

# Le non-emploi détruit la santé

Les travailleurs sans emploi (TSE) de la CSC ont voulu faire le point sur l'état de santé des sans-emploi et voir quel lien il y a entre la perte et/ou l'absence d'emploi et l'état de santé. Le but de cette enquête est aussi d'attirer l'attention des politiques et de l'opinion publique sur cette thématique.

Laura Faure, chargée d'études à la Fondation Travail-Université (FTU)

**F**in 2018, plusieurs témoignages sur les problèmes de santé et le mal-être chez les sans-emploi ont amené le groupe des travailleurs.euse.s sans emploi (TSE) de la CSC à s'emparer de la question. Aux constats de terrain a succédé une enquête réalisée par la Fondation Travail-Université (FTU), qui s'est penchée sur la santé durant les périodes de non-emploi, et plus particulièrement sur l'influence du statut social de chômeur.euse sur l'évolution de la santé. (1)

Quand on s'intéresse aux liens entre santé et chômage (2), deux points de vue cohabitent : est-ce que c'est le chômage qui a un impact négatif sur la santé ou bien est-ce la mau-

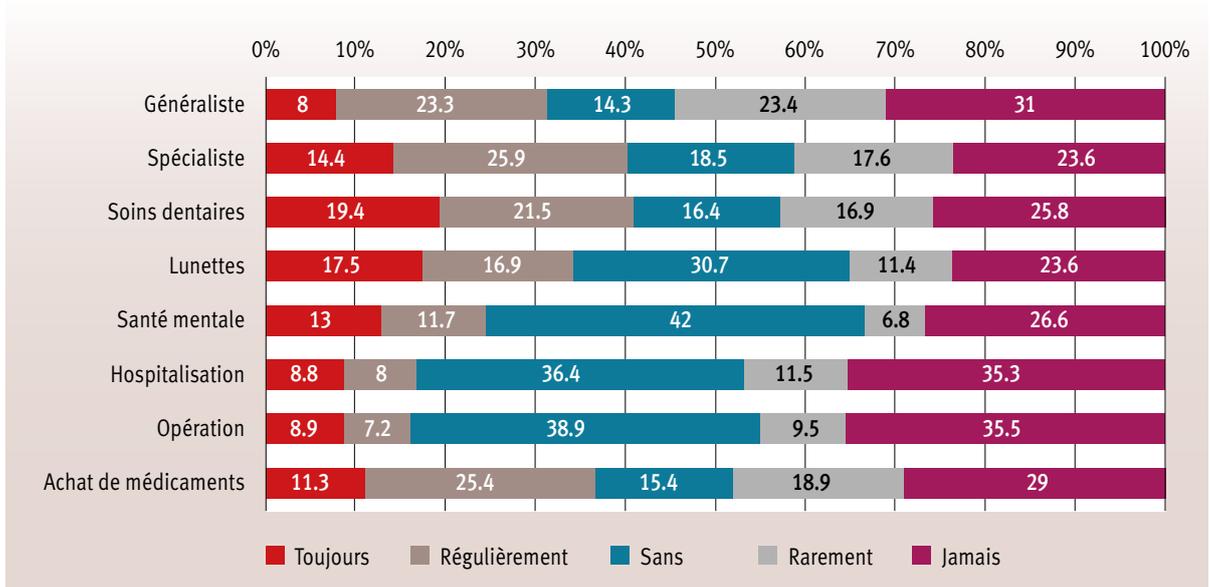
vaise santé qui augmente le risque de se retrouver sans emploi ? (3) En partant de ces deux approches, cette contribution, basée sur les résultats d'une enquête menée auprès de 996 TSE en Wallonie et à Bruxelles, développe les différents liens entre chômage et santé. Si 50,3% des TSE indiquent se sentir globalement en bonne santé, il n'en reste pas moins qu'environ un.e répondant.e sur six (15,8%) estime être en mauvaise santé. Cette situation sera d'autant plus défavorable que les TSE sont âgé.e.s et/ou la durée du chômage plus importante. Cette proportion est plus importante que chez les travailleur.euse.s occupé.e.s (2,4% ont une santé plutôt mauvaise). (4) 42,6% des TSE estiment par ailleurs que

leur état de santé s'est plus ou moins détérioré depuis qu'il.elle.s sont sans emploi (pour 50,1% il est resté stable et il s'est amélioré pour 7,3% d'entre eux.elles).

