



La santé des travailleurs sans emploi

Novembre 2018

État des lieux

Working Paper #5 réalisé pour la **CSC** par la
Chaire Travail-Université.

Laura FAURE

Ce working paper a été réalisé pour la CSC par la Chaire Travail-Université (UCL, CIRTES – Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, État et Société), dans le cadre du programme pluriannuel de mécénat de la Banque nationale de Belgique.

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, de Laura Faure,
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.

CSC – FEC (Formation Éducation Culture)

Chaussée de Haecht, 579, B-1030 Bruxelles

Contacts : info@fecasbl.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 : Patricia Vendramin (patricia.vendramin@uclouvain.be), Laura Faure (laura.faure@ftu.be)

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. NOTIONS CLÉS	3
1.1. Une définition de la santé ?	3
1.2. Émergence d’une question de santé publique	5
1.3. Une problématique dynamique.....	7
2. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.....	8
2.1. Modèles généraux	8
2.2. L’impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé	10
3. SANTÉ GLOBALE, APPROCHE GLOBALE : LES FACTEURS	11
3.1 Au niveau individuel	11
3.1.1. L’impact de la perte de revenu sur la santé	12
3.1.2 Choc psychologique et détachement de l’appartenance collective	12
3.1.3 L’impact de la perte de revenu sur le système de soin individuel	13
3.1.4 Hausse des comportements à risques	13
3.2 Au niveau social.....	13
3.2.1 Le rapport aux institutions et aux groupes sociaux.....	13
3.3 Au niveau des systèmes macrosociaux	14
3.3.1 Les cycles économiques.....	14
3.3.2 Les réformes du système de santé.....	16
3.3.3 Les réformes du droit aux allocations d’insertion et de chômage	16
4. DES CHIFFRES EN FRANCE.....	16
4.1 Problèmes de santé	17
4.2 Comportements.....	17
4.3 Décès	18
4.4 Renoncement aux soins.....	18
5. DES CHIFFRES EN BELGIQUE	18
5.1 Les travailleurs sans emploi en Belgique	18
5.2 Problèmes de santé	21
5.3 Santé sociale	25
POUR CONCLURE.....	26
BIBLIOGRAPHIE	27

INTRODUCTION

L'objectif de ce dossier est de dresser un état des lieux sur la thématique de la santé chez les travailleurs sans emploi en Belgique. En effet, si les relations entre santé et travail font l'objet d'une forte attention – en témoigne l'ampleur prise, par exemple, par la question du burnout – les rapports entre le non-emploi¹ et santé sont encore peu connus.

Quels sont les impacts de la perte d'emploi et des périodes de non emploi sur la santé physique et mentale des personnes ? Quels sont les impacts de l'environnement social sur la santé des travailleurs sans emploi ? Là où la problématique de la santé au travail s'exprime au travers de la mise en place de politiques préventives de santé au travail, qu'en est-il de la mise en place de prévention et de promotion de la santé chez les travailleurs sans emploi (Debout, 2015).

1. NOTIONS CLÉS

Dans cette partie, nous posons le contexte général et tentons de comprendre ce qui peut être entendu sous le terme de « santé ». Puis, nous nous focalisons sur l'émergence de la question de la santé chez les travailleurs sans emploi.

1.1. Une définition de la santé ?

Dans un numéro spécial de *La Revue de l'Ires* paru en 2017 sur la crise et les réformes au prisme de la santé, les auteurs affirment dès l'introduction que « la santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle [...] constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société » (Batifoulier, da Silva et Math, 2017: 3).

Dès lors, le développement du champ de la santé publique peut être envisagé comme un enjeu politique majeur où la capacité ou non à soigner et garder en bonne santé la population est un indicateur de la stabilité d'une collectivité (Hours, 2004: 138). Cette stabilité implique de pouvoir faire face aux transformations de la société et de s'y adapter, ce qui nécessite donc d'identifier avec précision quelles sont les transformations majeures liées au non-emploi et d'identifier par la suite leur relation avec l'état de santé des personnes.

Mais avant tout, de quoi parlons-nous quand nous parlons de « santé » ?

Dans sa déclaration constitutive de 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et non pas seulement comme

¹ Nous prendrons ici plus largement le terme du « non-emploi » et non pas seulement du chômage, afin de ne pas créer de confusion et de ne pas minoriser la place des personnes exclues des allocations de chômage et d'insertion. De même, Le terme « non-emploi » renvoie à des réalités multiples : il peut autant s'agir de personnes qui ne souhaitent pas travailler pour diverses raisons (situations familiales, recherche d'un salaire plus attractif, etc.), de personnes qui cherchent à travailler et ne trouvent pas d'emploi malgré leurs qualifications, que de personnes qui sont dans une position de précarité vis-à-vis de leur situation professionnelle (Laroque et Salanié, 2000).

l'absence de maladie ou d'infirmité » (World Health Organization, 1946). La santé ne se résume donc pas au corps et à l'individu, mais également à son environnement social et se mesure à l'aune d'une multitude de variables physiques, mentales et sociales. Dès lors, comment en délimiter les contours, à partir du moment où celle-ci n'est pas vraiment un objet tangible, quelque chose qu'on peut toucher et isoler.

Dans sa déclaration constitutive de 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé définit ainsi la santé comme un « état de bien-être complet ». Bien que cet état de « bien-être complet » soit souhaitable pour tous, nous voudrions mettre en avant deux écueils. Premièrement, la définition du bon implique la catégorisation du mauvais et ceci peut se révéler problématique pour des personnes socialement et médicalement fragiles. En effet, la société génère des **normes de santé et de consommation** et « une société inégalitaire génère une incapacité croissante à satisfaire les normes » (Grignon et al., 2004 :12). Ceci peut avoir des conséquences à la fois psychologiques – un sentiment d'infériorité, d'anxiété et de mal-être social – mais également matérielles puisque l'accès à ce qui est considéré comme « normal » est rendu de plus en plus complexe (Grignon et al., 2004). Ceci est d'autant plus problématique dans un contexte de responsabilisation individuelle qui ne prendrait pas bien en compte **des inégalités sociales de santé**² préalables, et risquant ainsi d'accroître un phénomène de stigmatisation.

Deuxièmement, comment distinguer et combiner à la fois l'état de santé « réel » et la santé « perçue » ou « **santé subjective** », c'est-à-dire la façon dont la personne va se positionner vis-à-vis de cette norme de bonne santé. Cette dualité dans l'approche de la santé doit être analysée en elle-même et en interaction avec les positions sociales des individus. Par exemple, dans notre cas, nous pourrions nous demander dans quelle mesure l'absence d'emploi influe sur la santé perçue de façon directe (l'état de santé se dégrade objectivement et donc atteint également la santé perçue) et indirecte (nous pouvons faire l'hypothèse que la nécessité de retrouver de l'emploi, même très précaire, peut avoir une influence sur la santé subjective dans le sens de minimiser l'état de santé réel).

La santé résulte donc d'une construction sociale et politique au regard d'une norme globale du « bien » (Hours, 2004: 135-36). Il *faut* être en bonne santé pour être en mesure de participer pleinement et de façon autonome à la société mais, en plus, il faut *bien-faire* vis-à-vis de sa santé : avoir les bonnes pratiques pour préserver sa santé – voire l'améliorer –, pour se soigner et être soigneux.

Nous allons voir que la santé est une thématique centrale dans notre société qui est pourtant soumise à nombre de risques : les conditions sanitaires, l'environnement, le style de vie, etc. Parmi tous ces facteurs de risque pour la santé, l'environnement socio-professionnel est de plus en plus pointé, menace pourtant difficilement évitable puisqu'elle concerne le travail, qui constitue une clé de la participation à la société et, partant, de l'identité individuelle et collective. À ce titre, l'interaction entre une mauvaise santé et l'éloignement du monde du travail pourrait constituer une double peine pour les individus, car à la fois la mauvaise santé

² 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 (source : www.inegalitesdesante.be/glossaire.php, consulté le 05 novembre 2018).

est une souffrance physique, mentale et sociale, qui vient se doubler d'une épreuve sociale liée à la perte d'emploi, remettant par là en cause tant le statut social que l'appartenance collective.

1.2. Émergence d'une question de santé publique

Déjà en 1931, l'ouvrage sur *Les chômeurs de Marienthal* (P. Lazarfeld) dressait le tableau de la fermeture d'une usine dans une communauté locale, en mettant en avant les effets du chômage à la fois à l'échelle individuelle et sociale.

Plusieurs auteurs soutiennent qu'il faut envisager la problématique de la santé des travailleurs sans emploi comme relevant de la **santé publique**³ (Meneton et al., 2017). Comment un fait social⁴ comme le chômage, dont les effets sur la santé se déclinent très différemment selon les individus, peut être traité par un organisme de santé publique, donc de manière collective ?

Une des difficultés face à cette problématique tient de la nature du rapport entre la maladie et l'individu, caractérisé par la **logique biomédicale** (Blais, 2006) : à partir du 18^{ème} siècle, on voit se formaliser l'emprise de la médecine sur la santé et, partant, la définition de la santé comme l'absence de maladie. La première conséquence en fut le développement d'une médecine centrée sur le corps et l'identification de la maladie en tant que telle, à l'échelle individuelle et nécessitant l'intervention du corps médical. Dès lors, ceci a favorisé le développement d'une approche préventive de la santé en santé publique : être en bonne santé, cela signifie ne pas avoir de maladie, donc s'axer sur le développement de traitements préventifs *contre un virus identifié et quantifiable*, et d'une *prise en charge collective de problèmes individualisés*.

