

Étude



APERÇU

À ce jour, il existe pour la Belgique très peu d'analyses rigoureuses de l'état de santé des chômeurs de longue durée. Sont-ils tous aptes au travail ? En comparant le profil de consommation de soins des chômeurs de longue durée avec celui des travailleurs et des invalides, cette étude montre qu'une proportion non-négligeable de chômeurs de longue durée présente un profil de santé plus dégradé que celui des travailleurs. Outre un profil socio-démographique défavorisé, les chômeurs de longue durée présentent un taux de mortalité plus élevé, une incidence plus marquée pour certaines pathologies et un recours moindre à la prévention et la première ligne de soins. Les politiques d'activation coercitives basées sur la dégressivité des allocations de chômage et leur limitation dans le temps sont donc inadaptées. Un accompagnement des chômeurs de longue durée qui intègre les dimensions sanitaires et psychosociales constituerait une alternative plus adéquate. Population particulièrement fragile, les chômeurs de longue durée devraient en outre bénéficier de politiques de renforcement de l'accessibilité financière des soins de santé.

NOS RECOMMANDATIONS

- Intégrer la dimension sanitaire et psychosociale à l'accompagnement des chômeurs de longue durée.
- Sensibiliser et inciter les employeurs à la réinsertion des chômeurs de longue durée.
- Automatiser l'octroi du BIM pour les chômeurs de longue durée.
- Garantir des allocations de chômage toujours 15% supérieures au seuil de pauvreté.
- Généraliser le tiers payant obligatoire.
- Supprimer les suppléments d'honoraires.
- Supprimer le statut de cohabitant.

Les chômeurs de longue durée : des travailleurs comme les autres ?

Analyse comparative du profil de santé des chômeurs de longue durée, des travailleurs et des invalides

Introduction

En 2022, le taux de chômage des Belges âgés de 15 à 64 ans était de 6% (Statbel 2023). Derrière ce taux, ce sont 277 000 personnes qui sont concernées, dont 26% sont au chômage depuis deux ans ou plus (idem). Pour atteindre l'objectif d'un taux d'emploi de 80% à l'horizon 2030, l'activation des seuls chômeurs ne peut suffire (Lorent 2022). C'est pourquoi une série de mesures ont été prises qui visent à remettre sur le marché du travail celles et ceux qui en sont sortis. On parle ici des « inactifs », qui représentent 24% de la population en âge de travailler et qui sont majoritairement des invalides¹. Ainsi a-t-on vu en janvier 2022 l'apparition de coordinateurs de retour au travail, chargés d'accompagner les malades de longue durée dans leur trajet de retour au travail.

Pour les chômeurs, en revanche, les mesures ne sont pas marquées du sceau de l'accompagnement mais bien de celui du contrôle d'une population toujours suspecte de fainéantise ou d'irresponsabilité (Loriaux 2015). À cet égard, il est intéressant de noter que l'implémentation de dispositifs de contrôle des chômeurs pousse une partie d'entre-deux vers le régime de l'incapacité de travail (De Brouwer, Leduc et Tojerow 2023). Alors que son efficacité est loin d'être établie -contrairement à ses conséquences sociales-, la limitation dans le temps des allocations de chômage pousserait également les chômeurs de longue durée vers d'autres régimes (Coquet 2017 ; Cockx et al. 2018 ; Nuyts 2023). Ces constats posent la question de l'état de santé de nos chômeurs longue durée. Sont-ils tous aptes au travail ?

Que sait-on de la santé des chômeurs ? Les liens réciproques entre statut d'emploi et état de santé est bien établi dans la littérature (voir entre autres Meneton et al. 2017 ; Ronchetti et Terriau 2020 ; Duchene 2023). Une mauvaise santé peut être à l'origine de la perte d'un emploi et augmente le risque d'être au chômage. À son tour, la perte d'un emploi est susceptible d'impacter la santé et le recours aux soins de plusieurs manières.

¹ Une personne passe sur le régime de l'invalidité après un an d'incapacité de travail.