## Le chômage nuit à la santé

Selon l'OMS (5), notre santé dépend tant de notre bien-être physique, mental que social, et c'est donc en fait tout notre environnement social qui entre en jeu. Dès lors, nos habitudes de vie ou de nos réseaux sociaux, les accès aux ressources économiques et énergétiques, à la sécurité (sociale), au logement décent, à l'éducation, aux soins de santé, etc. constituent autant de déterminants de l'état de santé au sein d'une société. En creux

## RENONCEMENT OU REPORT DE SOINS DE SANTÉ PERSONNELS POUR RAISONS FINANCIÈRES



31,3% des TSE renoncent fréquemment à une consultation chez un médecin généraliste, 36,7% à l'achat de médicaments. Au niveau des soins spécialisés, la privation systématique pour les soins dentaires et les frais liés aux lunettes concerne respectivement 19,4% et 17,5% des TSE.

de ces déterminants, on entrevoit l'influence du statut socioéconomique sur l'état de santé : plus l'accès à ces déterminants sera inégalitaire, plus les écarts en santé seront marqués dans la société. (6)

Dans le cadre d'une perte d'emploi, la baisse du revenu et sa limitation dans le temps agissent à la défaveur d'un accès aux normes de santé. À ce titre, les liens entre chômage et accessibilité financière des soins de santé constituent un premier point d'attention, dans la mesure où 63,4% des TSE indiquent des difficultés à assumer le poids des soins de santé dans leur budget. Les proportions de renoncement fréquent (7) de certains soins médicaux abondent en ce sens : 31,3% renoncent fréquemment à une consultation chez un médecin

## 63,4% des TSE indiquent des difficultés à assumer le coût des soins de santé

généraliste, 36,7% à l'achat de médicaments. Au niveau des soins spécialisés, la privation systématique pour les soins dentaires et les frais liés aux lunettes concerne respectivement 19,4% et 17,5% des TSE.

Les effets délétères du chômage se marquent aussi dans la vie quotidienne : environ 40% des TSE estiment que le chômage a eu un impact négatif sur leurs habitudes alimentaires, leur rythme de vie et leurs activités physiques et loisirs. Concernant ces deux derniers, leur coût apparaît comme principal frein. (8) Entre 15% et 25% des TSE estiment par ailleurs que le chômage a eu un effet négatif sur leur consommation d'alcool ou de tabac. Des études montrent toutefois que ces « comportements à risques » n'expliquent pas tout et que d'autres mécanismes propres à l'expérience du chômage exposent les chômeurs à des facteurs de stress et d'anxiété. Ces problèmes participent à une détérioration du bien-être mental et social, mais peuvent également favoriser la survenue d'autres pro-

blèmes de santé notamment, cardiovasculaires. (9)

### L'expérience d'un statut dévalorisé

Être en bonne santé ne dépend donc pas que de notre constitution biologique ou de nos comportements, mais aussi de notre place dans la société. En ce sens, l'expérience du

chômage est aussi l'expérience d'un changement de statut social. À la perte du statut social de travailleur. euse et tout ce qu'il implique en termes de sentiment d'appartenance, de valorisation au sein de la société, de cadre et de sécurité financière s'ajoutent les effets de « la manière dont une société dans son ensemble, perçoit les chômeurs, juge les raisons de leur



## LES SANS-EMPLOI, COMME TOUT LE MONDE ONT DROIT À LA SANTÉ

Par ces temps de pandémie, la santé des sans-emploi est un sujet qui doit nous préoccuper aujourd'hui plus que jamais. Les TSE de la CSC pensent que la santé d'un pays est aussi bonne que celle de ses habitants les plus précaires. C'est dire si les résultats de l'enquête qui vous sont présentés ici concernent tout le monde en Belgique. D'ailleurs ont été prises en considération toutes les personnes sans emploi : au chômage, au CPAS, à la mutuelle... et même les personnes sans revenu.

### Pourquoi une enquête ?

Il y a une médecine préventive du travail pour les personnes qui sont à l'emploi mais ceux et celles qui en sont privées n'ont rien. On ne parle de leur santé, bien souvent, que pour leur octroyer une dispense de plus en plus rare (dans le meilleur des cas) ou pour les mettre dans des catégories et éventuellement les renvoyer vers une autre caisse, une autre façon de les exclure davantage du monde du travail. Or, nous savons que si le travail peut rendre malade, le non-travail

le peut tout autant. Nous avons commencé par une formation qui a eu beaucoup de succès tant le sujet intéresse aussi bien les sans-emploi que les travailleurs de l'insertion. À l'issue de la journée, les participant-e-s ont décidé de faire faire une étude scientifique sur le sujet. Nous avons besoin de données statistiques neutres pour nourrir notre campagne de sensibilisation et de conscientisation.