Mais comment se soigner quand le corps médical n'a pas de prise sur la cause de notre mal-être ? C'est un paradoxe que pose la question de la santé chez les travailleurs sans emploi et qui rappelle par ailleurs que la bonne santé biologique n'est pas dissociable de la bonne santé sociale (Abdmouleh, 2007).

Depuis quelques dizaines d'années, nous observons un double mouvement. En premier lieu, l'éloignement progressif du postulat biomédical : les maladies ne peuvent être comprises qu'en intégrant les problèmes de santé à leurs contextes plus larges et, ainsi, en ne voyant plus les causes d'une maladie seulement à l'échelle individuelle mais également collective. En second lieu, et en lien avec ce phénomène, le déplacement de politiques de prévention vers des politiques de **promotion de la santé**, entériné par la Charte d'Ottawa en 1986 :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc

³ Celle-ci désigne les « politiques publiques, les stratégies visant à améliorer la santé des populations, les appareils institutionnels chargés des tâches préventives et curatives de la santé » (Hours 2004, 136). Ce champ englobe donc à la fois des pratiques, des institutions, des acteurs et génère un ensemble de représentations.

⁴ La notion de fait social a été développée par Emile Durkheim et est, selon lui, l'objet d'étude de base de la sociologie. Dans son ouvrage *Les règles de la méthode sociologique* (1895), il définit le fait social comme « toute manière d'agir, de penser, de sentir, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure ; et, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses diverses manifestations au niveau individuel ».

perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » (OMS, Charte d'Ottawa, 1986: 1)

Ce détour socio-historique est important à mentionner car la charte met en exergue plusieurs points cruciaux dans la compréhension de l'état de la question de la santé chez les travailleurs sans emploi :

1. L'importance de la réappropriation par les individus et de leur participation dans le processus de promotion de la santé.
2. La prise en compte de l'environnement social dans la définition de la santé, tant dans les causes que dans la réflexion sur les politiques à mettre en place.
3. L'ouverture du champ de la santé à des professions non médicales, traduisant les deux premiers points.

Malgré ces ambitions, nous notons un relatif désintérêt pour la question de la santé des travailleurs sans emploi qui se manifeste à plusieurs niveaux. Par exemple, en dix ans seulement trois études menées en France ont été publiées dans des revues internationales (SNC, 2018). De même, dans la documentation disponible en première ligne sur le site de l'OMS ou encore dans les avis du Conseil Supérieur de la Santé de Belgique de ces deux dernières années, il n'est nulle part fait mention de la problématique du chômage ou du non-emploi, contrairement à celle de la santé au travail.

Les transformations du monde du travail – caractérisées par la hausse des contrats atypiques – rendent, d'une part, la population sans emploi encore plus hétérogène et, d'autre part, nécessite une prise en compte des alternances entre périodes d'emploi et de non-emploi comme pouvant avoir une incidence sur la santé. Ainsi, il ne s'agit plus d'évaluer la santé d'une personne quand elle est effectivement sans emploi, mais également de comprendre son état de santé en fonction de sa relation et son éloignement au marché du travail. De même, dans l'établissement d'un lien entre les données concernant le chômage et celles concernant la santé, il convient d'établir deux balises :

- Comment faire la distinction entre la mauvaise santé provoquée par le non-emploi et l'état de santé préalable (qui, par ailleurs, aura pu être dégradé par les conditions de travail (Frigul, 2010)).
- L'état de santé étant mesuré par une grande quantité de comportements, facteurs biologiques et environnementaux, comment s'y retrouver ? De même, comment prendre en compte les effets « en cascade » de la dégradation de l'état de santé ?

Ainsi, par le biais de plusieurs mécanismes, la problématique de la santé des travailleurs sans emploi a pu être minorisée alors même que celle-ci est un phénomène large, qui touche toutes les couches de la société et dont les transformations des systèmes économiques, ainsi que l'impact des crises économiques renouvellent le questionnement.

1.3. Une problématique dynamique

À ce stade, il est pertinent de revenir sur ce concept de **précarité**. Afin d'éclairer notre propos, nous nous basons sur les travaux de Serge Paugam, notamment dans son ouvrage *Le salarié de la précarité* (Paugam, 2007: 25-26), où il établit la distinction entre la précarité au travail et la précarité de l'emploi. De manière synthétique, la première forme de précarité renvoie à l'insatisfaction générale de l'individu face à des conditions de travail pénibles, à un salaire bas et un horizon très restreint en terme de mobilité. Quant à la précarité de l'emploi, elle renvoie plutôt au degré de stabilité de la situation professionnelle et donc à la fois aux types de contrats, de lois sociales, mais également de sécurité à long terme au sein de l'entreprise (risques de licenciements collectifs, etc.). Ces deux cas sont porteurs d'une précarisation des conditions de vie qui peut se manifester dans la dégradation de l'état de santé.

La précarité au travail peut engendrer une dégradation de la santé physique et mentale qui serait irréversible. En cas de perte d'emploi, l'état de santé deviendra un facteur rendant objectivement et subjectivement le retour à l'emploi compliqué. Du point de vue objectif, cela concernera le type de travail que l'individu pourra exercer, tandis que du point de vue subjectif, le mauvais état de santé pourra être à la source d'une dévalorisation de la personne et d'une minimisation de ses problèmes de santé.

La précarité de l'emploi, marquée par l'instabilité de la carrière professionnelle, constitue un risque permanent de basculer dans la précarité sociale. Source possible de stress et d'anxiété, cette position peut amener à développer des troubles de la santé mentale ou notamment à renoncer à des soins de santé. De même, les aller-retours entre emploi et non-emploi sont une clé de lecture des problèmes de santé dans le sens où au plus l'éloignement de l'emploi est fort et durable, au plus les effets de cette situation sur la santé de la personne seront néfastes et le taux de renoncement aux soins élevé (Moisy, 2014).

Dans l'état des lieux récemment dressé par Meneton et al. (2017), les auteurs distinguent trois grands axes méthodologiques pour aborder la question du rapport entre la santé et le non-emploi :

- Les études suivant l'hypothèse que les problèmes de santé sont une conséquence directe ou indirecte du chômage, interagissant avec des facteurs de risque spécifiques (hausse des comportements à risques tels que le tabagisme, la sédentarité, l'isolement social, etc.).
- Les études suivant l'hypothèse inverse, 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.

Comme nous le voyons, la problématique est tout à fait plurielle et les pages qui suivent ont pour objectif de détailler différentes approches de la question, qui sont autant de facettes d'une même réalité qui cherche à mettre en avant les « mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme » (Meneton et al., 2017: 141).

Avant de poursuivre, nous soulignons qu'il ne faut pas essentialiser la relation négative entre non-emploi et dégradation de la santé. En ce sens, nous ne voulons pas dire qu'il faut en minimiser l'importance, mais plutôt que, dans certains cas, le travail peut également être une source de dégradation de la santé physique et mentale. Ainsi, la décision, pourtant parfois compliquée, d'arrêter de travailler peut aussi être source de libération et d'un plus grand bien-être pour les individus. Il n'y a donc pas d'absolu dans la relation entre santé et non-emploi, d'où l'importance de traiter la question.

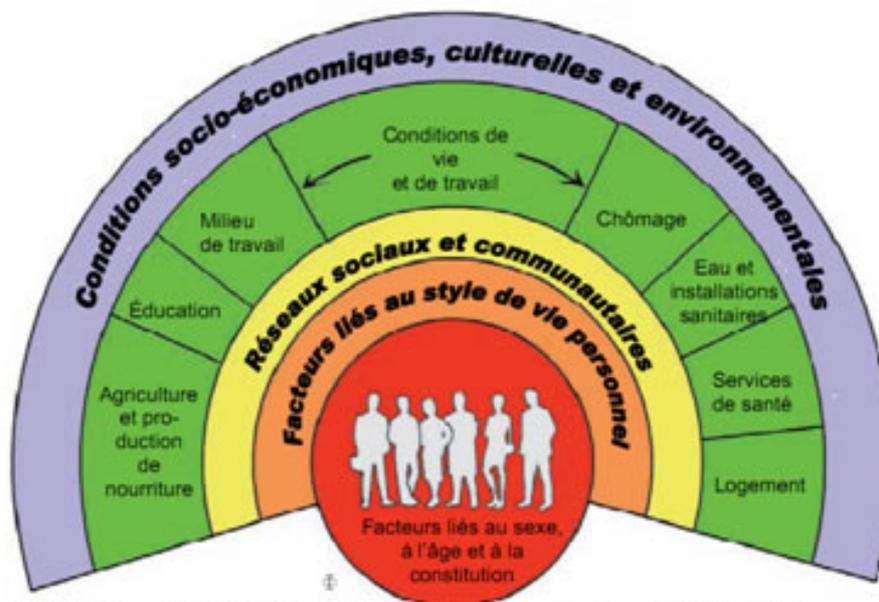
2. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

2.1. Modèles généraux

Actuellement, deux modèles explicatifs sont souvent repris pour l'étude des déterminants de la santé. Il s'agit des modèles de Dahlgren et Whitehead (Whitehead et Dahlgren, 1991) et de la CDSS (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008). Les déterminants de la santé sont « l'ensemble de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent de manière positive ou négative l'état de santé des individus et des groupes »⁵.

Le **modèle de Dahlgren et Whitehead** présente les déterminants de la santé en quatre niveaux interdépendants et graduels, qui partent de l'individu et de son statut « biologique » pour arriver aux conditions macrosociales.

Figure 1 : déterminants de la santé selon le modèle de Dahlgren et Whitehead.



