nous regardons ici les résultats sur l'ensemble des répondants et chez les répondants étant sans emploi depuis au moins un an.

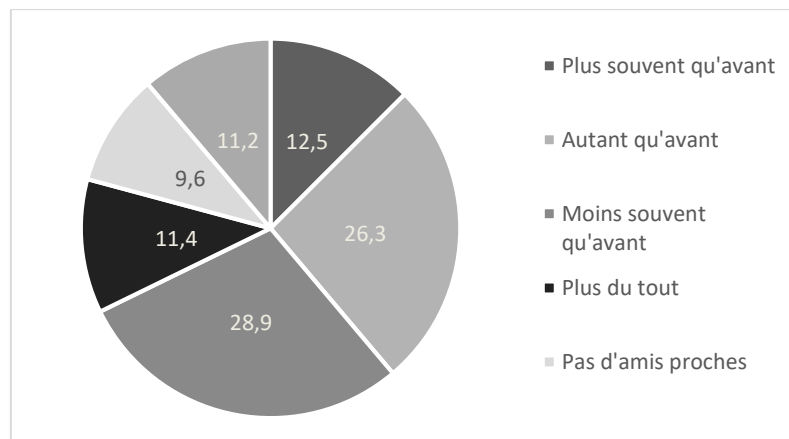
**Graphique 36 : nouvelles rencontres sur l'année écoulée, total des répondants et répondants sans emploi depuis plus d'un an, %**



De manière générale, le graphique 36 montre qu'environ 59% de l'échantillon total considère ne pas vraiment avoir fait de nouvelles rencontres au cours de l'année écoulée et cette proportion est quasi-identique (58,3%) chez les répondants étant sans emploi depuis au moins un an. On ne constate donc pas de différence selon la durée du chômage.

Il n'est pas évident de définir ce qu'est une « nouvelle rencontre », car cela comporte une certaine part d'affect. Si ces chiffres nous donnent une image globale de la façon dont les répondants conçoivent les nouvelles rencontres et la fréquence de celles-ci, ils nous disent peu de choses sur leur isolement. Afin de compléter le tableau, nous pouvons nous pencher sur l'évolution de la fréquence à laquelle les répondants voient leurs amis depuis qu'ils sont sans emploi.

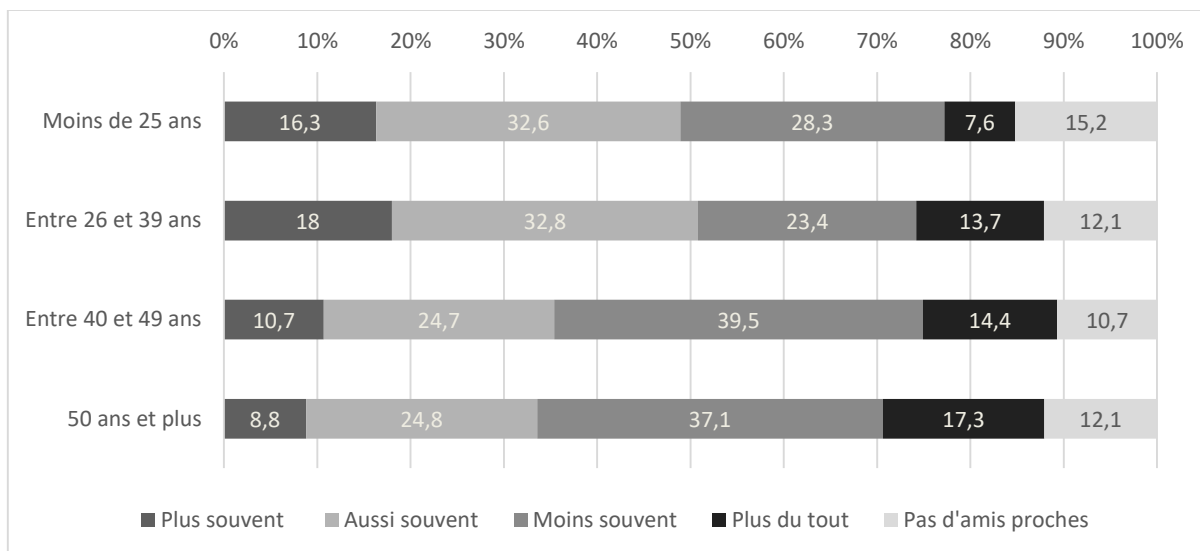
**Graphique 37 : évolution de la fréquence des contacts avec les amis, ensemble des répondants, %**



Il apparaît que 28,9% des répondants voient leurs amis moins souvent qu'auparavant, voire même plus du tout pour 11,4% de l'échantillon. Au total, cela signifie que 40,3% de l'échantillon a vécu une détérioration de ses contacts sociaux, par rapport à 38,8% ayant vu

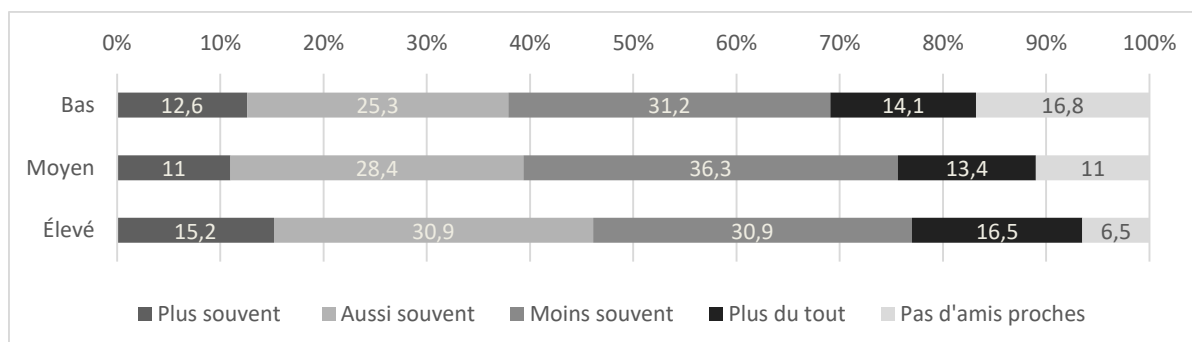
une amélioration (12,5%) ou pas de changements (26,3%). De plus, 9,6% déclarent qu'ils n'avaient pas vraiment d'amis proches (graphique 37).

**Graphique 38 : évolution de la fréquence des contacts avec les amis selon le groupe d'âge, ensemble des répondants, %**



Le graphique 38 montre qu'à partir de 40 ans les répondants sont beaucoup plus nombreux à être dans une situation où leurs relations sociales sont moins bonnes qu'auparavant, c'est-à-dire qu'ils voient moins souvent ou plus du tout leurs amis : 53,9% chez les 40-49 ans et 54,4% chez les plus de 50 ans, par rapport à 35,9% chez les moins de 25 ans et 37,1% chez les 26-39 ans dans le même cas. Ce chiffre plus élevé s'explique notamment par le fait qu'il s'agit des tranches d'âge concernées par des contacts sociaux peu fréquents (moins d'une fois par semaine) en général dans la population belge, ou encore par l'hypothèse qu'à partir d'un certain âge, les relations sociales sont plus liées à l'environnement professionnel. L'importance de ces proportions au sein de ces groupes d'âge met en exergue la problématique de l'isolement social chez les travailleurs plus âgés. Par contre, si le fait de ne plus du tout voir ses amis ou de les voir moins souvent est plus fréquent avec l'avancée en âge, nous notons également les proportions relativement équivalentes entre chaque groupe d'âge de répondants déclarant qu'ils n'avaient pas vraiment d'amis proches.

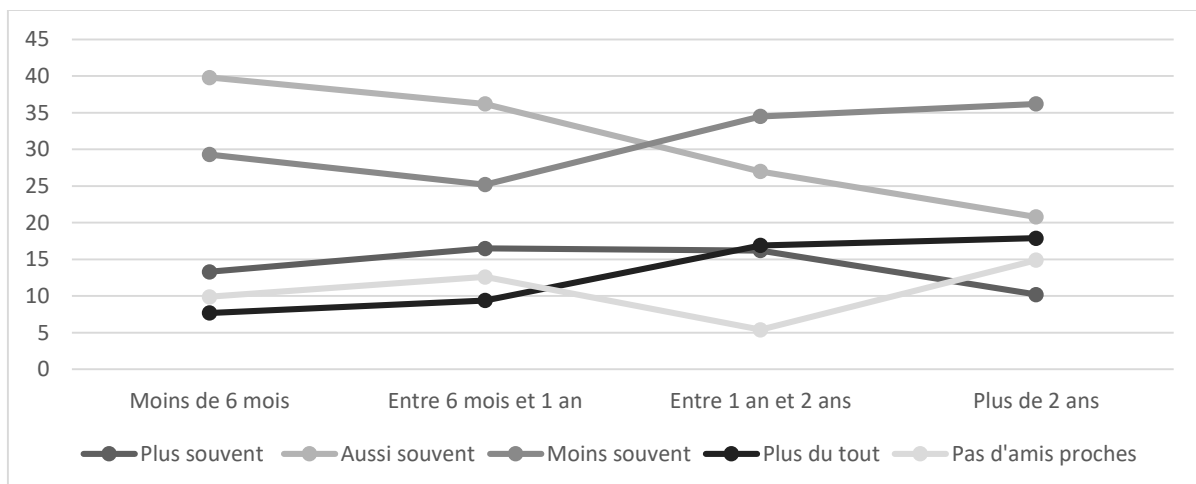
**Graphique 39 : évolution de la fréquence des contacts avec les amis selon le niveau de formation, ensemble des répondants, %**



Le niveau de formation (graphique 39) quant à lui montre également quelques différences entre les répondants ayant un niveau de formation élevé, moins nombreux à faire état d'une baisse de la fréquence des contacts sociaux et du fait de ne pas avoir d'amis proches (signe d'un capital social plus élevé), par rapport aux répondants au niveau de formation bas et moyen. La différence de proportion par rapport à la réponse « je n'avais pas d'amis proches » interpelle : ils sont 16,8% des répondants au niveau de formation bas à déclarer cette situation, contrairement à 6,5% chez les répondants les plus instruits. De la même façon, la stabilité des contacts sociaux est plus élevée chez les répondants ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (30,9%) que chez les répondants ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur (25,3%). Les personnes au niveau de formation moins élevée semblent donc plus à risque de ne pas pouvoir bénéficier des bienfaits du support social et faire face à un isolement plus élevé que les autres.