### Revendications

Il résulte de cette enquête que la santé des sans-emploi est bien une question de santé publique et on peut sans exagérer la qualifier de médiocre avec un chômage qui joue un grand rôle dans sa détérioration. Aussi, notre première revendication est celle de créer une médecine préventive pour les sans-emploi. Par exemple, tous les cinq ans que les sans-emploi puissent avoir droit à une visite médicale gratuite. Contrairement à ce qui se pratique jusqu'à présent, la politique de la santé ne doit plus subir les contraintes de l'austérité et des ajustements budgétaires ;

elle doit être refinancée à la hauteur des défis que doit relever une démocratie digne de ce nom. Une fiscalité juste (contribution en fonction des moyens et bénéfiques en fonction des besoins) doit refinancer la santé via la Sécurité sociale qui doit rester un service public. Les dérives dues aux systèmes d'assurances privées doivent être évaluées et éradiquées. Des mesures radicales doivent venir freiner et enrayer la montée d'une médecine à deux vitesses telle qu'on la constate sur le terrain. « Le travail c'est la santé » dit la chanson, partageons-le, réduisons de manière collective le temps de travail pour enrayer les souffrances liées au travail et celles liées au non-emploi. L'état de santé des sans-emploi et de certains travailleurs est aussi dû au manque de revenus qui font renoncer aux soins. Le salaire minimum et les allocations doivent être réévalués afin de permettre une vie digne.

### Plus d'infos ?

kkhourcha@acv-csc.be

**Khadija Khourcha**, responsable des TSE CSC

⇒ *privation d'emploi et évalue leurs efforts de réintégration professionnelle*. (10)

Un ouvrage récent revient sur cette construction sociale du rapport au chômage, et plus particulièrement aux chômeur.euse.s comme « *chômeur suspect* ». (11) Indissociable des luttes pour le droit à l'allocation chômage, cette histoire est traversée par des discours usants de stéréotypes tantôt liés à la dangerosité, la fainéantise ou la complaisance dans l'assistanat pour qualifier les sans-emploi. À cela s'ajoute l'institutionnalisation progressive de « sous-catégories » de sans-emploi, conditionnant les droits et les devoirs de chacun.e en fonction de l'âge (allocation d'insertion) ou de la durée du chômage (dégressivité des allocations), par la mise en place de dispositifs tels que les contrats ALE, par les transferts vers l'aide sociale, etc. Cette individualisation croissante des parcours et de la problématique du chômage rend

**37,4% des TSE  
déclarent souffrir  
d'un état  
dépressif ou  
d'une dépression**

d'autant plus difficile une identification collective qu'elle participe à une vision tronquée de la réalité du non-emploi. (12)

Si être sans emploi est assimilé à une identité sociale négative, perdre son emploi ou ne pas en trouver à la fin de sa formation peut se révéler une expérience éprouvante sur le plan de l'estime de soi et des relations sociales. Des questions courantes comme « *Et toi, tu fais quoi dans la vie ?* » ou « *Ça avance cette recherche d'emploi ?* » sont autant de moments qui contraignent les sans-emploi à s'exposer sous cette identité négative. Loin de vouloir faire passer ces questions pour de la malveillance de la part de nos proches, il s'agit plutôt de mettre en avant le sentiment de gêne façonné par nos représentations du chômage qu'éprouvent une majorité de TSE et l'isolement progressif dont il.elle.s font les frais. Et de fait, pour les TSE interrogés, le sentiment de

gêne est dominant dans les discussions autour de la recherche d'emploi avec l'entourage (37,3%), par rapport au réconfort (16%) ou à l'énervement (23,4%), et celui-ci sera d'autant plus marqué que la recherche d'emploi est longue. Par ailleurs, 28,6% des TSE indiquent voir leurs ami.e.s moins souvent qu'avant et 11,4% ne plus les voir du tout. Ces proportions sont plus marquées chez les TSE

âgé.e.s de quarante ans et plus et les chômeurs de longue durée. Aux conséquences de la stigmatisation, on peut ajouter les effets négatifs du chômage sur les loisirs ou sur le sommeil, qui peuvent mettre les TSE en marge de leur entourage. Le fait que, au fil d'une carrière, une part plus importante de nos relations sociales sont liées à notre emploi peut également expliquer cela.