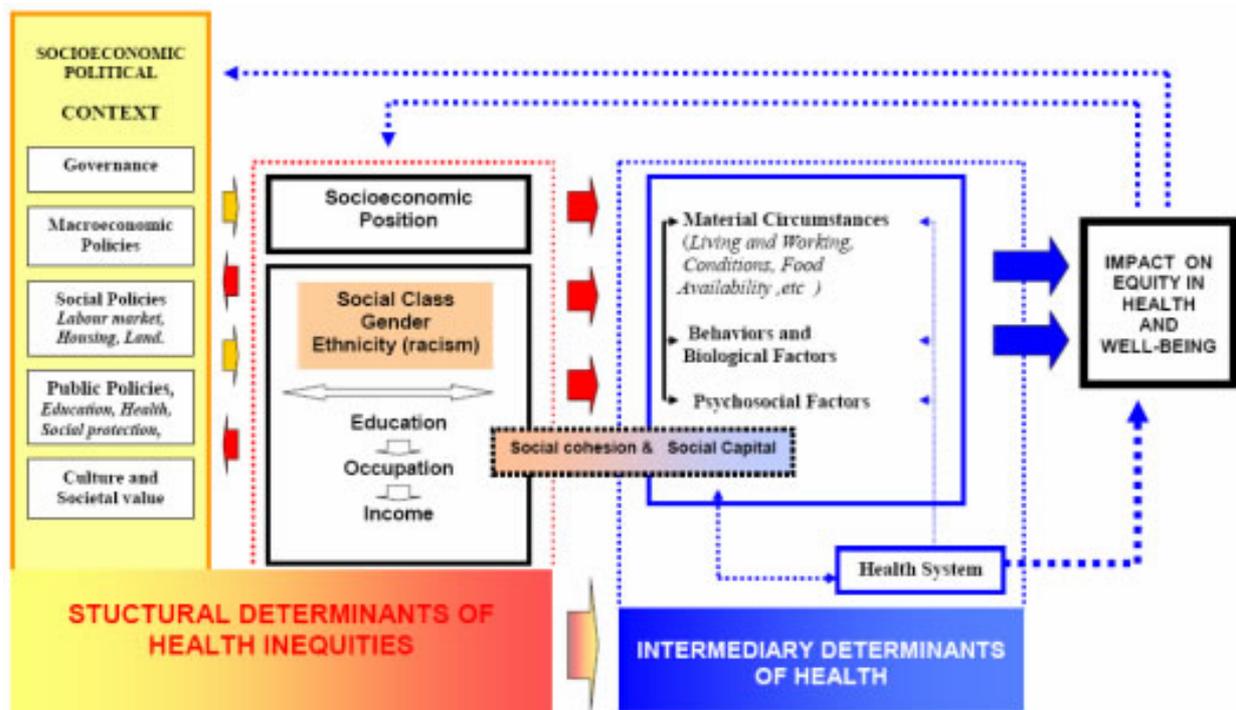
Source : www.inegalitesdesante.be, d'après Dahlgren et Whitehead, 1991, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for Future Studies

⁵ <http://www.inegalitesdesante.be/glossaire.php>

- Les *facteurs liés au style de vie personnel* concernent les comportements individuels. Chez les personnes précaires, les facteurs comportementaux à risques ont tendance à être plus marqués.
- Les *réseaux sociaux et communautaires* comprennent les influences sociales et collectives, d'une part, l'impact du support social et, d'autre part, l'impact plus général des pairs, qui ont une influence sur les comportements individuels.
- Les *facteurs liés aux conditions de vie et de travail* se rapportent à l'accès au travail mais aussi plus largement à l'éducation et aux services. De nouveau ici, dans une logique de gradient social, les personnes les plus désavantagées qui font face à des difficultés dans ce niveau auront des risques plus prononcés vis-à-vis de leur santé.
- Les *conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales* concernent les mécanismes macrosociaux qui ont un impact sur tous les autres niveaux. Les situations économiques (crises), les réponses politiques apportées à ces crises, les spatialités de la société et les croyances culturelles impactent également sur la façon de concevoir le soin.

Le second modèle est le **modèle de la CSDH/CDSS** (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008). Ce modèle se présente de façon plus dynamique, en mettant en avant l'interaction entre des déterminants « structurels » des inégalités sociales de santé et des déterminants « intermédiaires » de 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.



Source : www.inegalitesdesante.be

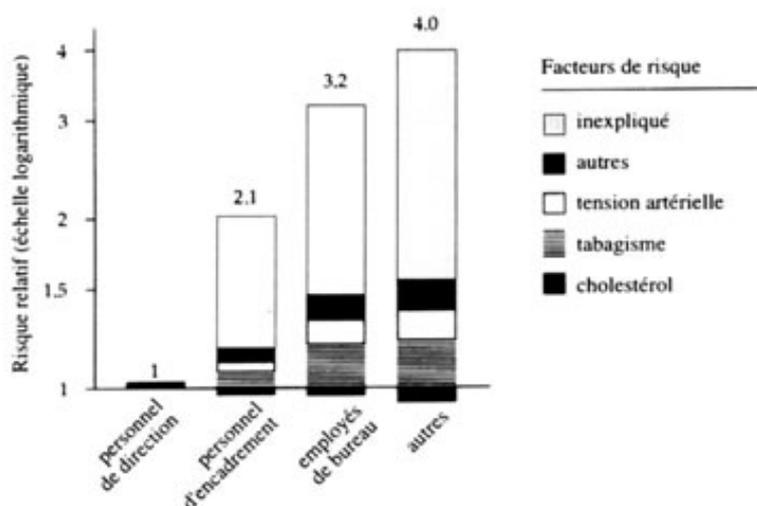
- Les *déterminants structurels* relèvent du contexte global et de son influence sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

- Les *déterminants intermédiaires* se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, biologiques, aux comportements à risque et face au soin.

Ces déterminants interagissent entre eux, sans qu'il soit vraiment possible de donner le poids et l'impact de chacun de ces déterminants. Cependant, les comportements à risques ne suffisent pas à expliquer les inégalités de santé puisque, à facteur de risques égaux, d'autres facteurs influencent l'état de santé : les **déterminants sociaux de la santé**.

En effet, les travaux menés sur la cohorte de Whitehall « démontrent que les comportements à risques 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 ». De plus, les facteurs autres concernent les facteurs psychosociaux qui renvoient notamment aux capacités d'agir des personnes et au sentiment de maîtrise de son existence.

Figure 3 : risque relatif de mortalité (ajusté par âge) par maladie cardiovasculaire et par facteur de risque selon la position hiérarchique, d'après Marmot, 1978: 248.



Source : Irdes, 2004.

2.2. L'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé

En 2004, l'IRDES⁶ coordonne une recherche sur l'impact de ces déterminants non médicaux, de cette part d'inexpliqué dans les risques de mortalité (Grignon et al., 2004). Cette étude se penche sur trois facteurs sociaux collectifs avec l'hypothèse qu'ils impactent les inégalités sociales de santé puisque ces facteurs varient en fonction de l'environnement social. L'hypothèse générale soutenue par l'IRDES est que ces facteurs influent sur l'intégration sociale et que celle-ci « est source directe de santé et l'anomie est pathogène ». Ces facteurs collectifs sont :

- Le *soutien/support social* apporté par le réseau de parenté et d'ami, qui est donc le soutien qu'un individu peut mobiliser et qui varie par sa taille, sa densité et sa qualité.

⁶ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

- 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, c'est-à-dire la comparaison avec un « groupe de référence » dans le sens où la comparaison peut engendrer des fragilités psychologiques, un sentiment d'injustice et de manque de contrôle. L'important ici est l'idée que, par exemple, le lieu de vie à lui seul ne peut expliquer les inégalités sociales de santé, mais bien le lieu de vie *et* « la perception qu'en a l'individu qui y vit ».

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 personnes en emploi, mais celui-ci aurait également tendance à augmenter si le niveau de chômage dans une zone d'habitation est plus élevé. Ceci invite donc à penser l'importance de la cohésion sociale et des réseaux de sociabilité dans les périodes de non emploi.

En filigrane de ces approches, c'est la question de la cohésion sociale qui est abordée, tant par la diffusion de pratiques bénéfiques que dans le renforcement de la résilience face à des situations de vie complexes et défavorisées.

Plus globalement, ces approches dépassent le cadre des conditions matérielles liées à un statut social pour se focaliser entièrement d'une part sur l'impact des interactions sur la santé et, d'autre part, sur une approche intégrée du contexte qui, dès lors, dépasse les postulats biomédicaux de base et renforce l'hypothèse que l'amélioration de la santé ne passe pas uniquement par le corps médical. De même, l'optique favorisée par ces approches n'est pas tant de définir des sous-groupes de population plus fragiles en termes de santé, mais surtout de comprendre pourquoi certains individus sont plus impactés que d'autres dans une optique qui se défait d'une approche uniquement par les comportements et donc d'une forme de culpabilisation possible des personnes fragilisées, car ces comportements dépendent d'inégalités plus structurelles.

3. SANTÉ GLOBALE, APPROCHE GLOBALE : LES FACTEURS

Nous avons donc vu que la question de la santé était très complexe et que les facteurs sont nombreux pour évaluer celle-ci. De même, nous avons vu que l'interaction entre des niveaux plus macrosociaux et microsociaux est déterminante pour comprendre cet état de santé. Nous proposons ici de revenir sur les différents facteurs et sur les questions qu'ils posent respectivement et plus spécifiquement dans le cas des travailleurs sans emploi.

3.1 Au niveau individuel

La dégradation de la santé peut se comprendre comme étant liée à :

- (1) l'absence de travail ;
- (2) l'appauvrissement des conditions de vie.

Il nous semble important de distinguer ces deux points, qui peuvent se lire comme ayant chacun une dimension objective et symbolique. La dimension objective se comprend comme la dégradation des conditions matérielles qui déterminent la santé. Cependant, au-delà de ces facteurs, il faut prendre également en considération « la condition sociale représentée par le chômage qui est en cause et non l'inactivité professionnelle en soi » (Meneton et al., 2017: 145).