Enfin, la durée du chômage joue également un rôle dans l'évolution des contacts sociaux. En effet, si la proportion de répondants voyant leurs amis plus souvent reste stable en fonction de la durée de chômage (entre 10,2% et 16,5%), le graphique 40 permet de montrer que la proportion de répondants voyant leurs amis moins souvent qu'avant ou ne les voyant plus du tout augmente de manière constante.

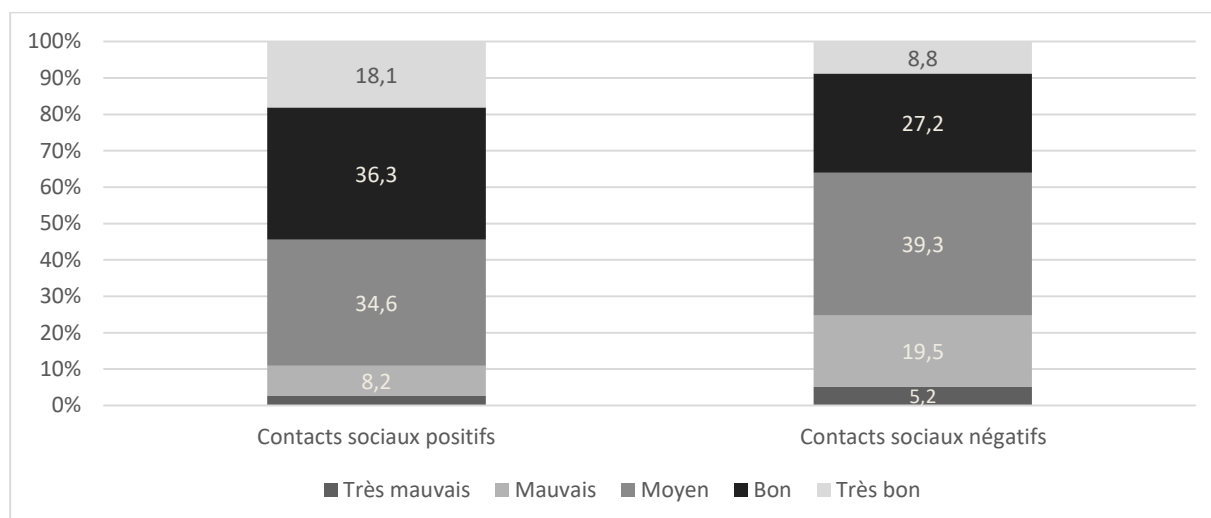
**Graphique 40 : évolution de la fréquence des contacts avec les amis selon la durée du chômage, ensemble des répondants, %**



Il ressort de cette analyse un lien assez marqué entre la nature des contacts sociaux et la prévalence d'un mauvais état de santé (graphique 41) : seuls 10,2% des répondants déclarant avoir des contacts sociaux positifs (voir ses amis plus souvent ou autant qu'avant) se disent en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 24,7% des répondants ayant des contacts sociaux plutôt négatifs (voir moins souvent ou plus du tout ses amis, ne pas avoir d'amis proches). À l'inverse, ceux-ci sont également moins nombreux (36%) à se déclarer en bonne (27,2%) ou très bonne (8,8%) santé que les répondants ayant des contacts sociaux plus fréquents (54,4% des répondants ayant des contacts sociaux positifs sont en bonne ou très bonne santé).

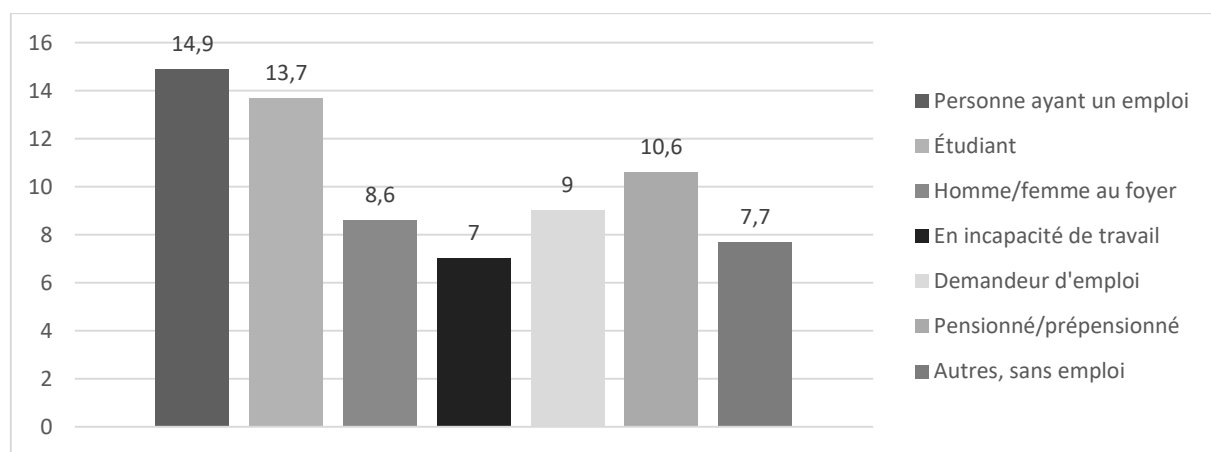


**Graphique 41 : état de santé selon la qualité des contacts sociaux<sup>14</sup>, ensemble des répondants, %**



Enfin, deux derniers éléments de l'enquête concernant la vie sociale sont plutôt liés aux activités. Il s'agit du fait de faire du bénévolat et d'avoir des loisirs réguliers. Ainsi, 13,1% des répondants sont bénévoles dans une association citoyenne. À titre d'information, la part du bénévolat dans le cadre d'organisations (associations, groupes, club, etc.) est évaluée en Belgique à 12,5% de la population âgée de 15 ans et plus (Marée et al., 2015:23).

**Graphique 42 : taux de bénévolat selon la situation socio-économique, population belge de 15 ans et plus, %**



Source : Fondation Roi Baudouin, 2015.

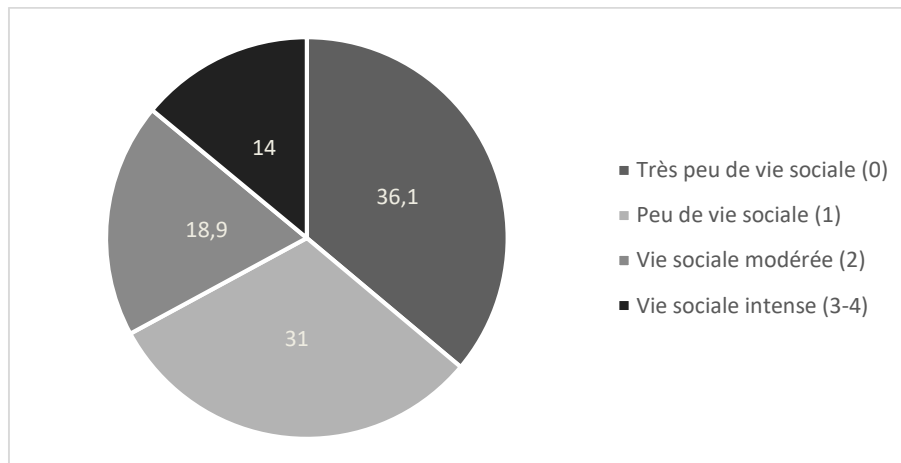
Comme le montre cette étude réalisée par la Fondation Roi Baudouin sur base des chiffres de l'Enquête sur les Forces de Travail (graphique 42), les personnes ayant un emploi (14,9%) sont plus nombreuses à pratiquer une activité de volontariat et la part moyenne des personnes sans

<sup>14</sup> Contacts sociaux positifs : voir ses amis plus souvent ou autant qu'avant ; contacts sociaux négatifs : voir moins souvent, plus du tout ou ne pas avoir d'amis proches.

emploi dans le bénévolat est inférieure à la moyenne nationale. L'étude pointe toutefois le fait que les personnes sans emploi sont soumises à plus de restrictions concernant le volontariat<sup>15</sup>. Enfin, comme cela a déjà été évoqué dans les habitudes de vie, 31,8% de l'échantillon pratique régulièrement (au moins deux fois par mois) un ou plusieurs loisirs.