□ □ □

## QU'EN PENSE LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE ?

Nous avons soumis notre enquête sur la santé des sans-emploi à Jean Hermesse, secrétaire général de la Mutualité chrétienne. Voici ses réactions.



### TSE : Que pensez-vous de la thématique ?

**Jean Hermesse** : La santé des sans-emploi est une thématique importante ; d'ailleurs, nous-mêmes à la mutualité avons déjà mené une enquête sur le sujet car il y a trop peu de données disponibles.

### Quels sont les principaux enseignements que vous relevez ?

À la lecture des résultats, trois idées principales apparaissent : d'une part, le problème de l'accès à la santé qui ressort comme étant encore problématique alors qu'avec le statut BIM, cela ne devrait plus être le cas. Il aurait fallu poser en plus la question pour savoir le pourquoi de la situation des personnes qui n'ont pas le statut : est-ce parce qu'ils ne connaissent pas leurs droits ou est-ce le droit qui n'est pas encore assez ouvert ? Ensuite, l'enquête met en évidence un autre constat, celui de la médicalisation d'un problème social. Les sans-emploi subissent un isolement qui a des conséquences sur la santé mentale et physique. Or, le problème ne devrait pas trouver sa solution au niveau médical (ni en tout, ni en partie). C'est au niveau social et notamment dans le cadre de l'accompagnement pour une insertion socioprofessionnelle qu'il faut se situer. Il faut absolument renforcer l'accompagnement psycho-social des personnes sans emploi et pas seulement durant les premières semaines qui suivent la perte d'emploi. Enfin, à la mutualité nous travaillons actuellement sur une nouvelle définition de la santé, plus positive qui ne conçoit plus la santé sous l'angle des manquements et des dysfonctionnements mais plutôt sur la capacité des personnes à pouvoir s'adapter aux changements de chaque jour. La bonne santé serait alors mesurée à la facilité avec laquelle les personnes appréhendent le quotidien et ce qu'il apporte. Un questionnaire assez simple permet de la mesurer et la toile d'araignée qui en résulte démontre de façon très explicite les résultats qui peuvent assez facilement visualiser et interpréter leur situation.

**Propos recueillis par Khadija Khourcha, responsable des TSE CSC**

Enfin, un quotidien marqué par une privation matérielle et des démarches de recherche d'emploi infructueuses peut favoriser le stress, l'anxiété ou les états dépressifs. Ces problèmes apparaissent assez nettement : 37,4% des TSE déclaraient avoir souffert d'un état dépressif ou d'une dépression au moment de l'enquête, 62% des TSE avoir des problèmes de sommeil plus marqués, 66% se sentir constamment stressés ou tendus et, enfin, 31,2% ne pas du tout se sentir optimistes quant à l'avenir.

## Être en mauvaise santé augmente le risque d'être sans emploi

Derrière l'état de santé des TSE se cachent différents maux : douleurs musculaires (43,5%), migraines (30,9%) ou encore fatigue chronique (17,5%) arrivent en tête des problèmes de santé rencontrés. Précisons qu'il s'agit de problèmes de santé plutôt présents au sein de la population belge âgée de quinze ans et plus en général (13) et qu'il est possible que les TSE en souffraient déjà de plus longue date.

Ces douleurs sont plutôt « invisibles » au quotidien et on ne peut dire à quel point elles ont eu une influence sur la perte d'emploi. Par contre, on peut se demander dans quelle mesure l'impératif du retour à l'emploi influence la reconnaissance

le plan de la pénibilité physique. Déjà en mauvaise santé, les bénéficiaires avaient toutefois tendance à accepter ces emplois pour préserver leur accès aux allocations et poursuivre leurs démarches de reconnaissance d'un statut d'incapacité ou d'invalidité. Ces logiques étaient d'autant plus présentes que les travailleur.euse.s étaient âgé.e.s et donc résigné.e.s à leur non-insertion sur le marché du travail « traditionnel ».