Cette condition sociale est donc porteuse d'une diminution objective de la qualité de vie, qui se traduit par une hausse des comportements à risques, une dégradation physique et mentale et une diminution du recours aux soins de santé (consciente ou non). De plus, l'apposition d'une identité de chômeur vécue et perçue comme un stigmate change le statut social de l'individu et donc ses relations avec le marché du travail mais également avec le monde médical (Herman, 2007).

3.1.1. L'impact de la perte de revenu sur la santé

Suite à ces difficultés, nous proposons ici quelques indicateurs qui permettent de mesurer l'impact de la perte de revenu sur l'état de santé global des travailleurs sans emploi, tant sur le court terme que sur le long terme. Plusieurs études (Cornu Pauchet, 2018 ; Batifoulier, da Silva et Math, 2017 ; Meneton et al., 2017 ; Frigul, 2010 ; SNC, 2018 ; Moisy, 2014) mettent en effet en avant que la perte de revenu peut se manifester par le biais de :

- la baisse du recours aux soins,
- la baisse de la qualité de la couverture maladie,
- la baisse du confort à domicile (chauffage, etc.),
- la baisse de la qualité de l'alimentation,
- la baisse des activités de loisirs, sportives et sociales.

Tous ces facteurs, bien qu'ils trouvent leur sens dans la perte d'emploi entendue comme perte de ressource monétaire, doivent aussi être évalués en fonction d'autres variables non monétaires, comme les effets psychologiques de la perte d'emploi.

3.1.2 Choc psychologique et détachement de l'appartenance collective

La perte d'un emploi et l'éloignement du marché de l'emploi constituent une rupture dans la trajectoire d'un individu. Comme nous l'avons déjà évoqué, les conséquences au niveau social peuvent être diverses (Roupnel-Fuentes, 2014) :

- l'isolement social progressif pour les personnes dont l'emploi constituait un fort marqueur identitaire et d'appartenance ;
- le sentiment de honte et les perturbations des relations familiales.

Envisagée sous l'angle de la rupture, la perte d'un emploi peut avoir un effet générateur de stress, d'anxiété et par là d'autres troubles de santé mentale (troubles du sommeil, dépression, etc.). Dans l'étude de Roupnel-Fuentes (2014), qui suit l'épreuve du chômage chez des ouvriers et ouvrières licenciés suite à la fermeture d'une usine Moulinex en France, l'auteur remarque que la santé sociale n'est pas vécue de la même façon que l'on soit un homme ou une femme. Le chômage de ces dernières est perçu comme plus acceptable car elles peuvent s'investir dans les tâches domestiques. Ce faisant, les femmes se retrouvent beaucoup plus isolées, d'une part

parce qu'elles restent plus au foyer et, d'autre part, parce que la communication dans le couple est rompue et dominée par les stéréotypes de genre.

3.1.3 L'impact de la perte de revenu sur le système de soin individuel

Existe-t-il des transformations des façons de se soigner qui seraient propres à la perte d'emploi ? Est-ce que la perte d'emploi signifie une baisse des visites médicales, de la prise de médicaments, du suivi médical, etc. ? En bref, qu'en est-il du renoncement aux soins et d'un basculement entre un suivi médical régulier vers un suivi plus irrégulier ? Une étude menée auprès des bénéficiaires du RSA en France (Moisy, 2014) montre que plus l'éloignement marché du travail sera profond, plus le renoncement aux soins sera fort.

En parallèle, est-ce que le recours au système des urgences augmente chez les travailleurs sans emploi ? Deux points sont à soulever :

- (1) Les urgences constituent un moyen de se faire soigner dans un système où on ne peut pas être refusé pour des raisons financières.
- (2) Les urgences sont une forme de « dernier recours » ; on s'y rend parce que la situation n'est plus tenable, même s'il ne s'agit pas d'une urgence au sens des services médicaux.

Cependant, existerait-il une dévalorisation plus ou moins tacite face à ce type de patient qui tiendrait à la fois au fait que, d'une part, ils se présentent pour une « fausse » urgence dans ce service et, d'autre part, que leur statut amène à des réactions de rejet ou à des soins moins pointus de la part d'un système hospitalier mis sous la pression constante de rentabilité et de problèmes de moyens et d'effectifs ?

3.1.4 Hausse des comportements à risques

Une des incidences principales du non-emploi sur la santé est la hausse des comportements à risques (tabagisme, alcoolisme, sédentarité, etc.) qui se traduirait par une hausse de la morbidité chez les travailleurs sans emploi (Meneton et al., 2017). A contrario, d'autres études montrent que la hausse du revenu augmente également ces comportements à risques (da Silva, 2017). Dans ce cas, il convient plutôt de se demander pourquoi certaines personnes sans emploi sont plus enclines à développer ces comportements à risques que d'autres et comment les impacts de la hausse de ces comportements se traduisent sur le long-terme.

3.2 Au niveau social

Nous avons vu dans les différents modèles explicatifs l'importance des déterminants non médicaux pour comprendre les inégalités sociales de santé. Dans le cadre d'une perte d'emploi ou d'une précarité de l'emploi, cet aspect social est une importante part de la question. De plus, les rapports aux différentes institutions et les questions de statut social peuvent être approfondies.

3.2.1 Le rapport aux institutions et aux groupes sociaux

Il s'agit ici de pointer le déclassement qui peut s'opérer pour les travailleurs sans emploi qui subissent dès lors une double peine. Puisque nous sommes dans un mouvement de responsabilisation croissante de la personne et de prise en charge de soi, tant dans la recherche d'emploi que dans la gestion de sa santé, dans quelle mesure les stigmates de chômeurs et de malades sont-ils interprétés comme une forme de « mauvaise volonté » de la part de la société ?

Dans son article portant sur les contrats aidés dans le dispositif du RMI en France, Frigul (2010) met en avant l'absence de considération pour l'état de santé dans la recherche d'emploi. Celle-ci passe à la fois par la minorisation de l'importance de l'état de santé tant par le travailleur sans emploi que par l'institution – pour qui le retour sur le marché du travail est l'objectif à atteindre quoi qu'il arrive –, mais également par le manque de moyens financiers et humains alloués aux services d'insertion socio-professionnelle pour traiter le problème. Cette situation crée en fait des cercles vicieux où les personnes ne se voient proposer que des emplois dont les conditions de travail ne conviennent pas à leur état de santé et, de surcroît, sont souvent similaires aux mauvaises conditions qui ont participé à la dégradation de la santé des travailleurs et à leur sortie de l'emploi pour certains.

Une autre question qui se pose au niveau des relations entre groupes et institutions tient aux difficultés de prise en compte de la douleur dans la biomédecine. Plus précisément, les questions liées aux souffrances psychologiques et aux douleurs chroniques ont du mal à trouver leur place au sein d'un système médical basé sur l'identification claire des causes de maladie dans le corps (les virus et les microbes) (Lenaerts, 2015). Dans un système de soins déjà rendu complexe par la situation socio-économique provoquée par l'absence d'emploi, l'impossibilité de poser un diagnostic et un traitement clairs sur ce large spectre des « douleurs » est une source de détresse supplémentaire : incompréhension de l'entourage, des institutions, injonction à négliger cette douleur, ... les pistes sont nombreuses. De même, cette réflexion invite à se pencher plus en profondeur sur l'existence de réseaux ou d'associations, cercles de connaissances, etc. qui partagent en commun ces maladies et de voir quels en seraient les impacts sur la santé de l'individu.

De plus, la biomédecine est aveugle aux « maladies sociales » : la médecine ne dira pas que c'est le chômage qui vous rend malade, ce seront vos comportements individuels et vos expositions à des risques qui expliqueront le problème, ce qui va reproduire au final un schéma de pensée où la prise en compte de la problématique du chômage sur la santé demeure difficile puisqu'on agit sur les conséquences mais pas sur les causes, en faisant fi des possibles inégalités sociales de santé.

3.3 Au niveau des systèmes macrosociaux

Selon les modèles explicatifs précédemment évoqués, ces contextes globaux seraient une part importante qui expliquerait les inégalités sociales de santé. Dans notre cas, nous pouvons faire l'hypothèse que ces systèmes vont également avoir une influence sur la santé des travailleurs sans emploi, à des niveaux plus ou moins directs.

3.3.1 Les cycles économiques

Ici, il est important de faire la distinction entre l'impact des cycles économiques (croissance et récession) et celui des politiques publiques, c'est-à-dire les réponses apportées aux problèmes des cycles économiques.

Concernant l'impact des cycles économiques, nous nous référons aux travaux d'économistes sur la relation procyclique entre cycle économique et santé (da Silva, 2017) dont l'approche consiste à évaluer comment les variations du revenu impactent la santé des individus. Dans ces études d'inspiration économique menées par Ruhm (2000) sur base de données américaines entre 1972 et 1991, la crise – ou la récession – est approchée par le taux de chômage.