Afin d'évaluer globalement l'interaction entre ces différents facteurs, nous avons créé un indicateur sur une échelle allant de 0 à 4. L'indicateur est calculé sur base des variables suivantes : le fait d'avoir fait ou non de nouvelles rencontres sur l'année écoulée, le fait d'avoir des contacts avec ses amis au moins aussi fréquents qu'auparavant ou non et le fait de faire du bénévolat et/ou d'avoir au moins deux activités de loisirs par mois. Les nouvelles rencontres et les contacts avec les amis se sont vu attribuer une note entre 0 et 1, tandis que le fait de faire du bénévolat et d'avoir des loisirs avec un score allant de 0 à 2 (0 signifiant que le répondant n'a ni loisirs, ni ne fait de bénévolat, 1 signifie qu'il fait un des deux et 2 qu'il fait du bénévolat et a des loisirs réguliers). Cet indicateur donne une idée plus globale de la vitalité des activités sociales et des possibilités d'avoir des contacts sociaux pour les répondants.

**Graphique 43 : indicateur de vie sociale, ensemble des répondants, %**

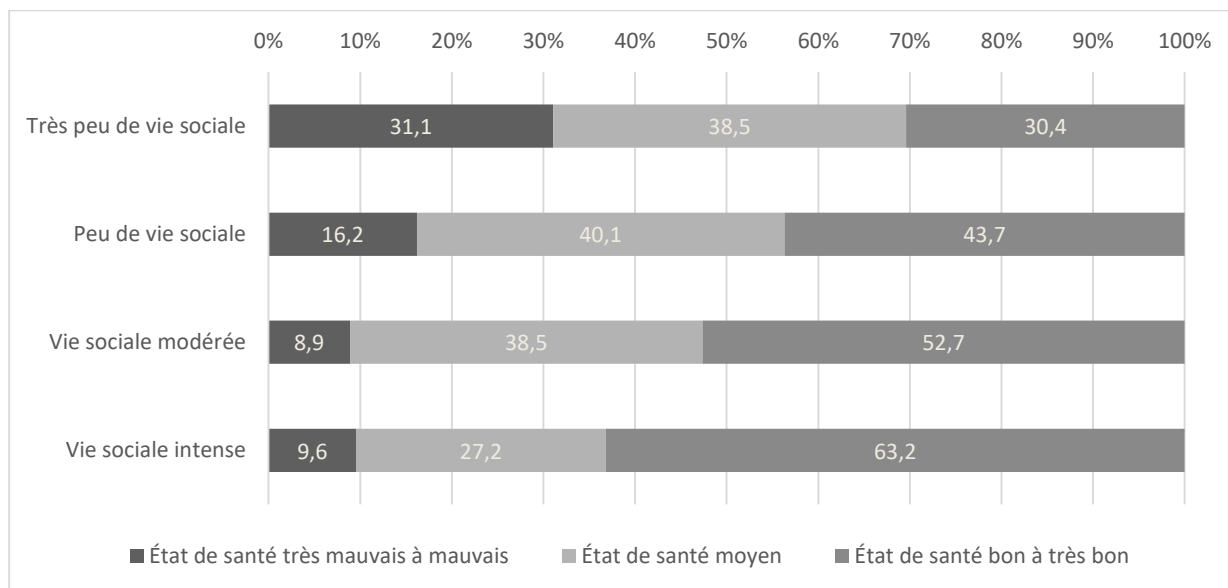


Le résultat montre un score moyen de 1,1 sur 4. 36,1% des répondants ont un score de 0, c'est-à-dire qu'ils ne pratiquent ni loisirs, ni volontariat, n'ont pas fait de nouvelles rencontres récemment et voient leurs amis moins souvent, voire plus du tout, ou n'avaient pas d'amis proches. À l'inverse, ils sont 14% à avoir à la fois des relations sociales plutôt riches et avoir des activités sociales courantes (score de 3 ou 4) (voir graphique 43).

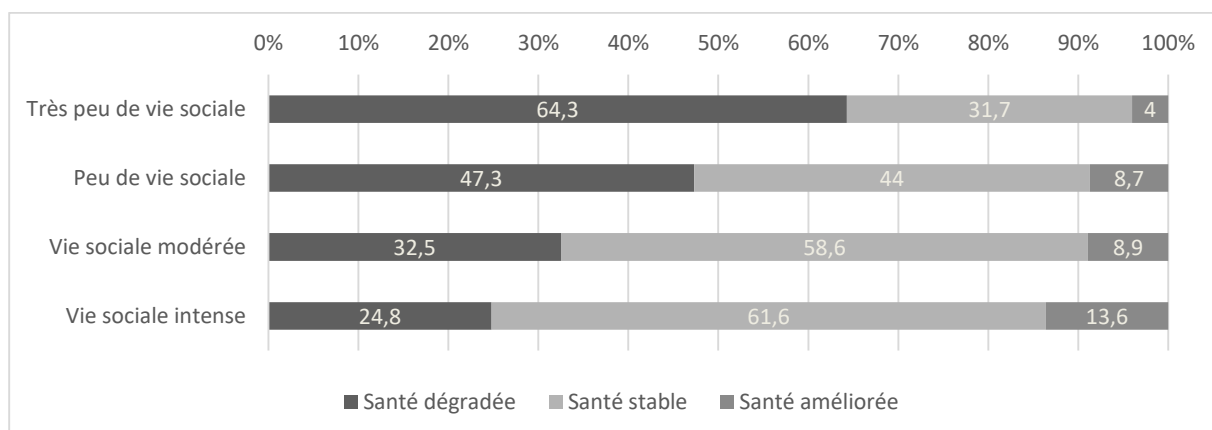
---

<sup>15</sup> « [...] les personnes qui sont en incapacité de travail ou qui perçoivent une allocation d'invalidité doivent demander l'autorisation du médecin-conseil. Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale doivent signaler qu'ils font du volontariat à la personne du CPAS qui gère leur dossier. Quant à ceux qui reçoivent une allocation de chômage, aux demandeurs d'emploi et aux prépensionnés, ils doivent introduire une demande auprès de l'ONEM (les organisations qui emploient des volontaires peuvent également obtenir une autorisation générale de l'ONEM). » (Marée et al., 2015:50).

**Graphique 44 : état de santé subjectif selon la qualité de la vie sociale, ensemble des répondants, %**



**Graphique 45 : évolution de l'état de santé durant la période de chômage selon la qualité de la vie sociale, ensemble des répondants, %**



Les deux graphiques ci-dessus mettent en exergue le lien négatif entre la qualité de la vie sociale, l'état de santé déclaré par les répondants (graphique 44) et l'évolution de leur état de santé depuis qu'ils sont sans emploi (graphique 45). En effet, 31,1% des répondants déclarant un niveau de vie sociale très faible sont en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 9,6% des répondants déclarant une vie sociale plus intense. De la même façon, 64,3% des répondants ayant peu de vie sociale déclarent que leur santé s'est dégradée depuis qu'ils sont au chômage, par rapport à 24,8% chez les répondants ayant une vie sociale intense.

Si ceci ne permet pas d'établir une relation de cause à effet entre le fait d'avoir peu de vie sociale et un état de santé, cela permet par contre de montrer que les répondants qui ont peu de contacts sociaux et qui ne pratiquent ni loisirs, ni activité bénévole ont une moins bonne santé perçue que les autres. Le fait d'avoir un réseau social, tant via son entourage que via des activités extérieures, semble être une situation plus propre aux personnes en bonne santé.

Qu'il s'agisse d'être entouré de proches, de rencontrer de nouvelles personnes ou d'avoir des activités, l'ensemble de ces éléments renvoient à des formes de lien social. En outre, le bénévolat *volontaire* comporte une dimension d'engagement plus forte qui peut aussi favoriser le sentiment d'intégration à la société dans une période où ce sentiment est mis à mal par la perte du statut de travailleur. Enfin, les loisirs constituent un large champ d'activités (sorties, cinéma, activités en plein air, sport, etc.) et bien que ceux-ci ne se pratiquent pas systématiquement en groupe, ils impliquent souvent des contacts informels et la possibilité de partager des expériences (sur des films, des jeux, des lieux, etc.).

### 7.3. Le support social

Une autre composante sociale de la santé concerne le support social et, plus précisément, le sentiment de pouvoir compter sur son entourage. Au-delà de ce sentiment, nous avons voulu voir la place qu'occupe le chômage au sein des discussions avec l'entourage et les implications que cela peut avoir sur l'état d'esprit des répondants.

Avant d'aller plus loin, l'Enquête sur les revenus et conditions de vie (EU-SILC) met en avant la différence de satisfaction sur certains aspects de la vie entre travailleurs et chômeurs : ces derniers sont moins satisfaits de leurs relations personnelles, se sentent plus exclus de la société et ont moins confiance en les autres (voir tableau 33).

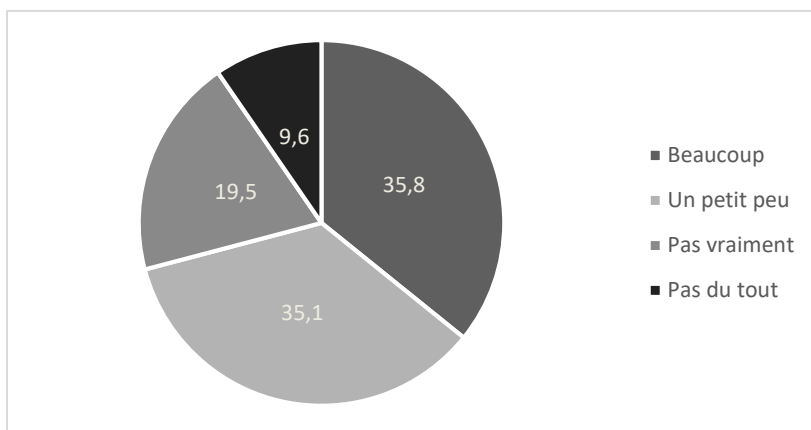
**Tableau 33 : satisfaction moyenne selon le statut d'activité, population de 16 ans et plus, 2018, échelle de 0 à 10**

	<i>Satisfaction par rapport aux relations personnelles avec des amis, des connaissances, des collègues, ...</i>	<i>Sentiment d'exclusion de la société</i>	<i>De manière générale, on peut faire confiance à la plupart des gens</i>
<b>Travailleur</b>	8	2,1	6,3
<b>Chômeur</b>	7,5	3,1	5,4
<b>Pensionné/pré-pensionné</b>	8	2,4	6,3
<b>Autre inactif</b>	7,7	2,9	5,6

Source : Statbel (EU-SILC), 2019.