Méthodologie

Bien que les mutualités ne disposent pas des diagnostics dont leurs affiliés font l'objet, elles peuvent approcher leur état de santé sur base d'indicateurs indirects, appelés proxys. Par exemple, la consommation d'antidépresseurs est un indicateur de dégradation de la santé mentale. En tant qu'organismes assureurs, elles ont accès à la consommation des soins de santé qu'elles remboursent. En croisant les données de consommation de soins avec les profils socio-démographiques des affiliés, les mutuelles peuvent établir le profil de santé d'une population donnée. Par définition, seuls les soins effectivement remboursés sont comptabilisés lorsqu'on utilise des proxys. Cette méthode est donc aveugle, d'une part, à d'éventuelles sous-consommation de soins et, d'autre part, aux recours à des pratiques de soins et des médicaments non remboursés.

Dans le cadre de cette étude, nous avons comparé le profil socio-sanitaire et la consommation de soins de trois populations :

Travailleurs : titulaires âgés de 25 à 65 ans ayant travaillé sans période de chômage entre 2014 et 2016.

Chômeurs longue durée : titulaires âgés de 25 à 65 ans ayant été au chômage à temps plein entre 2014 et 2016.

Malades longue durée : titulaires âgés de 25 à 65 ans ayant connu au moins un jour sur le régime de l'invalidité en 2016.

Dans la mesure où certains indicateurs font l'objet d'un suivi sur trois ans et pour éviter toute interférence avec les effets du COVID-19, la période considérée pour la constitution des populations s'arrête en 2016.

Parmi les 1 067 632 affiliés titulaires âgés de 25 à 65 ans sur la période considérée, nous avons identifié 510 434 travailleurs (48%), 42 863 chômeurs longue durée (4%) et 138 204 invalides (13%) (Tableau 1).

Afin de neutraliser les effets imputables aux différences d'âge et de genre, les résultats présentés ci-dessous sont standardisés selon la méthode de la standardisation directe. Cela signifie que les taux bruts obtenus ont été modifiés dans les trois populations en leur appliquant une structure d'âge et de sexe identique. Cela permet de comparer les trois populations en neutralisant les différences de proportions d'âges et de sexe.

Sur le plan de la **santé physique**, on sait depuis longtemps qu'il existe un gradient social : la santé est corrélée au niveau socio-économique (Marmot et Wilkinson 2005 ; Charafeddine et al. 2019; Solidaris 2019). En Belgique, la proportion de chômeurs qui s'estiment en mauvaise santé est 7 fois plus élevée que parmi les salariés (Faure 2019). Et celle-ci augmente avec la durée du chômage. Or, les chômeurs forment la population présentant le risque de pauvreté le plus élevé : près de deux chômeurs sur trois (64%) risquent de tomber dans la pauvreté et l'exclusion sociale tandis que cette situation concerne moins de six travailleurs sur cent, soit douze fois moins (Eurostat 2021).

Le chômage, surtout lorsqu'il perdure, a également un impact sur la **santé mentale** (Bourguignon et Herman 2018). Souvent dévalorisante, voire humiliante, l'expérience du chômage peut conduire au repli sur soi, à l'apathie et à la résignation (Demazière 2006). En Belgique, ce sont 37% des travailleurs sans emploi qui déclarent souffrir de troubles dépressifs, chiffre qui passe à 45% chez les chômeurs de plus de deux ans (Faure 2019). La perte d'un emploi peut également induire davantage de comportements à risques néfastes pour la santé, notamment la consommation abusive d'alcool, de cigarettes et de médicaments (Ronchetti et Terriau 2020).

En plus de se trouver dans une situation sociale et financière portant atteinte à leur intégrité physique et mentale, les chômeurs ont davantage tendance à reporter leurs soins de santé (Institut Solidaris 2021). Ils sont ainsi près d'un sur quatre à déclarer reporter des consultations chez le médecin généraliste, et plus encore pour les spécialistes et les dentistes (Idem). Ce faisant, ils s'exposent à l'aggravation de pathologies existantes et au développement de troubles non-détectés. Cela s'explique notamment par le fait que la santé devient moins prioritaire dans une situation sociale instable (Cienka et al 2021).