L'état de santé, quant à lui, est mesuré à l'aune du taux de plusieurs maladies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies chroniques, cirrhoses, etc.), des accidents, de suicides, d'homicides et de mortalités infantiles et néonatales⁷. Ces études montrent une relation procyclique entre l'état de santé et la conjoncture économique, c'est-à-dire que « la santé s'améliore quand l'économie se détériore *temporairement*⁸ » (da Silva, 2017: 54). Ce serait donc la croissance de l'emploi qui aurait un effet négatif sur la santé, excepté sur les taux de suicide. Ainsi, « dans l'ensemble, les études économiques convergent pour confirmer la dimension procyclique de la mortalité et de la morbidité (à l'exception notable des suicides), l'explication principale étant l'augmentation des comportements à risques pendant les phases d'expansion (tabagisme, alimentation, activité physique, etc.) » (da Silva, 2017: 56). Cependant, ces résultats peuvent être remis en cause à partir de la crise économique de 2008 : plus intense et avec des effets plus profonds, cette crise et surtout les réponses politiques qui y ont été apportées, remettent en question les résultats des études classiques. À ce titre, plusieurs études mettent en avant les impacts sur la santé des personnes des politiques d'austérité et des politiques de relance, avec un jugement sans appel : « l'austérité tue, la relance sauve des vies » (da Silva, 2017 ; Jusot, 2012). En reprenant le cas du suicide, ces études montrent que « une augmentation de 1% du chômage conduit à une hausse des suicides et des meurtres et qu'une augmentation de 3% du chômage engendre une hausse des morts relatives à l'alcoolisme [...] » (da Silva, 2017: 62).

Selon d'autres recherches menées par Stuckler *et al* (2009, 2010) dans les pays de l'OCDE entre 1980 et 2005, une hausse des dépenses sociales (incluant les soins de santé) de 100\$ réduirait la mortalité toutes causes confondues de 1,19%. De même, une hausse des dépenses en soins de santé de 100\$ pourrait réduire le taux de suicide de 3,15% (Stuckler, Basu, et McKee, 2010).

Suite à la crise de 2008, de nombreux auteurs se sont penchés sur les cas des pays européens pour évaluer le bénéfice de la dépense publique sur la santé. À titre d'exemple, les cas de l'Islande et de la Grèce (Stuckler et Basu, 2013) permettent de montrer les effets respectifs d'une politique de relance ou d'austérité. Lorsque l'économie islandaise s'est effondrée, le pays a d'abord demandé de l'aide au FMI pour ensuite se raviser, face à la pression citoyenne, et choisir finalement une politique de relance. Les dépenses de protection sociale sont passées de 1,9 milliards d'euros en 2007 à 2,5 milliards d'euros en 2009, avec une augmentation d'environ 600€ par tête allouée en dépenses sociales. Suite à cela, les observations entre 2007 et 2010, donc au plus fort de la crise, montrent que l'état de santé des islandais est resté stable⁹, malgré la dévaluation de la monnaie. Comme ces dernières années l'ont montré, le cas de la Grèce est loin d'être aussi positif. Dans ce pays, le budget lié à la santé sont passées en 2009 de 26 milliards à 16 milliards d'euros. Pour beaucoup de Grecs, l'accès aux soins et aux médicaments a été restreint, faute de moyens. En conséquence, le taux de suicide des hommes a augmenté de 20% entre 2007 et 2009. Ces deux cas opposés montrent l'importance de prendre en compte les contextes socio-économiques pour comprendre la dégradation de l'état de santé en lien avec la perte d'emploi.

⁷ Infantile : dans la première année de vie ; néonatales : dans les 28 premiers jours.

⁸ Souligné par nous.

⁹ Diminution du taux de mortalité, taux de suicide et de crises cardiaques restés constants.

3.3.2 Les réformes du système de santé

Deux aspects nous semblent ici pertinents à relever. Premièrement, existe-t-il un impact de la régionalisation des soins de santé sur la santé des travailleurs sans emploi ? On peut poser les hypothèses d'un risque accru d'une santé à deux vitesses en fonction du lieu d'habitation et donc d'une hausse des coûts à charge de l'individu pour des soins spécialisés. Deuxièmement, et dans cette continuité, la refonte du paysage médical, qui se traduit par la fermeture progressive des hôpitaux et centres médicaux de quartiers en faveur de grands centres hospitaliers a-t-elle un impact négatif plus marqué chez les travailleurs sans emploi du fait, par exemple, d'un problème de mobilité plus accru ? Ou au contraire, l'offre de soins plus spécialisés permet-elle un meilleur traitement ? On peut également se pencher sur la problématique de la pénurie de médecins généralistes qui pousse peut-être à ne pas se rendre chez le médecin et à payer plus cher pour une consultation spécialisée ou plus éloignée.

3.3.3 Les réformes du droit aux allocations d'insertion et de chômage

Ici, il s'agit de prendre en considération la baisse du droit d'accès aux allocations de chômage. Cela peut avoir un effet objectif et financier, mais également être une source de stress supplémentaire et d'anxiété pour les travailleurs sans emploi. La même question se pose quant à la hausse des transferts vers le CPAS et la mise en place de dispositifs pour prendre en charge les travailleurs sans emploi qui ont des problèmes de santé.

Une autre question apparaît et serait particulièrement liée aux jeunes exclus du droit au chômage et des allocations d'insertion (stage d'attente). Se pourrait-il qu'il y ait un double phénomène d'invisibilisation à la fois par l'absence de cette population dans les chiffres du chômage, mais également au niveau de la santé ? Puisque les jeunes sont censés être en bonne santé, on questionne peu leurs conditions de santé dans leur recherche d'emploi ; ils sont réputés être résistants et ceci n'est pas remis en question.

4. DES CHIFFRES EN FRANCE

En septembre 2018, la SNC (Solidarités Nouvelles face au Chômage) publiait le rapport « la santé des chercheurs d'emploi, enjeu de santé publique ». Dans ce rapport, les auteurs font état de la situation et de la nécessité de mettre à l'agenda cette question « qui entraîne une perte de chance pour chacun des chercheurs d'emploi [et qui] représente aussi un coût en termes de dépenses sociales » (SNC, 2018: 23). Selon leurs données, cette problématique concernerait au moins de 6 millions de Français.

4.1 Problèmes de santé

Tableau 1 : état de santé déclaré des actifs occupés et des personnes au chômage, chiffres 2012 (enquête sur la santé et la protection sociale 2012, IRDES).

	<i>Actifs occupés</i>	<i>Personnes au chômage</i>
<i>État de santé bon à très bon</i>	81 %	71 %
<i>État de santé assez bon, mauvais et très mauvais</i>	19 %	29 %
<i>Troubles du sommeil (au moins 3 nuits par semaine)</i>	31 %	39 %
<i>Symptômes dépressifs</i>	4 %	8 %

Source : SNC, 2018.

Dans le baromètre 2018 sur le chômage et ses impacts réalisé pour la SNC, 2135 personnes ont été interrogées et pour 34% de celles-ci, leur santé s'est dégradée pendant la période de la recherche d'emploi. Pour ce même échantillon, 55% estiment que leur santé est demeurée la même et 11% qu'elle s'est améliorée. Parmi les dégradations les plus fréquentes, on retrouve le stress, la dépression, les maladies chroniques accentuées, les problèmes dentaires laissés de côté et la prise de poids.

Tableau 2 : dégradations de santé rencontrées lors de la période de recherche d'emploi (baromètre du chômage et de ses impacts, 2018).

Problème de santé	
<i>Stress</i>	14 %
<i>Dépression</i>	12 %
<i>Maladies chroniques accentuées (asthme, hypertension, diabète, cholestérol, eczéma psoriasis), moins de défense immunitaire</i>	11 %
<i>Soins dentaires (non soignés, abandonnés, difficulté à voir un spécialiste)</i>	9 %
<i>Prise de poids (ennui, grignotage)</i>	8 %
<i>Autres réponses peu précises (plusieurs choses sur différents plans : problèmes familiaux, plus de mutuelle, difficultés financières)</i>	8 %
<i>Douleurs musculaires, apparition de douleurs au dos, vertèbres, cervicales, articulaires</i>	8 %
<i>Problèmes de vue, changer de lunettes</i>	7 %
<i>Déprime, tristesse, asthénie</i>	7 %
<i>Problèmes de sommeil, insomnies</i>	6 %
<i>Autres maladies : phlébite, AVC, troubles du rythme cardiaque</i>	5 %
<i>Anxiété, crise d'anxiété, crise d'angoisse</i>	5 %
<i>Fatigue, vertige</i>	5 %
<i>Souffrance psychologique, sentiment d'inutilité, manque de confiance, humiliation liée aux non-réponses, repli sur soi</i>	5 %
<i>Perte de poids, d'appétit et amaigrissement</i>	3 %
<i>Moins de temps et d'argent pour faire du sport ou bouger</i>	2 %

Source : SNC, avril 2018.

4.2 Comportements

Comme nous l'avons vu précédemment, les comportements à risques ont tendance à se multiplier lors des périodes de recherche d'emploi, avec des conséquences néfastes tant sur la santé physique que mentale.

Tableau 3 : impact des périodes de non emploi sur les comportements chez les personnes ayant connu une période de chômage ou en recherche d'emploi.

	Impact positif	Pas d'impact	Impact négatif
<i>Comportement alimentaire</i>	17 %	44 %	39 %
<i>Activités physiques ou sportives</i>	20 %	42 %	38 %
<i>Loisirs</i>	18 %	31 %	51 %

Source : SNC, avril 2018.

4.3 Décès

Selon Pierre Meneton (2015), 10 000 à 14 000 décès seraient imputables chaque année au chômage en France. Ces décès sont tant liés à des morts violentes (suicides et accidents) qu'à des maladies ou comportements qui découleraient de la perte d'emploi. Cependant, dans ce second cas, les auteurs notent que le chômage a « un effet catalyseur mais n'est pas un facteur déclenchant » (SNC, 2018: 28).

4.4 Renoncement aux soins

Le baromètre SNC met en avant que les chercheurs d'emploi renoncent beaucoup plus fréquemment aux soins que les actifs occupés. En effet, 54% des répondants affirment avoir renoncé à des soins, une hospitalisation, des soins dentaires, de lunettes, d'audition, etc. durant la période de non emploi. La très grande majorité de ces renoncements concernent la personne elle-même et non pas son entourage. Les raisons de ce renoncement aux soins sont diverses, mais la question financière demeure prédominante dans la décision.