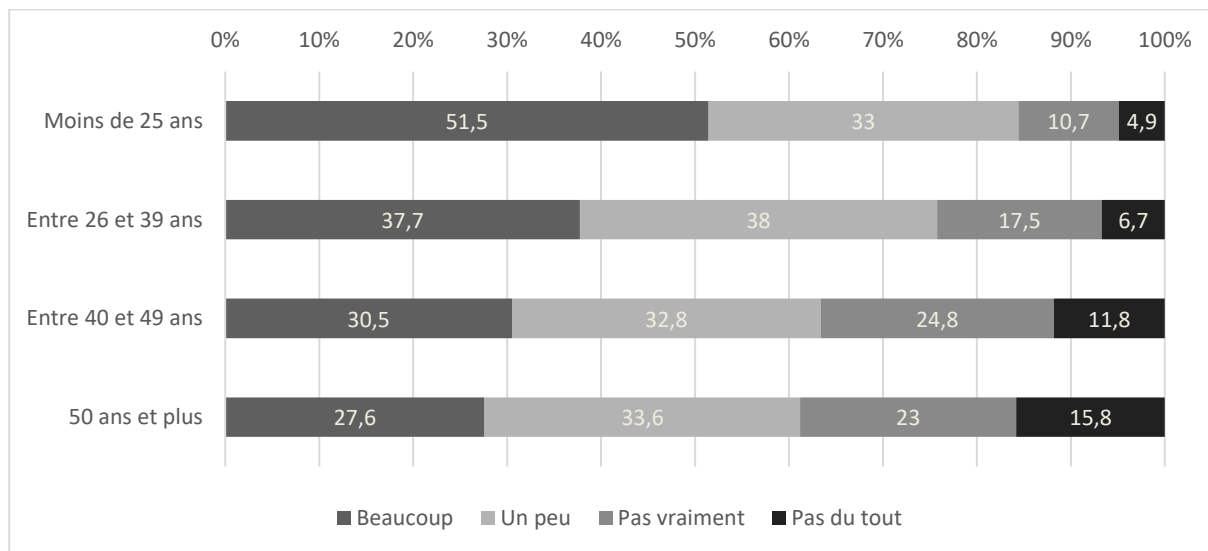
Cette satisfaction moindre vis-à-vis des relations avec autrui questionne plus largement les relations que les personnes sans emploi entretiennent avec leur entourage. Afin d'avoir une vision plus claire de cette notion, l'enquête demandait aux répondants s'ils avaient le sentiment de pouvoir compter sur leur entourage au sens large (amis, famille, voisins, etc.), à partir d'une échelle allant de « beaucoup » à « pas du tout ». Les résultats montrent que 70,9% des répondants sentent qu'ils peuvent compter sur leur entourage (35,1% un peu + 35,8% beaucoup). Par contre, 19,5% n'ont pas vraiment le sentiment de pouvoir compter sur leur entourage et 9,6% pensent ne pas du tout pouvoir compter sur leur entourage (voir graphique 46).

**Graphique 46 : sentiment de pouvoir compter sur son entourage, ensemble des répondants, %**



Il y a donc globalement un sentiment fort partagé de pouvoir compter sur son entourage. L'importance de ce sentiment est plus répandue chez les jeunes (84,5%) mais tend à diminuer progressivement avec l'âge avec seulement 61,2% des répondants de 50 ans et plus qui déclarent pouvoir plutôt compter sur leur entourage. De façon similaire, le sentiment de ne pas du tout pouvoir compter sur son entourage passe de 4,9% chez les moins de 25 ans à 15,8% chez les plus de 50 ans. Ainsi, il apparaît que les travailleurs sans emploi plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à penser ne pas pouvoir compter sur leur entourage, ce qui rejoint les tendances publiées par l'Enquête de santé sur le soutien perçu (graphique 47).

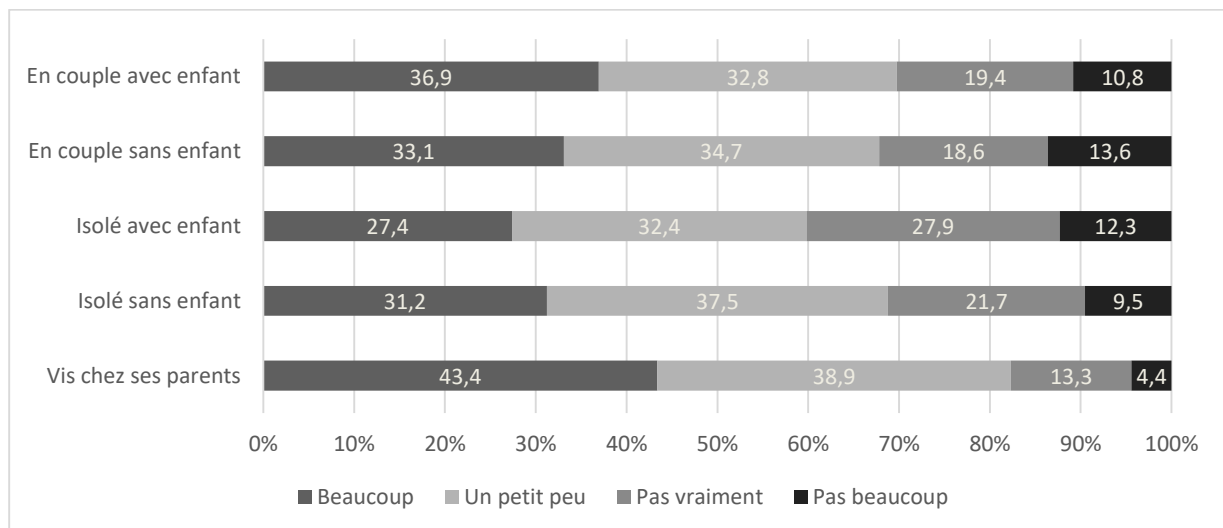
**Graphique 47 : sentiment de pouvoir compter sur son entourage selon le groupe d'âge, ensemble des répondants, %**



« Les attachements sociaux sont bouleversés par l'expérience du chômage. Le soutien familial et affectif joue un rôle majeur dans la 'protection' de l'individu » (Farache, 2016:37). Nous avons vu plus haut l'importance des non-dits au sein de la famille, l'anxiété et le sentiment de honte associés au fait d'être au chômage. En regardant le sentiment de soutien par rapport à la situation familiale (voir graphique 48), on voit que ce sont les répondants isolés avec des enfants qui ont le plus fort sentiment de ne pas pouvoir compter sur les autres (40,2%). Tous les autres groupes présentent des proportions semblables en termes de sentiment de pouvoir

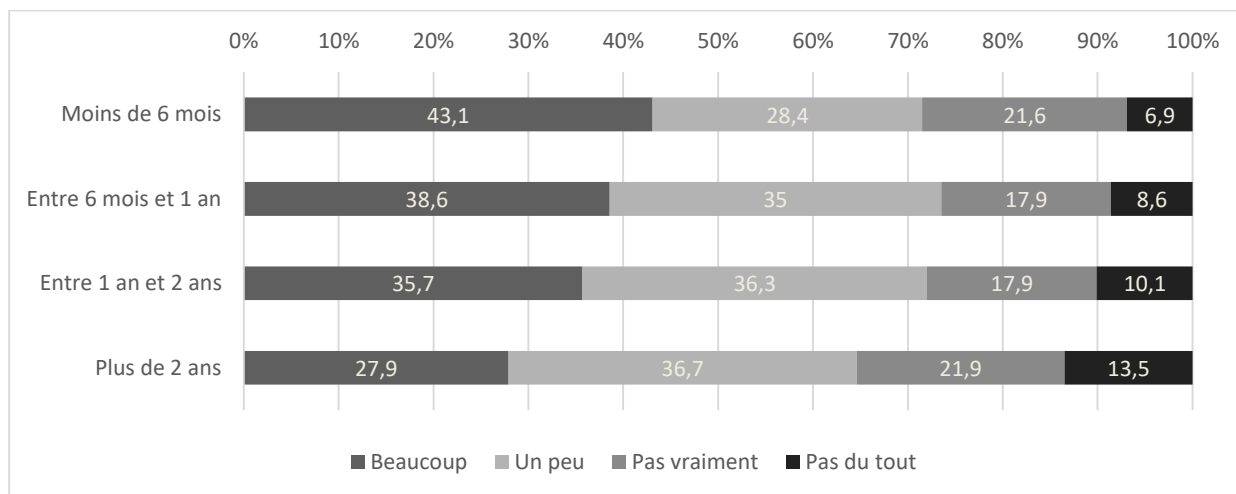
compter sur leur entourage. Enfin, les personnes vivant chez leurs parents – essentiellement des jeunes – se sentent plutôt soutenus (82,3%). On peut émettre l’hypothèse que le sentiment de pouvoir compter sur son entourage dépend de la charge individuelle qui pèse sur la personne : les personnes isolées avec enfants (une majorité de femmes) doivent faire face au chômage et en même temps aux difficultés que subissent déjà une grande part des familles monoparentales. Le phénomène de « double-peine » – les difficultés liées au fait d’être une famille monoparentale et celles liées au chômage, tant sur le plan financier que psychologique – se marquent ici dans le sentiment de pouvoir compter sur les autres. La pression sur la responsabilisation individuelle pourrait être un élément explicatif. Les autres groupes, pouvant plus ou moins se reposer sur une autre personne ou bien n’ayant d’autres responsabilités qu’eux-mêmes, semblent moins concernés par le manque de soutien de l’entourage. Vivre accompagné semble avoir un effet positif sur le sentiment de soutien social, ce qui renforce l’hypothèse que l’isolement social causé ou accentué par le chômage est néfaste pour la santé.