Si l'on sait qu'il existe un lien entre le statut d'occupation et la santé en raison des variations de statut socio-économique, on trouve à ce jour très peu d'analyses rigoureuses de la consommation de soins de santé des chômeurs de longue durée en Belgique. C'est ce que nous proposons ici. Face aux questions posées plus haut, nous faisons l'hypothèse que la santé des personnes sans emploi est moindre que celle des personnes qui travaillent et, à certains égards, plus proche de celle des personnes invalides. En mettant cette hypothèse à l'épreuve des données, nous entendons fournir un nouvel éclairage aux politiques d'activation des chômeurs et formuler des propositions pertinentes en la matière.

Concrètement, nous comparons dans cette étude le profil de consommation de soins de trois populations : travailleurs, chômeurs de longue durée et malades en invalidité. À noter que cette étude descriptive n'a pas pour vocation d'explorer le lien de causalité entre chômage de longue durée et santé, mais bien de comparer le profil de consommation de soins de santé des trois populations étudiées.

	Travailleurs	Chômeurs	Invalides
Âge	25-65 ans	25-65 ans	25-65 ans
Titulaires	V	V	V
Ouvriers/employés	V	V	V
Non décédés en 2016	V	V	V
Incapacité de travail	X ou V	X ou V	X ou V
Invalidité	X	X	V (au moins 1 jour)
Chômage	X	V (temps plein sur les 3 années)	X
Période	2014 2015 2016	2014 2015 2016	2016
Nombre de personnes sélectionnées (total 691.501)	5110.434	42.863	138.204
Répartition des sous-groupes/population totale (total 1.067.632). L'ensemble des individus sélectionnés représentent 64,76% de la population totale.	47,81%	4,01%	12,94%

Tableau 1 : Définition des sous-populations

Résultats

Caractéristiques démographiques des sous-populations

Le Tableau 2 présente les caractéristiques socio-démographiques des trois sous-populations étudiées.

	Travailleurs	Chômeurs	Invalides
Âge	43 ans	54 ans	50 ans
% de femmes	51,9%	45,8%	56,1%
% de BIM	3,5%	60,9%	50,6%
% de familles monoparentales	5,1%	8%	9,5%
% d'ouvriers	45%	79,9%	77,4%
% d'employés	55%	20,1%	22,6%
% d'affiliés vivant dans des quartiers aux revenus inférieurs	16,1%	41,7%	29,5%
% d'affiliés vivant dans des quartiers aux revenus supérieurs	32,8%	14%	19,5%

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des sous-populations

Au plan **socio-économique**, on voit que les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) sont nettement plus représentés chez les chômeurs (61%) et les invalides (51%) que chez les travailleurs (4%). Au niveau du statut, on constate que 80% des chômeurs et 77% des invalides sont des ouvriers. On observe par ailleurs que la proportion de travailleurs résidant dans les 25% des quartiers les plus pauvres est deux fois plus faible que dans les quartiers les plus riches, alors que pour les chômeurs et les invalides, ce rapport est inversé². La proportion de chômeurs habitant dans les quartiers les plus pauvres est près de trois fois plus élevée que dans les quartiers les plus riches. Pour les invalides, ce rapport est de 1,5.

Par ailleurs, nos analyses standardisées montrent que le taux de personnes précarisées est 4,2 fois plus élevé dans la population de chômeurs que parmi les travailleurs (Figure 1). Nous identifions les personnes précaires grâce à un indice synthétique basé sur deux critères : statut BIM et le fait d'habiter dans un quartier statistique défavorisé. 76% des chômeurs sont concernés, contre 62% des invalides et 18% des travailleurs.

On observe également une structure **démographique** différente pour ces sous-populations (Figure 2). Alors que 64% des chômeurs sont âgés de 55 ans ou plus, seuls 14% des travailleurs et 37% des invalides se situent dans cette tranche d'âge.

Par ailleurs, on observe que si le groupe des travailleurs est équilibré en matière de genre, ce n'est pas le cas pour les personnes au chômage (54% d'hommes) et pour les invalides (56% de femmes).