Tableau 4 : raisons du renoncement aux soins chez les personnes ayant connu une période de non emploi.

<i>Problèmes financiers</i>	71 %
<i>Absence de professionnels de santé intégralement remboursés</i>	33 %
<i>Perte ou dégradation de la couverture offerte par la mutuelle</i>	26 %
<i>Délais de rendez-vous trop longs</i>	12 %
<i>Autres</i>	1 %

Source : SNC, avril 2018.

5. DES CHIFFRES EN BELGIQUE

Contrairement à la France qui s'est récemment emparée du sujet (voir le rapport de la SNC, 2018), peu de chiffres concernant précisément la relation entre état de santé et non-emploi sont disponibles en Belgique. Cependant, un constat similaire à la situation française peut être dressé grâce aux données sur la santé globale.

5.1 Les travailleurs sans emploi en Belgique

Avant de passer aux données qui concernent spécifiquement la santé, nous nous penchons ici sur les chiffres relatifs au chômage et au travail précaire en Belgique. En effet, comme nous le verrons, les données disponibles sur la santé concernent souvent la population générale et il

paraît donc pertinent d'établir en premier lieu la part de la population qui pourrait être concernées par ces problèmes de santé.

Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessous renseignent le nombre de chômeurs en Belgique en 2016. Derrière ces chiffres, nous retrouvons deux catégories de ce qui est entendu sous le terme « chômeurs ». La colonne « Enquête Force de Travail » reprend toutes les personnes de 15 à 64 ans qui n'ont pas d'emploi au moment de l'enquête, qui sont disponibles sur le marché du travail et qui cherchent activement du travail. La deuxième colonne reprend la définition administrative du chômage, c'est-à-dire les demandeurs d'emploi inoccupés qui comprennent les chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi (CCI-DE), les demandeurs d'emploi inoccupés et obligatoirement inscrits et les demandeurs d'emploi inoccupés librement inscrits.

Tableau 5 : nombre de chômeurs/demandeurs d'emploi (EFT et données administratives), 2016.

	Enquête Force de Travail	Données administratives
<i>Homme</i>	215 721	290 908
<i>Femme</i>	173 108	259 234
<i>Total</i>	388 829	550 142

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2018.

Au total, nous retrouvons donc 550 142 personnes actives inoccupées en Belgique. Ce groupe de population pourrait donc être sujet à une dégradation de la santé dû à leur situation. Cependant, parmi cet ensemble, des personnes vont avoir une plus forte résilience face à ces problèmes de santé et d'autres seront plus vulnérables. Les tableaux suivants ont donc pour objectif de montrer ces groupes plus vulnérables au sein de la population des travailleurs sans emploi.

Nous avons vu précédemment que les ressources financières sont un enjeu important en matière de maintien en bonne santé. Le tableau suivant montre que le risque de basculement dans la pauvreté chez les chômeurs atteint presque un individu sur deux, ce qui traduit une vulnérabilité très forte des personnes vivant une situation de non emploi, par comparaison aux personnes en emploi.

Tableau 6 : risque de pauvreté en pourcentage de la population totale, des chômeurs et travailleurs de 16 ans et plus, 2016.

	Population totale	Chômeurs	Travailleurs
<i>Homme</i>	14,4 %	:	4,8 %
<i>Femme</i>	16,5 %	:	4,6 %
<i>Total</i>	15,5 %	45,9 %	4,7 %

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2018.

Face à ce risque accru de pauvreté en général, nous avons vu que la durée de la période de recherche d'emploi était un facteur à prendre en compte pour mesurer l'impact du non emploi sur l'évolution de l'état de santé. En effet, la période en elle-même, mais également la densité des allers-retours entre des emplois à durée déterminée et le retour à la recherche d'emploi

sont générateurs d'une précarité qui peut impacter les soins de santé, mais également être une source de stress et d'anxiété. En Belgique, les chiffres montrent qu'environ un tiers des demandeurs d'emploi inoccupés le sont depuis 24 mois au moins.

Tableau 7 : nombre de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée d'inoccupation, 2016.

<i>Durée</i>	
<i>Moins de 6 mois</i>	168 867
<i>Entre 6 et 11 mois</i>	86 285
<i>Entre 12 et 23 mois</i>	93 586
<i>24 mois ou plus</i>	201 975
Total	550 140

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2018.

Enfin, nous avons vu que la précarisation de l'emploi, caractérisée par l'augmentation des contrats à durée déterminée ou à temps partiel involontaires, est un phénomène qui prend de l'ampleur et qui impacte également la santé mentale. À titre d'information, en Belgique, cette situation touche 8,7% des salariés et en particulier les femmes, qui selon les études menées en France sont plus sujettes aux troubles de la santé mentale (stress, anxiété, problèmes de sommeil, etc.) et à l'isolement social.

Tableau 8 : pourcentage de travail involontaire à temps partiel et/ou à durée déterminée chez les salariés de 15 à 64 ans, 2016.

<i>Homme</i>	7,4 %
<i>Femme</i>	10,1 %
Total	8,7 %

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2018.

Pour conclure, nous voyons que la relation entre la perte d'emploi et la dégradation de la santé peut toucher un nombre conséquent de personnes en Belgique. De plus, les risques liés à la pauvreté et à la précarité de l'emploi font de la question de la santé un enjeu de santé publique qui doit être approfondi. Comme nous allons le voir ci-après sur les données concernant la santé en Belgique, le gradient socio-économique a de surcroît un fort impact sur la santé, de la même façon que les personnes ayant un faible niveau d'instruction sont plus touchées par le chômage, ce qui traduit l'ampleur des inégalités sociales de santé déterminantes pour comprendre la relation entre le non-emploi et la dégradation de la santé.

Tableau 9 : taux de chômage par niveau d’instruction parmi la population active de 15 à 64 ans, 2016.

Niveaux d’instruction		
<i>Faible</i>	Homme	16,0 %
	Femme	16,2 %
	Total	16,1 %
<i>Moyen</i>	Homme	7,9 %
	Femme	8,3 %
	Total	8,1 %
<i>Elevé</i>	Homme	4,1 %
	Femme	4,4 %
	Total	4,2 %

Source : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale, 2018.

5.2 Problèmes de santé

Selon les données Eurostat (2017), les Belges actifs occupés se déclarent volontiers en meilleure santé que les travailleurs sans emploi. A contrario, ils sont beaucoup moins nombreux (2%) que les travailleurs sans emploi à se déclarer en mauvaise santé (10,8%).

Tableau 10 : état de santé perçu chez les actifs occupés et travailleurs sans emploi.

État de santé perçu (16-64 ans)	Actifs occupés		Travailleurs sans emploi	
	Belgique	Moyenne UE	Belgique	Moyenne UE
<i>Très bon ou bon</i>	87,5 %	81,9 %	69,4 %	70,8 %
<i>Moyen</i>	10,3 %	15,5 %	16,9 %	19,3 %
<i>Mauvais</i>	2 %	2,3 %	10,8 %	7,7 %

Source : Eurostat, 2017.

Au niveau belge, **l’enquête santé de l’ISP-WIV**¹⁰ (2013, actuellement en cours pour 2018), permet de donner des indications sur la situation de la santé en Belgique. De manière générale, nous retenons que la Flandre présente des chiffres plus positifs que les deux autres Régions du pays. De même, dans la plupart des cas les femmes et les personnes aux niveaux d’instruction plus faibles présentent des chiffres plus inquiétants que les hommes et les personnes avec un haut niveau d’instruction.

La plupart des chiffres présentés ci-après proviennent de cette enquête ainsi que du Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie à l’Horizon 2030. Les autres chiffres proviennent des données disponibles via l’INAMI.

Concernant la santé subjective, pour la population de 15 ans ou plus, 77,9% des répondants se déclarent en bonne ou très bonne santé, comparé à 22,1% qui se déclarent en mauvaise ou très

¹⁰ ISP-WIV, Institut Scientifique de Santé Publique. Enquête par questionnaire réalisée auprès de 10 829 personnes réparties dans les trois régions, choisies au hasard afin de pouvoir inclure des personnes qui ont peu recours aux soins.

mauvaise santé. De même, cette appréciation subjective est moins favorable chez les femmes (23,6%) que chez les hommes (20,4%). De très forts écarts se marquent aussi en fonction du niveau d'instruction : les individus avec un niveau d'instruction primaire ou sans diplôme sont 38,7% à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé, comparé à 13,5% pour les personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur.

Les données de l'INAMI montrent une évolution constante depuis 2010 du **nombre d'invalides par groupes de maladie** (données 2010-2014). Outre cette évolution préoccupante, nous remarquons que le nombre d'invalides pour troubles mentaux (5) et maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (13) représente à lui seul 64,5% des maladies menant à une invalidité en 2014. De plus, la répartition par sexe montre que les femmes sont tendanciellement plus atteintes par ces deux pathologies que les hommes.