**Graphique 48 : sentiment de pouvoir compter sur son entourage selon la situation familiale, ensemble des répondants, %**



Enfin, le sentiment de ne pas du tout pouvoir compter sur son entourage est plus important chez les personnes étant sans emploi depuis une durée plus longue : les répondants sans emploi depuis plus de 2 ans sont 13,5% à ne pas du tout avoir le sentiment de compter sur leur entourage, contre 6,9% chez les répondants sans emploi depuis moins de 6 mois (graphique 49).

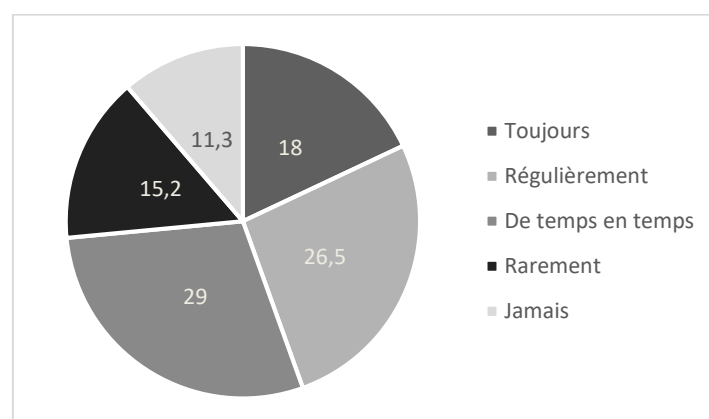
**Graphique 49 : sentiment de pouvoir compter sur son entourage selon la durée du chômage, ensemble des répondants, %**



Ainsi l'âge, la situation familiale et la durée du chômage semblent être des facteurs de risque de dégradation du soutien social. Les mesures ici ne concernent pas le soutien social effectivement reçu mais bien le sentiment de pouvoir compter sur les autres. Cette nuance est importante car elle met l'accent sur la croissance du sentiment d'isolement social d'une part, et d'incompréhension d'autre part, que vivent les travailleurs sans emploi par rapport à leur expérience du chômage.

Pour mieux cerner ce sentiment d'incompréhension par rapport à l'expérience du chômage au sein de l'entourage, il était demandé aux répondants de dire dans un premier temps à quelle fréquence ils discutaient de leur recherche d'emploi avec leur entourage (graphique 50) et, dans un second temps, ce qu'ils ressentaient quand leur entourage leur demandait des nouvelles de leur recherche d'emploi. Le graphique 51 montre que pour 44,5% des répondants, ces discussions sont plutôt fréquentes (toujours à régulièrement), 29% déclarent en parler de temps en temps et 26,5% plutôt rarement voire jamais.

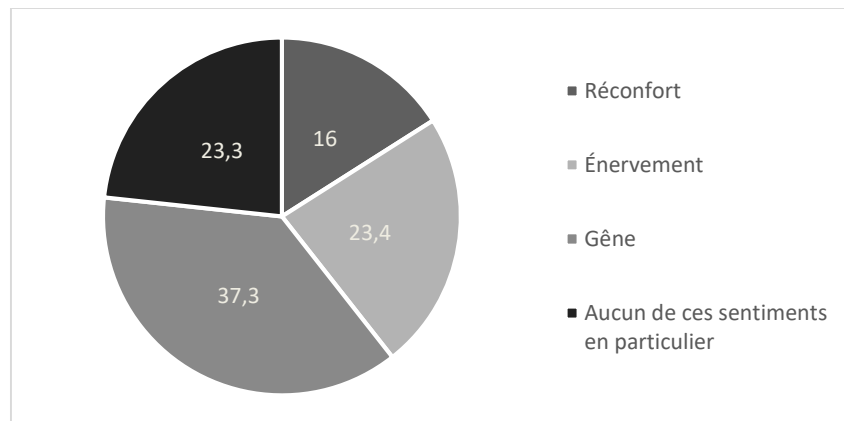
**Graphique 50 : fréquence des discussions liées à la recherche d'emploi avec l'entourage, ensemble des répondants, %**



Ensuite, sur l'ensemble de l'échantillon, 16% seulement se sentent réconfortés par leur entourage lors de ces discussions. Comparativement, 23,4% des répondants se sentent énervés

par ces conversations et 37,3% ressentent de la gêne quand il s'agit de discuter de leur recherche d'emploi avec leur entourage. Les sentiments sont plutôt partagés mais le sentiment de gêne est prépondérant dans les réponses (graphique 51).

**Graphique 51 : sentiments éprouvés lors des discussions autour de la recherche d'emploi avec l'entourage, ensemble des répondants, %**

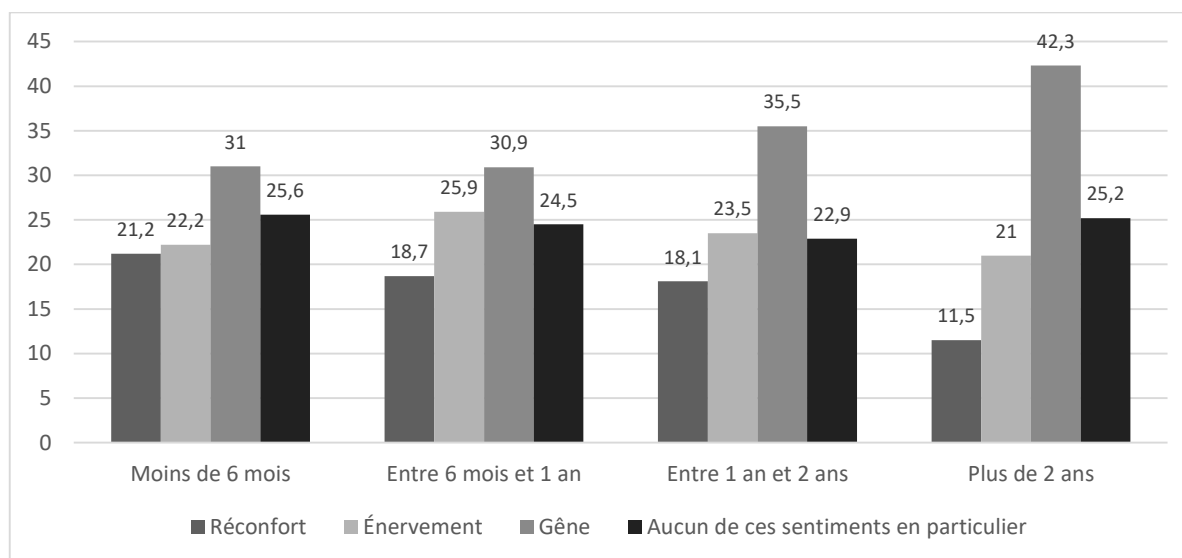


Ainsi, la gêne occupe la place la plus importante parmi ces sentiments. De fait, la recherche d'emploi est souvent omniprésente dans le quotidien des travailleurs sans emploi et ce quotidien est assorti à la fois de l'attribution d'une identité négative et de tout un ensemble de démarches rappelant aux travailleurs sans emploi qu'ils sont responsables individuellement de leur recherche d'emploi et du succès de celle-ci.

Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à ressentir ces sentiments de gêne ou d'énervement (gêne : 38,6% des femmes par rapport à 35,3% des hommes ; énervement : 23,4% des femmes et 20,8% des hommes). Ce sentiment de gêne est également plus présent en fonction de l'âge : 30,1% chez les moins de 25 ans, 37,3% chez les répondants âgés de 26 à 39 ans, 40,1% chez les 40 et 49 ans et, enfin, 37,2% chez les plus de 50 ans. Ceci peut être mis en parallèle avec le plus faible sentiment de pouvoir compter sur son entourage chez les personnes plus âgées. Par rapport au niveau de formation, ce sont les personnes avec les diplômes les plus élevés qui expriment proportionnellement plus souvent le sentiment de gêne avec 43,9%, par rapport à 38,7% des répondants ayant un niveau de formation moyen, et 31,7% des répondants au niveau de formation faible.