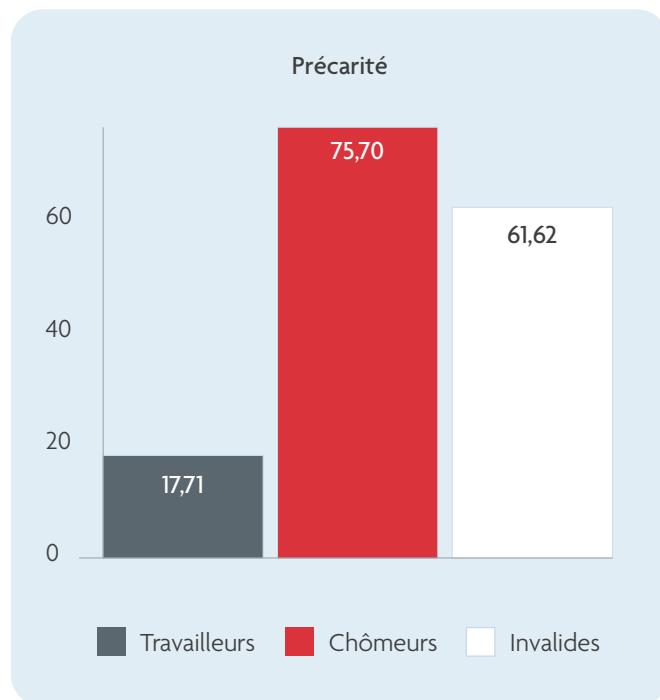


Figure 1 : % d'affiliés précarisés (taux standardisés)