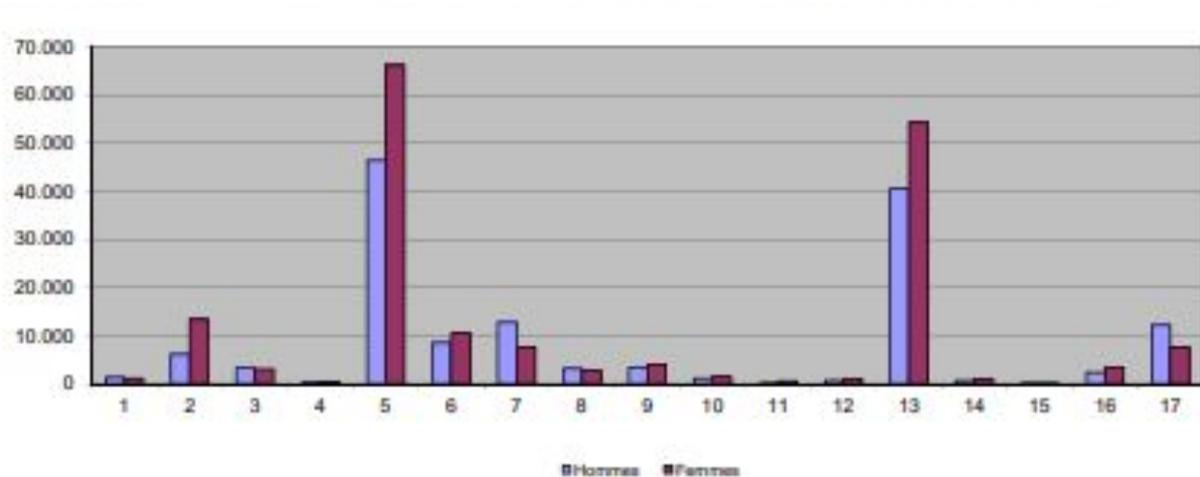
Tableau 11 : effectif des invalides par groupes de maladie
au 31 décembre 2014 – Évolution 2010 – 2014.

<i>Groupe de maladie</i>		2010	2014
1	Maladies infectieuses et parasitaires	2 217	2 507
2	Tumeurs	16 083	19 539
3	Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5 733	6 390
4	Maladies du sang et des organes des hématopoïdes	433	564
5	Troubles mentaux	88 535	112 648
6	Maladies du système nerveux et des organes des sens	15 512	19 102
7	Maladies de l'appareil circulatoire	19 571	20 434
8	Maladies de l'appareil respiratoire	5 689	5 918
9	Maladies de l'appareil digestif	6 404	7 330
10	Maladies des organes génito-urinaires	2 110	2 557
11	Complications de la grossesse et accouchement	481	554
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 375	1 682
13	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	69 583	94 884
14	Anomalies congénitales	1 602	1 672
15	Affections d'origine de la période périnatale	19	25
16	Symptômes, signes et états morbides mal définis	5 427	5 754
17	Lésions traumatiques et empoisonnements	17 080	19 900
<i>Non défini</i>		81	113
Total		257 935	321 573

Source : INAMI, Service des Indemnités, Direction finances et statistiques, 2014.

Nous précisons bien que ces chiffres ne concernent que les individus qui perçoivent des indemnités d'invalidité, ce qui signifie d'une part que le nombre d'individus pouvant être réellement atteints de ces pathologies reste flou et, d'autre part, ces chiffres ne permettent pas de voir la proportion de travailleurs sans emploi concernés et encore moins les dynamiques entre la perte d'emploi et la dégradation de la santé. De plus, l'augmentation des chiffres doit prendre en compte les facteurs de vieillissement de la population.

Figure 4 : effectif des invalides par groupes de maladie et par sexe au 31 décembre 2014.



Source : INAMI, Service des Indemnités, Direction finances et statistiques, 2014.

L'enquête santé de l'ISP montre également que les niveaux de **bien-être et vitalité** se détériorent. Selon l'enquête, 32% de la population âgée de 15 ans et plus éprouvent des difficultés psychologiques (stress, tension, malheur ou déprime, manque de sommeil, etc.), contre 26% en 2008. Les femmes déclarent un niveau d'énergie plus faible que les hommes. De plus, ces difficultés sont particulièrement marquées pour la population active (25-65 ans) ainsi que parmi les groupes plus défavorisés.

Tableau 12 : mal-être psychologique et vitalité chez les belges âgés de 15 ans et plus.

<i>Pourcentages de la population (15+ ans) qui présente</i>	2008	2013
<i>des difficultés psychologiques</i>	26%	32%
<i>Une psychopathologie probable</i>	14%	18%
<i>Un niveau optimal d'énergie vitale</i>	18%	16%

Source : enquête de santé ISP-WIV, 2013.

Entre 2008 et 2013, les **troubles émotionnels** (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) ont augmenté, même s'ils touchent sensiblement moins la Flandre que les deux autres régions. De nouveau, les femmes et les personnes au niveau d'instruction plus faible sont les plus touchées. L'âge critique pour les troubles anxieux se situerait entre 45 et 65 ans. Enfin, l'étude met en avant une forte comorbidité entre ces trois pathologies. Comme le montre le tableau ci-dessous, les femmes sont très touchées par les troubles du sommeil.

Tableau 13 : troubles émotionnels chez les hommes et femmes belges âgés de 15 ans et plus.

	2008	2013
Pourcentages de femmes (15+ ans) qui présentent		
<i>des troubles dépressifs</i>	13 %	18 %
<i>des troubles anxieux</i>	8 %	13 %
<i>des troubles du sommeil</i>	24 %	33 %
<i>des troubles alimentaires</i>		10 %
Pourcentages des hommes (15+ ans) qui présentent		
<i>des troubles dépressifs</i>	6 %	11 %
<i>des troubles anxieux</i>	4 %	7 %
<i>des troubles du sommeil</i>	18 %	26 %
<i>des troubles alimentaires</i>		6 %

Source : Enquête de Santé ISP-WIV, 2013.

Rejoignant les chiffres concernant les troubles émotionnels, la **consommation de médicaments psychotropes** concerne plus les femmes (20%) que les hommes (12%). Cette consommation augmente avec l'âge et est plus fréquente dans les ménages à faible niveau d'instruction. Alors que les chiffres restent relativement stables concernant les médicaments psychotropes et les somnifères, l'enquête met en avant une plus forte augmentation du recours aux antidépresseurs.

Tableau 14 : utilisation de médicaments psychotropes chez les hommes et femmes belges âgés de 15 ans et plus.

	2008	2013
Pourcentages de femmes (15+ ans) qui consomment		
<i>des médicaments psychotropes</i>	21 %	20 %
<i>des somnifères et tranquillisants</i>	19 %	16 %
<i>des antidépresseurs</i>	7,4 %	9,5 %
Pourcentages des hommes (15+ ans) qui consomment		
<i>des médicaments psychotropes</i>	10 %	12 %
<i>des somnifères et tranquillisants</i>	9 %	10 %
<i>des antidépresseurs</i>	3,8 %	5,6 %

Source : Enquête de Santé ISP-WIV, 2013.

Comme nous l'avons vu plus en avant, il existe des liens entre le non-emploi et les suicides. Concernant **les comportements suicidaires**, l'enquête ISP montre que ceux-ci concernent tant les hommes que les femmes, avec un âge critique qui se situe entre 45 et 54 ans. Il est bien question ici de comportements suicidaires, car l'enquête ISP pose une distinction entre le fait d'avoir des idées suicidaires et le passage à l'acte. Concernant cette distinction, les idées suicidaires ne semblent pas liées au niveau d'éducation, mais bien le passage à l'acte où les personnes avec un plus faible niveau d'instruction sont plus fragiles. L'enquête montre également que le nombre de tentatives de suicide reste stable entre 2008 et 2013, là où les pensées suicidaires sont en augmentation dans la population générale.

Enfin, la **douleur physique** touche plus les femmes que les hommes, de même que les personnes moins instruites. Ces douleurs ont également une incidence sur la santé mentale et

sont difficiles à traiter car il y a un manque de reconnaissance de la douleur comme problème de santé (postulat biomédical).

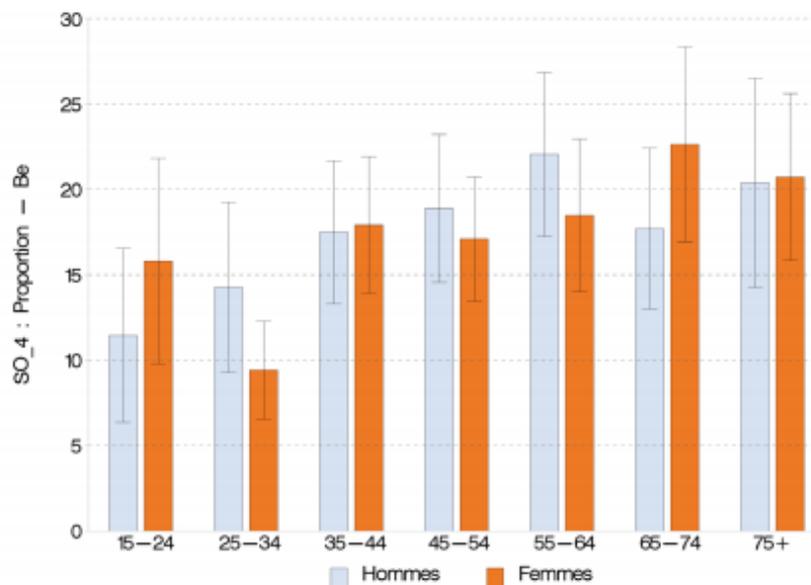
5.3 Santé sociale

Comme discuté précédemment, la santé sociale fait partie intégrante de la définition d'un bon état de santé et ceci peut se comprendre au moins de deux façons. Premièrement, l'existence d'un réseau social dense et de qualité permet à l'individu d'être entouré et d'avoir des relations sociales fréquentes et saines. Deuxièmement, ce réseau social pourra également augmenter la capacité de résilience mais aussi la diffusion et l'adoption de bons réflexes liés à la santé.

Dans l'enquête de santé ISP, la santé sociale est notamment évaluée selon la satisfaction que les individus éprouvent vis-à-vis de leurs contacts sociaux, la fréquence à laquelle ils ont des contacts avec leur entourage et la **perception du soutien de leur entourage en cas de besoin**. Ce dernier angle d'approche nous semble particulièrement intéressant concernant la question de la perte d'emploi, qui est une période où le soutien social revêt une forte importance.