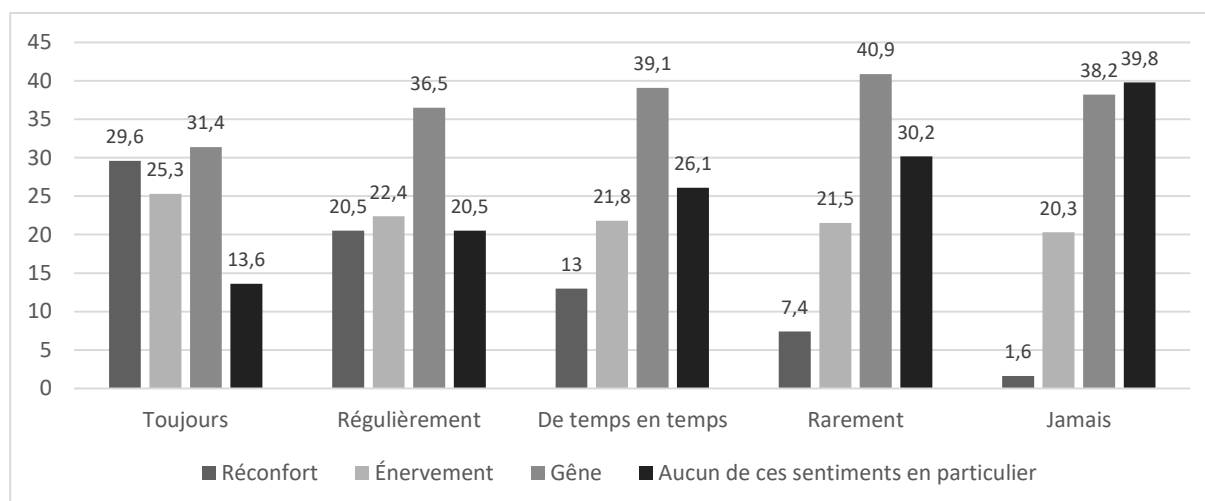


**Graphique 52 : sentiments éprouvés lors des discussions autour de la recherche d'emploi selon la durée actuelle du chômage, ensemble des répondants, %**



En regardant ces sentiments en fonction de la durée de la période sans emploi (graphique 52), on peut voir que le sentiment de réconfort, plus fréquent chez les répondants sans emploi depuis moins de 6 mois (21,2%) tend à décroître progressivement, tandis que le sentiment de gêne, d'abord stable parmi les deux premiers groupes, tend par la suite à augmenter et concerne 42,3% des répondants sans emploi depuis plus de deux ans. En parallèle, le sentiment de réconfort apporté par l'entourage lors de ces échanges diminue progressivement. En d'autres termes, plus le temps passe, plus la gêne prend de l'importance dans la sphère privée, plus les risques de détérioration des relations sociales se renforcent.

**Graphique 53 : sentiments éprouvés selon la fréquence à laquelle la recherche d'emploi est évoquée, ensemble des répondants, %**



Enfin, le graphique 53 montre que le sentiment de gêne reste prédominant peu importe la fréquence à laquelle la recherche d'emploi est évoquée. On remarque cependant que les sentiments sont plus partagés quand les discussions avec l'entourage sont très fréquentes (toujours). Ainsi, le sentiment de gêne reste prévalent dans les discussions et peut être compris

comme la manifestation dans les relations quotidiennes de tout ce que le statut social de chômeur porte en lui de négatif. Néanmoins, les écarts moindres avec le sentiment de réconfort quand les discussions autour de la recherche d'emploi sont fréquentes laissent penser que le fait d'avoir des discussions fréquentes peut ici être envisagé comme une forme de soutien. Cela est d'autant plus marquant qu'à l'inverse, chez les répondants indiquant parler plutôt rarement ou pas du tout de leur recherche d'emploi, le sentiment de gêne est largement dominant et peut-être alors envisagé comme un facteur explicatif de ce manque de communication qui porte atteinte au bien-être.

#### **7.4. Conclusion sur la santé sociale**

Ce chapitre a mis en avant l'importance des relations sociales dans l'expérience du chômage. Ces relations sociales, en plus d'être comprises comme un élément clé de la vie sociale, ont une influence sur la santé globale des personnes ; elles représentent un indicateur du niveau d'intégration et d'isolement d'une personne. Les personnes ayant un support plus fort de leur entourage (que cela soit dans les contacts sociaux, le sentiment de soutien ou la fréquence des discussions avec l'entourage) semblent ressentir des sentiments moins négatifs et se déclarent globalement en meilleure santé. Les personnes ayant une vie sociale de meilleure qualité et un sentiment de soutien de leur entourage plus fortement perçu se déclarent en meilleure santé que les autres. Néanmoins, il faut rappeler que la santé sociale interagit ici avec d'autres facteurs tels que l'anxiété, le mal-être psychologique et va pouvoir jouer un rôle de renforcement de ces difficultés en cas d'isolement social plus prononcé ou d'un vécu plus intense de l'identité négative de chômeur.

## **8. LES RAPPORTS ENTRE PARCOURS D'ACTIVATION ET ÉTAT DE SANTÉ**

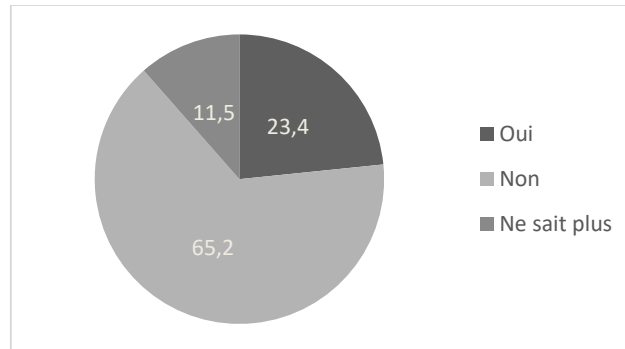
La dernière partie de ce rapport aborde la question de la recherche d'emploi et l'importance de la santé dans ce cadre. Comme cela a été développé en introduction, les demandeurs d'emploi sont soumis à de nombreuses pressions concernant leur statut, et notamment celle de retrouver un emploi au plus vite, sous peine de voir ses allocations réduites, d'être sanctionné en cas de recherche non convaincante, etc. Durant cette période de recherche d'emploi, ils doivent négocier avec l'étiquette négative apposée aux chômeurs. Nous avons déjà vu que cette catégorisation avait des effets néfastes sur la santé. L'objectif de cette section est de mettre en avant, d'une part, la prise en compte de l'état de santé au regard de la recherche d'emploi et, d'autre part, les différents sentiments que cette recherche d'emploi engendre chez les répondants.

De manière générale, 60,7% des répondants à l'enquête suivaient un parcours d'accompagnement pour leur recherche d'emploi au moment de l'enquête. Parmi eux, 44,3% indiquent que leur état de santé actuel les empêche actuellement d'occuper certains emplois.

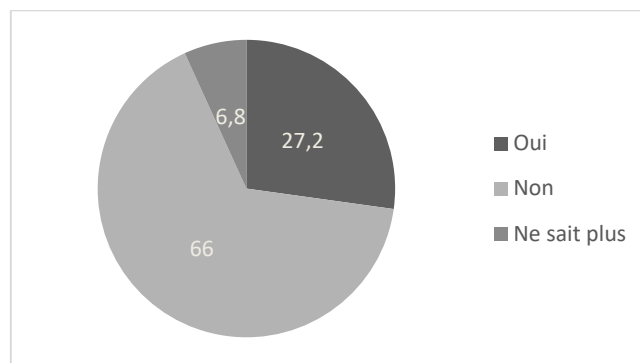
De plus, il était demandé à l'ensemble des répondants s'ils s'étaient déjà vu proposer un emploi qui ne correspondait pas à leur état de santé d'une part et s'ils avaient déjà postulé spontanément à un emploi qui ne correspondait pas à leur état de santé, d'autre part. Parmi les répondants, 23,4% se sont vus proposer un emploi ne correspondant pas à leur état de

santé, et 27,2% ont déjà postulé spontanément à un emploi qui ne correspondait pas à ce que leur état de santé leur permettait (graphiques 54 et 55).

**Graphique 54 : pourcentage de répondants s'étant déjà vu proposer un emploi non-adéquat à leur état de santé, ensemble des répondants, %**



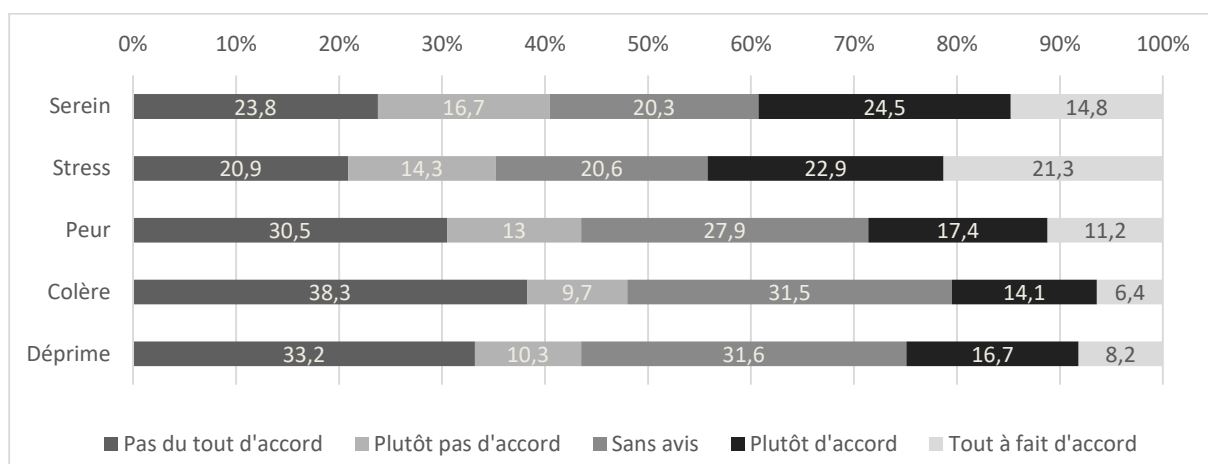
**Graphique 55 : pourcentage de répondants ayant déjà postulé spontanément à un emploi non-adéquat à leur état de santé, ensemble des répondants, %**



Ces chiffres montrent donc que pour environ 1 répondant sur 4 dans chaque cas, l'état de santé a été minimisé au moment de postuler pour un emploi. Une étude réalisée en France (Frigul, 2010) montre les effets paradoxaux de la recherche d'emploi sur la santé : si d'un côté le retour à l'emploi, via des contrats aidés, est une nécessité au regard de l'intégration sociale des personnes du point de vue des organismes d'emploi, la recherche révèle que les emplois proposés à ces personnes n'améliorent pas leur état de santé car ils sont souvent éprouvants, à durée déterminée et au final similaires aux emplois antérieurs qui avaient déjà détérioré la santé, ce qui en fait des emplois aux effets pervers puisque souvent ils exposent à des risques pour la santé qui ne font qu'accroître le mauvais état de santé des personnes concernées.