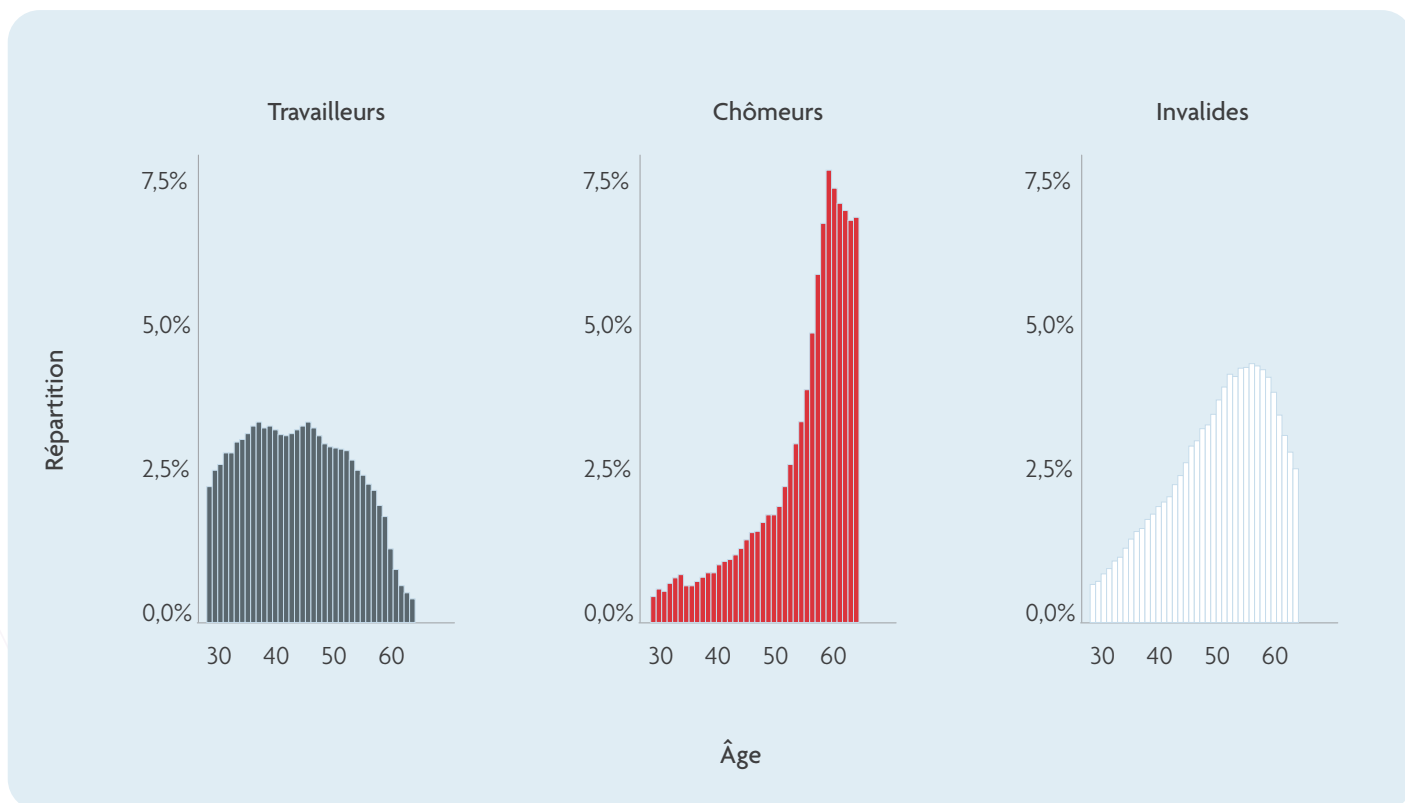


Figure 2 : Distribution de l'âge dans les différentes sous-populations

² Le quartier statistique (ou le secteur statistique) est la plus petite unité territoriale de base du territoire belge. L'ensemble du territoire belge est ainsi découpé en 20.000 quartiers statistiques. Le SPF économie rend public le revenu net médian de chaque quartier et nous l'utilisons pour identifier les quartiers les plus précaires (25% des quartiers avec les revenus les plus faibles) et les quartiers les plus riches (25% des quartier avec les revenus les plus élevés).

Profil de santé des personnes au chômage longue durée

Les chômeurs de longue durée constituent donc une population plutôt âgée, majoritairement ouvrière et bénéficiaire de l'intervention majorée, dont 42% vit dans les quartiers statistiques les plus pauvres. Voyons à présent le profil de consommation de soins de santé de cette population précaire à l'aide de différents types de proxys : le taux de mortalité, une série d'indicateurs composites rendant compte de l'état de santé et les dépenses en matière de santé.

Première observation, même si leur taux de mortalité dans les 3 ans reste nettement moins élevé que celui des invalides, les chômeurs ont tout de même 2,6 fois plus de risques de mourir dans les trois ans que les travailleurs, tous âges confondus (Figure 3).

Nous avons développé cinq indices standardisés qui permettent de déterminer si une personne est touchée par les affections suivantes : problèmes de santé mentale, risques cardio-vasculaires, problèmes respiratoires, cancer ou risque de cancer et diabète. Un sixième indice renseigne sur la présence d'au moins un de ces indicateurs et/ou du statut de malade chronique attribué par la mutuelle.

L'indice « Santé mentale » reprend la proportion de cas répondant à au moins un des critères suivants :

- Consommation d'antidépresseur ;
- Consommation d'antipsychotiques ;
- Consultation avec un psychiatre ;
- Hospitalisation en psychiatrie.

L'indice « Affections cardio-vasculaires » reprend la proportion de cas répondant à au moins un des critères suivants :

- Consommation de médicaments contre les affections cardio-vasculaires ;
- Consommation de médicaments contre les thromboses ;
- Consommation de médicaments réducteurs de cholestérol ;
- Consultation avec un cardiologue.

L'indice « Affections respiratoires » reprend la proportion de cas répondant à au moins un des critères suivants :

- Consommation de médicaments soignant les voies respiratoires (bronchite chronique et asthme) ;
- Consultation chez un pneumologue.

L'indice « Cancer ou risque de cancer » reprend la proportion de cas répondant à au moins un des critères suivants :

- Chimiothérapie ;
- Consultation avec un oncologue.

L'indice « Diabète » reprend la proportion de personnes consommant des antidiabétiques.