Les résultats montrent que 17% de la population âgée de 15 ans ou plus perçoivent le soutien de leur entourage comme faible. Comme le montre la figure ci-dessous, cette perception tend à augmenter avec l'âge.

Figure 5 : pourcentage de la population (de 15 ans et plus) dont le niveau de soutien social est qualifié de faible, par sexe et par âge



Source : Enquête de Santé ISP-WIV, 2013.

Le niveau socio-économique apparaît également comme une variable importante dans la distribution des personnes qui considèrent recevoir un faible soutien social. Sur les 17% de la population concernée, les personnes avec un niveau d'instruction faible sont plus nombreuses à déclarer se sentir moins soutenues en cas de besoin que les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

Tableau 15 : soutien social de l'entourage perçu comme faible chez les belges âgés de 15 ans ou plus selon leur niveau d'instruction

<i>Niveaux d'instruction</i>	
<i>Primaire/sans diplôme</i>	27,3 %
<i>Secondaire inférieur</i>	23,5 %
<i>Secondaire supérieur</i>	18,1 %
<i>Enseignement supérieur</i>	12,2 %

Source : Enquête de Santé ISP-WIV, 2013.

POUR CONCLURE

Nous pourrions encore mettre en avant de nombreux chiffres tirés des enquêtes menées dans le champ de la santé. Les constats demeurent similaires : les populations les plus socialement vulnérables font état d'une moins bonne santé. Si les inégalités sociales de santé transparaissent dans ces données, elles ne permettent pas de voir à ce stade l'impact précis de la perte d'emploi et du chômage sur la dégradation de la santé.

Nous avons vu que la santé est un concept global qui prend en compte des facteurs physiques, mentaux mais également sociaux. Cette diversité invite à penser la dynamique entre la santé et le non-emploi de manière globale, car la focalisation sur les comportements à risques individuels n'est qu'une facette de la problématique. En effet, celle-ci doit également prendre en compte les changements qu'occasionnent la perte d'un emploi à d'autres niveaux. Entre autres, les études montrent l'importance du regard que la collectivité porte sur le chômage et sur le statut des personnes sans emploi, mais aussi l'importance du support social en tant que déterminants non médicaux de l'état de santé.

Plus généralement, une telle approche implique également de se poser la question de notre vision de la santé, des logiques qui la sous-tendent et qui sont ancrées dans des représentations et des normes de bonne santé. Qu'est-ce qu'une bonne santé ? Qu'en coûte-t-il de l'atteindre ? Quelle reconnaissance avons-nous de certaines maladies, des douleurs chroniques, du mal-être psychique ? Ou encore, face à des pratiques à risques similaires, le statut social d'une personne change-t-il le regard que les autres portent sur lui ?

À un niveau plus global, l'interaction entre état de santé et chômage apparaît également relever de mécanismes plus systémiques. Le contexte socio-économique est ainsi générateur d'effets qui pourront se répercuter sur la santé, qu'il s'agisse de l'organisation des soins de santé ou plus largement des réponses politiques apportées à des crises économiques. Pour autant, il n'y a pas de déterminisme de l'environnement socio-économique sur les individus et c'est en prenant en compte la diversité des parcours des travailleurs sans emploi que nous pourrions mieux comprendre pourquoi la santé de certains d'entre eux se retrouve plus affectée que d'autres dans ces périodes spécifiques.

Dès lors, ce sont dans des approches dynamiques et compréhensives qui se placent tant au niveau de l'individu que des rapports sociaux que pourront être établies des pistes pour une meilleure prise en compte de la santé des travailleurs sans emploi.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdmouleh, Ridha. 2007. « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice ». *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, n° 38: 91-109.
- Ancil, Hervé, Maria De Koninck. 2008. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Sainte-Foy, Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Annandale, Ellen *et al.* 2013. « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales ». *Sciences sociales et santé* 31 (1): 13-35.
- Avalosse, Hervé *et al.* 2008. « Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes ». *MC-Informations*, septembre 2008.
- Batifoulier, Philippe, Louise Braddock, et John Latsis. 2013. « Priority Setting in Health Care: From Arbitrariness to Societal Values ». *Journal of Institutional Economics* 9 (01): 61-80.
- Batifoulier, Philippe, Nicolas da Silva, et Antoine Math. 2017. « Introduction. La santé, une clef de lecture centrale des sociétés ». *La Revue de l'Ires* 1 (91-92): 3-15.
- Blais, Mathieu. 2006. « Changement du paradigme de la santé publique et transformations de la forme de l'état ». Montréal: Université du Québec.
- Bonvin, Jean-Michel. 2011. « Au-delà de la "précarité" et de son ambivalence : la contribution de l'approche par les capacités ». *SociologieS [En ligne], Débats*.
- Cherubini, Bernard. 2004. « L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif ». *Autrepart* 1 (29): 99-115.
- Cornu Pauchet, Marianne. 2018. « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité ». *Regards* 1 (53): 43-56.
- Debout, Michel. 2015. *Le traumatisme du chômage*. Ivry-sur-Seine: Editions de l'Atelier.
- Demazière, Didier. 2017. « Les femmes et le chômage. Quelles spécificités et quelles variétés des expériences vécues ? ». *SociologieS [En ligne], Theory and Research*.
- Desprès, Caroline. 2013. « Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique ». *Sciences sociales et santé* 31 (2): 71-96.
- Direction Statistiques, Budget et Etudes. 2017. « Impact de la limitation du droit aux allocations d'insertion ». ONEM.
- Eckert, Henri. 2010. « "Précarité" dites-vous ? ». *SociologieS [En ligne]*.
- Frigul, Nathalie. 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.
- Grignon, Michel *et al.* 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, Ginette, éd. 2007. *Travail, chômage et stigmatisation : une analyse psychosociale*. 1re éd. Economie, société, région. Bruxelles: De Boeck.
- Hours, Bernard. 2004. « Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé ». *Autrepart* 1 (29): 135-44.
- . 2005. « Les états moraux de la santé unique ». *Journal des anthropologues*, n° 100-101: 317-27.
- Jadot, Jean. 2008. « Incapacité de travail temporaire et troubles anxio-dépressifs ». *Santé Publique* 20 (5): 455.
- Jeoffrion, Christine. 2009. « Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé ». *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* 2 (82): 73-115.

- Jusot, Florence. 2012. « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? » *Les Tribunes de la santé* 3 (36): 73-80.
- Khourcha, Khadija. s. d. « Les réalités et le vécu des situations de précarité ». In *Sens et avenir du travail*, 1: 22-31. Politique.
- Lang, Thierry, et Valérie Ulrich. 2017. « Les inégalités sociales de santé : actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016 ». In *Les inégalités sociales de santé*, édité par Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. France: Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Laroque, Guy, et Bernard Salanié. 2000. « Une décomposition du non-emploi en France ». *Economie et Statistique* 331 (1): 47-66.
- Le Clainche, Christine. 2016. « Analyser les liens entre la santé et le travail : le point de vue d'un économiste ». *Sciences sociales et santé* 34 (1): 65-76.
- Fondation Roi Baudouin. 2010. « L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique ». Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Martinache, Igor. 2013. « Pauvreté et exclusion : Des notions toutes relatives ». *Idées économiques et sociales* 171 (1): 4-9.
- Math, Antoine. 2017. « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe ». *La Revue de l'Ires* 91-92 (1): 17-47.
- Meneton, Pierre *et al.* 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): 707-16.
- Meneton, Pierre *et al.* 2017. « Le chômage : un problème de santé publique majeur ». *La Revue de l'Ires* 1 (91-92): 141-54.
- Moisy, Muriel. 2014. « Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA ». 882. Etudes & Résultats. Drees.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2017. « Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté ». Bruxelles: Commission communautaire commune.
- Oyen, Herman van, éd. 2010. *Les inégalités sociales de santé en Belgique*. Société et avenir. Gent: Academia Press.
- Paugam, Serge. 1997. « L'exclusion : Généalogie d'un paradigme social ». *Sociétés & Représentations* 5 (2): 129-55.
- Pierret, Régis. 2013. « Qu'est-ce que la précarité ? » *Socio*, n° 2: 307-30.
- Pommier, Jeanine et Olivier Grimaud. 2007. « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles ». *Santé Publique* 19 (hs): 9-14.
- Roupnel-Fuentes, Manuella. 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.
- Silva, Nicolas da. 2017. « L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé ». *La Revue de l'Ires* 1 (91-92): 49-75.
- 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.
- Spira, Alfred. 2017. « Précarité, pauvreté et santé ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2017.
- Strohl, Hélène. 2017. « Pour une solidarité sociétale ». *Sociétés* 138 (4): 7-18.
- Stuckler, D., S. Basu, et M. McKee. 2010. « Budget Crises, Health, and Social Welfare Programmes ». *BMJ* 340 (1): 3311-3320.
- Stuckler, David *et al.* 2009. « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis ». *The Lancet* 374 (9686): 315-23.
- Vigneul, Michel. 2013. « Principales caractéristiques du système de santé belge (niveau fédéral) ». INAMI, novembre 4.

- Vultur, Mircea. 2010. « La précarité : un “concept fantôme” dans la réalité mouvante du monde du travail ». *SociologieS [En ligne], Débats*.
- Whitehead, M, et G Dahlgren. 1991. « What Can Be Done about Inequalities in Health? » *The Lancet* 338 (8774): 1059–63.
- World Health Organization, éd. 1946. *Basic Documents*. 48th edition. Geneva: World Health Organization.
- . 2004. *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Genève: Organisation mondiale de la santé. <http://site.ebrary.com/id/10062373>.