Enfin, notre enquête se penche sur les rendez-vous qui concernent le parcours d'accompagnement. Il était demandé aux répondants concernés par un parcours d'accompagnement de décrire leurs sentiments au moment des rendez-vous. Le graphique 56 montre que le stress occupe la place la plus importante parmi ces sentiments (44,2% des répondants plutôt ou tout à fait d'accord). 39,3% se disent plutôt ou tout à fait sereins. Les sentiments de peur (28,6%), de déprime (24,9%) et enfin de colère (20,5%) viennent par la suite.

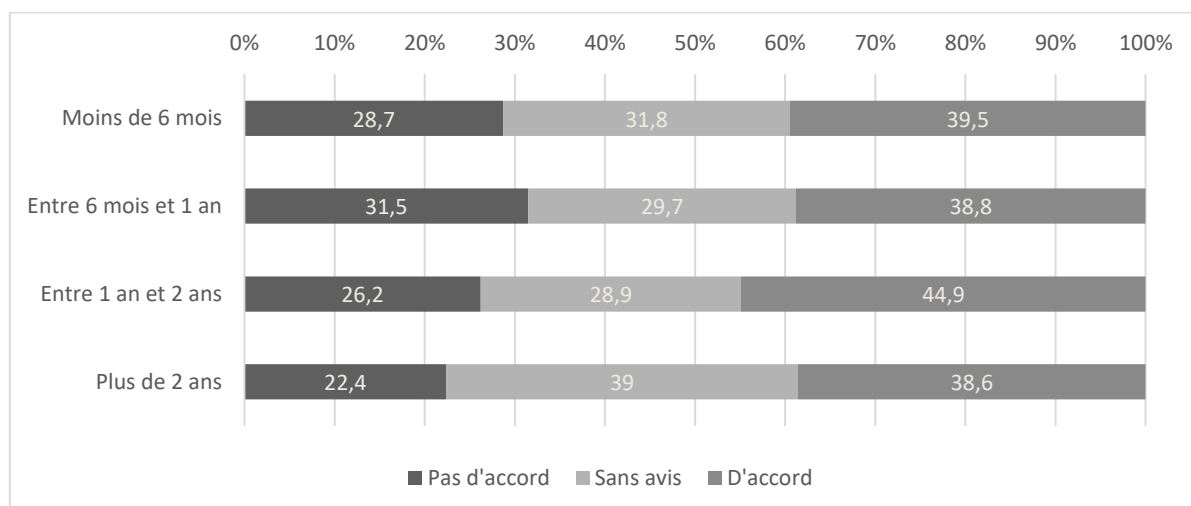
**Graphique 56 : sentiments éprouvés lors d'un rendez-vous du parcours d'accompagnement, répondants suivants un parcours d'accompagnement, %**



Les effets du stress sur la santé sont importants, car celui-ci peut générer une anxiété durable et des maux physiques tels que des problèmes d'estomac, de tension musculaire, des migraines, etc. Aussi, il était demandé aux répondants, sur une échelle allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » s'ils se sentaient optimistes en sortant de ces rendez-vous. Les résultats montrent que 26% ne se sentent pas vraiment ou pas du tout optimistes quand ils sortent de ces rendez-vous, 40,1% se sentent plutôt ou fort optimiste en sortant de ces rendez-vous et enfin 34% n'émettent pas d'avis.

La durée du chômage ne semble pas avoir d'effet de renforcement de ces sentiments négatifs, comme le montre le graphique 57, puisque les proportions de répondants ne se sentant pas optimistes après un rendez-vous reste stables dans chaque groupe.

**Graphique 57 : sentiment d'optimiste lors d'un rendez-vous du parcours d'accompagnement, répondants suivants un parcours d'accompagnement, %**



Enfin, la prise d'un médicament contre le stress avant ou après l'un de ces rendez-vous concerne une petite portion de l'échantillon. En effet, 73,4% indiquent ne jamais avoir recours à des médicaments lors de ces rendez-vous, 9% en font un usage systématique ou régulier et 17,6% de manière plutôt occasionnelle.

## 9. CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette enquête a permis de faire émerger tout un ensemble d'informations concernant l'état de santé et l'évolution de la santé des travailleurs sans emploi. Dans cette conclusion, nous revenons sur plusieurs points d'attention relevés au cours de ce rapport.

### **L'état de santé se dégrade durant les périodes de chômage**

Tout d'abord, l'état de santé perçu des travailleurs sans emploi est plutôt mauvais pour 15,8% d'entre eux, ce qui est plus élevé que pour les actifs occupés (2,4% selon EU-SILC). Cette mauvaise santé perçue concerne des proportions équivalentes d'hommes et de femmes. Par contre, ce sont les TSE les plus âgés qui sont les plus nombreux à indiquer être en mauvaise santé (24,7% des plus de 50 ans, par rapport à 5,7% chez les moins de 25 ans). Évidemment, l'âge a un effet sur l'état de santé en général qu'il faut prendre en compte, notamment avec la question de la durée du chômage : plus le chômage sera long (22,5% des TSE de longue durée sont plutôt en mauvaise santé) et les travailleurs âgés, plus il y a de risques d'être en mauvaise santé, ce qui pourra avoir des conséquences importantes sur le parcours professionnel.

Il s'agit là uniquement d'un constat autour de l'état de santé subjectif. Le point central par rapport à cet état de santé est l'importance du pourcentage de TSE concernés par une dégradation de leur état de santé depuis qu'ils sont sans emploi : 42,6% indiquent que leur santé s'est plutôt ou fortement détériorée depuis qu'ils sont sans emploi, tandis que la santé est demeurée stable pour 50,1% des TSE sondés. La santé a donc tendance à rester stable ou à se dégrader en situation de chômage et les hommes et les femmes sont autant touchés par cette problématique. Les travailleurs sans emploi de plus de 40 ans sont plus nombreux à voir leur santé se détériorer que les plus jeunes, et celle-ci se détériorera d'autant plus que le temps passé sans emploi sera long. Les travailleurs sans emploi âgés de plus de 40 ans qui ont eu par ailleurs des périodes de chômage plus longues sur l'ensemble de leur trajectoire professionnelle sont également plus nombreux à voir leur santé se détériorer.

Le niveau de formation n'apparaît pas comme une protection face aux risques du chômage sur la santé puisque tous les travailleurs sans emploi, peu importe leur niveau de formation, sont touchés dans des proportions similaires par les détériorations de la santé.

### **L'ampleur des problèmes psychologiques et de l'isolement social**

Un autre enseignement de cette enquête concerne l'ampleur des problèmes psychologiques rencontrés par les TSE, que ceux-ci soient plutôt liés à un état dépressif, un état d'anxiété important (qui se manifeste entre autres par des difficultés à trouver le sommeil ou un sentiment de stress ou de tension constant) ou un isolement social.

Parmi les TSE interrogés, 37,4% indiquent avoir souffert ou souffrir encore au moment de l'enquête d'une dépression ou d'un état dépressif. Ce chiffre est beaucoup plus important que le pourcentage de dépression au sein de la population belge âgée de 15 ans et plus. Les femmes sont un peu plus nombreuses (39,5%) que les hommes (35,5%) à être concernées. Cette prévalence des états dépressifs et des dépressions chez les TSE se marque dans tous les groupes d'âge, bien que les plus jeunes soient un peu moins nombreux à signaler ce problème (29,5% de cas). Les TSE ayant un niveau de formation élevé sont proportionnellement plus

touchés que les autres, de même que les TSE vivant isolés (avec et sans enfants) par rapport à ceux qui vivent en couple. La durée du chômage est ici aussi un facteur aggravant, puisque les TSE de longue durée sont presque 1 sur 2 (44,6%) à déclarer avoir déjà souffert ou souffrir de dépression ou d'un état dépressif. En croisant le sexe et la composition du ménage, on s'aperçoit que les femmes, qu'elles soient chef de ménage monoparental ou en couple (avec et sans enfants), sont proportionnellement plus touchées que les hommes par les problèmes de dépression.