Dans notre enquête, 23,4% des TSE indiquaient s'être vu proposer un emploi qui ne correspondait pas à leur état de santé, de même que 27,2% d'entre eux.elles avaient déjà postulé à des emplois qui ne correspondaient pas à leur état de santé. Aussi, chez les TSE âgé.e.s d'au moins quarante ans, l'enquête montre que les répondant.e.s ayant été au chômage plus de deux ans au cours de leur carrière étaient proportionnellement plus nombreux.euse.s à voir leur santé aujourd'hui détériorée que ceux et celles ayant été sans emploi moins de deux ans sur l'ensemble de leur carrière. 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 travailleur.euse.s âgé.e.s dans la

une continuité dans l'accès à la santé - peu importe le statut professionnel - et donc d'effacer quelque peu les stigmates de l'identité de chômeur.euse qu'ils et elles portent au quotidien. Car ce n'est pas tant le fait de ne pas travailler qui pose problème en soi, mais bien la signification sociale du chômage qui est en jeu (17). □

**23,4% des TSE se sont vu proposer un emploi ne correspondant pas à leur état de santé**

et la prise en compte de ces douleurs chez les chômeur.euse.s ? Une enquête de terrain menée en France dans le cadre des contrats-aidés liés au RMI (14) pointe en fait « le rôle du travail dans la détérioration de la santé au chômage » (15) et, en particulier, « certains processus d'invisibilisation des atteintes à la santé d'origine professionnelle, que celles-ci soient antérieures à la rupture d'emploi ou générées et ravivées dans l'occupation d'emplois aidés ». (16) En d'autres termes, la mise en œuvre de ces contrats a du mal à intégrer les expériences professionnelles antérieures et leurs effets sur la santé, avec le risque de proposer des emplois instables et/ou inadaptés sur

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.

### Pistes

Au final, c'est peut-être en envisageant la santé tout au long d'une carrière professionnelle qu'on comprend mieux pourquoi et comment celle-ci peut se détériorer. À l'instar de ce qui existe pour les travailleur.euse.s, les TSE de la CSC revendiquent la création d'une médecine préventive pour les sans-emploi. Ce type de mesure permet d'assurer

(1) L'article est paru initialement sous le titre « Être sans emploi : une épreuve pour la santé », *L'Esperluette*, n°103 (2020), 12-14. L'étude complète est disponible sur le site de l'UCL avec les références : Faure Laura (2019), « La santé des travailleurs sans-emploi. Enquête réalisée auprès des TSE. Working paper #6 » réalisé pour la CSC par la FTU et la Chaire Travail-Université.

(2) L'enquête visait toute personne sans emploi, qu'elle perçoive ou non une allocation de chômage. Nous utilisons le terme de « chômage » à seule fin de rendre la lecture plus fluide, mais le champ considéré est plus large.

(3) P. Meneton et al., « Le chômage : un problème de santé publique majeur », *La Revue de l'Ires*, 2017-1, no 91-92, pp.141-154.

(4) EU-SILC, Self-perceived health by sex, age and labour status, Eurostat, 2018.

(5) Organisation Mondiale de la Santé, Documents Fondamentaux, 48e éd., WHO, 2015.

(6) H. Van Oyen et al., *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gent, Academia Press, 2010 (Société et avenir).

(7) Il s'agit donc de renoncer totalement ou de devoir reporter à plus tard des frais médicaux.

(8) Les autres raisons évoquées étaient le manque de motivation, le manque de temps, les problèmes de santé ou le fait de privilégier d'autres membres de la famille.

(9) P. Meneton et al., *op. cit.* p. 145.

(10) Ginette Herman et Georges Liénard, « Travail, chômage, stigmatisation », *La Revue Nouvelle*, janvier 2009, p.45.

(11) Florence Loriaux, *Le chômeur suspect, histoire d'une stigmatisation*, Bruxelles, CARHOP-CRISP, 2015.

(12) I. Raynaud, « La problématique de l'identité appliquée à la catégorie des chômeurs », *Revue d'histoire des chemins de fer*, n°36-37 (2007), pp.206-219.

(13) J. Van der Heyden et R. Charafeddine, « Enquête de santé 2018 : maladies et affections chroniques », Bruxelles, 2019, *Sciensano*.

(14) N. Frigul, « Les effets dissimulés du travail sur la santé de populations au chômage : le cas des contrats aidés dans le dispositif du RMI », *Politix* 3, n° 91, 2010, pp.133-156.

(15) *Ibid.*, p. 137

(16) *Ibidem*.

(17) P. Meneton et al., *op. cit.*