Les symptômes de l'anxiété (troubles du sommeil, sentiment de stress ou de tension constant et incapacité à se concentrer) sont également fort présents dans l'échantillon. L'anxiété est une forme de peur plus ou moins consciente des problèmes à venir. À ce titre, nous avons pu observer que les TSE qui se sentent soutenus par leur entourage (70,9% de l'échantillon) sont proportionnellement moins nombreux à manifester des symptômes d'anxiété que ceux qui ne se sentent pas soutenus par leur entourage. Ce résultat dessine les contours du lien qui existe entre santé mentale et santé sociale ; la force du lien social et du support social joue un rôle déterminant sur la santé.

L'isolement social induit par le chômage – et donc ses effets sur la santé sociale – était un autre point d'attention de cette enquête. Les résultats montrent que 40,3% des TSE ont vécu une détérioration de leurs relations amicales depuis qu'ils sont sans emploi (ils ne voient plus du tout ou moins souvent leurs amis), et 9,6% des TSE indiquent qu'ils n'avaient pas vraiment d'amis proches (dimension qui est plus importante chez les TSE ayant un faible niveau de formation). Ici aussi, les TSE plus âgés et au chômage depuis plus longtemps sont plus exposés à ces problèmes.

D'une part, l'enquête montre que les TSE ayant des contacts sociaux positifs (maintien ou amélioration des relations amicales) sont plus nombreux à se déclarer en bonne ou très bonne santé que ceux dont les contacts amicaux se sont distendus. D'autre part, malgré le sentiment de pouvoir compter sur son entourage plutôt largement partagé dans l'échantillon, les sentiments éprouvés lors des discussions concernant la recherche d'emploi montrent une prévalence du sentiment de gêne (37,3% des TSE) lors de ces discussions, sentiment qui augmente avec le temps.

Ce sentiment de gêne renvoie au statut social négatif endossé par les chômeurs et à l'importance de la manière dont le chômage et le jugement autour de la recherche d'emploi sont considérés au sein de notre société où la valeur travail reste prédominante. Cette conception du chômage se marque également dans les sentiments éprouvés lors des rendez-vous concernant le parcours d'accompagnement à la recherche d'emploi, où 44,2% des TSE concernés s'estiment plutôt stressés par ces rendez-vous.

## **La précarité financière en toile de fond**

L'enquête montre enfin, pour une large majorité des TSE interrogés, des difficultés à boucler le mois sur base du budget mensuel (84,7% des TSE), ainsi que des difficultés à assumer les dépenses liées aux soins de santé (63,3% des TSE). Ces difficultés financières impactent plusieurs aspects liés à la santé.

Tout d'abord, celles-ci agissent sur le report ou le renoncement à des soins de santé personnels, principalement chez un généraliste (31,3%), chez un spécialiste (40,3%), pour des soins

dentaires (40,9%), des frais de lunettes (34,4%) ou encore l'achat de médicaments (36,7%). Les soins dentaires et les lunettes sont les deux types de soins pour lesquels les TSE indiquent les plus hauts pourcentages de renoncement ou report systématique.

Ensuite, les TSE sont nombreux à mettre en avant les impacts négatifs du chômage sur leurs habitudes alimentaires (49,3%), la pratique d'activités physiques (41,5%), les loisirs (48,7%) et le rythme de vie (39,9%). Concernant les activités physiques et les loisirs, les questions financières sont une cause importante de renoncement à ces activités : 27,4% des TSE évoquent cette cause pour expliquer leur renoncement à des activités physiques et 40,6% pour les loisirs.

### **Le chômage : un risque partagé pour la santé**

En conclusion, cette enquête montre à quel point la question de la santé est complexe, par les nombreuses dimensions qu'elle intègre dans sa définition. Face aux réponses des TSE, l'expérience du chômage apparaît comme une période à risque pour la santé. Ce risque touche à tous les aspects de la santé : l'enquête révèle certains problèmes physiques plus marqués (douleurs musculaires, migraines, fatigue chronique, etc.), une santé mentale plutôt mauvaise avec la présence de nombreux signes de mal-être (troubles du sommeil, stress, anxiété, manque d'optimisme, etc.), et enfin des relations sociales perturbées, qu'il s'agisse de la baisse des contacts amicaux, d'une vie sociale peu intense ou de l'installation d'un fort sentiment de gêne dans les relations avec l'entourage.

Enfin, l'enquête pointe que, si l'effet d'inégalités sociales se marque au niveau de la santé perçue des TSE, les effets du chômage en eux-mêmes semblent constituer un risque largement partagé par l'ensemble des TSE dès le début de la période de chômage. Ces impacts se marqueront d'autant plus que la durée du chômage sera longue et, dans de nombreux cas, que les travailleurs sans emploi seront âgés, faisant de ces TSE le groupe dont la santé est la plus fragilisée.

## 10. BIBLIOGRAPHIE

- Bourguignon, D., et G. Herman. 2007. « Au coeur des groupes de bas statut : La stigmatisation. » In *Travail, chômage et stigmatisation : Une analyse psychosociale.*, édité par G. Herman. Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Demarest, S. 2015a. « Accessibilité financière aux soins de santé ». Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles: WIV-ISP.
- — —. 2015b. « Santé sociale ». Enquête de santé 2013. Rapport 4 : Environnement physique et social. Bruxelles: WIV-ISP.
- « European Health Interview Survey (EHIS wave 3) Methodological manual ». 2018. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Farache, J. 2016. « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage: mieux prévenir et accompagner: mandature 2015-2020 - séance du 10 mai 2016 ». 2016-02. Les avis du CESE. Paris: Conseil économique, social et environnemental.
- Frigul, N. 2010. « Les effets dissimulés du travail sur la santé de populations au chômage : le cas des contrats aidés dans le dispositif du RMI ». *Politix* 3 (91): 133-56.
- Gisle, L. 2014. « Santé mentale ». Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Bruxelles: WIV-ISP.
- Grignon, M., A. Couffinhal, P. Dourgnon, F. Jusot, et F. Naudin. 2004. « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé ». Rapport de recherche. IRDES - Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Herman, G., et G. Liénard. 2009. « Travail, chômage, stigmatisation ». *La Revue Nouvelle*, janvier, 42-49.
- Jenkins, R., 1994. « Rethinking Ethnicity: Identity, Categorization and Power ». *Ethnic and Racial Studies* 17 (2): 197-223.
- — —. 2000. « Categorization: Identity, Social Process and Epistemology ». *Current Sociology* 48 (3): 7-25.
- Laasman, J.-M., L. Maron, et J. Vrancken. 2019. « Les inégalités sociales dans le domaine de la santé ». Bruxelles: Direction études de Solidaris mutuelle.
- Loriaux, F., éd. 2015. *Le chômeur suspect, histoire d'une stigmatisation*. Bruxelles: CARHOP-CRISP.
- Marée, M., L. Hustinx, V. Xhaufclair, L. De Keyser, et L. Verhaeghe. 2015. « Le volontariat en Belgique. Chiffres-clés ». Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Meneton, P., M. Plessz, É. Courtin, C. Ribet, M. Goldberg, et M. Zins. 2017. « Le chômage : un problème de santé publique majeur ». *La Revue de l'Ires* 1 (91-92): 141-54.
- Moisy, M. 2014. « Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA ». 882. Etudes & Résultats. Drees.
- Organisation Mondiale de la Santé, éd. 2015. *Documents Fondamentaux*. 48e éd. World Health Organization.
- Pannecoucke, I., éd. 2014. *Pauvreté en Belgique: Annuaire 2014*. Gent: Academia Press.
- Paugam, S., éd. 2015. *Les 100 mots de la sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Raynaud, I.. 2007. « La problématique de l'identité appliquée à la catégorie des chômeurs ». *Revue d'histoire des chemins de fer*, n° 36-37 (décembre): 206-19..
- Roupnel-Fuentes, M.. 2014. « Souffrances au chômage: Histoire et devenir des femmes et des hommes licencié-e-s de Moulinex ». *Travail, genre et sociétés* 2 (32): 99-117.
- SNC. 2018. « Rapport sur l'emploi et le chômage et ses impacts. La santé des chercheurs d'emploi, enjeu de santé publique ». Paris: Solidarités Nouvelles face au chômage.



- Tafforeau, J., S. Drieskens, R. Charafeddine, et J. Van der Heyden. 2019. « Enquête de santé 2018 : Santé subjective. » D/2019/14.440/26. Bruxelles, Belgique: Sciensano. [www.enquetedesante.be](http://www.enquetedesante.be).
- Tarty-Briand, I. 2004. « Du travail au chômage : la place des enjeux de santé dans l'exclusion de l'emploi chez des chômeurs 'âgés' ». *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 6-1 (mai).
- Valenduc, G. 2017. « Baromètre 2016 de la qualité de l'emploi et du travail ». D/2017/070/08. Bruxelles: CSC - Confédération des syndicats chrétiens.
- Van der Heyden, J., et R. Charafeddine. 2014. « Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats ». D/2014/2505/53. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique.
- — —. 2019. « Enquête de santé 2018 : maladies et affections chroniques ». D/2019/14.440/27. Bruxelles, Belgique: Sciensano.
- Van Oyen, H., P. Deboosere, V. Lorant, et R. Charafeddine, éd. 2010. *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Société et avenir. Gent: Academia Press.
- Vendramin, P. 2014. « Un chemin vers l'emploi. Enquête auprès des travailleurs sans emploi ». Rapport pour la CSC réalisé par la Fondation Travail-Université. Namur: Fondation Travail-Université.
- Wauthy, M., et D. Ancel. 2012. « Comment allons-nous ? L'état de bien-être psychologique de la population ». Bruxelles: Solidaris.
- Wilkinson, R., et K. Pickett. 2013. *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Traduit par André Verkaeren. Paris: Les Petits matins.