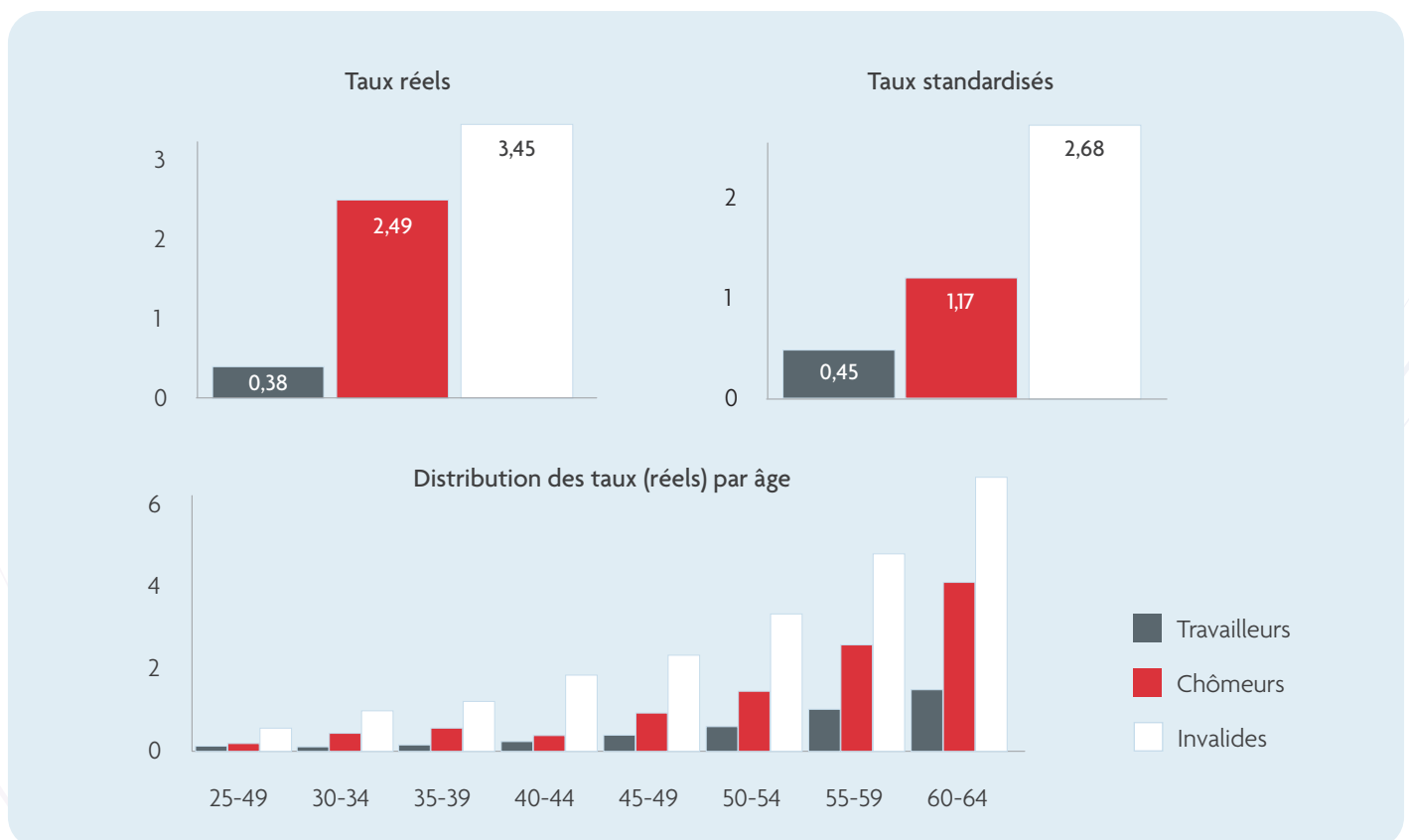


Figure 3 : % de décès dans les trois ans

On constate à la lecture de la Figure 4 que la valeur de l'indice est systématiquement plus élevée dans la population de chômeurs que chez les travailleurs. Les chômeurs ont de manière générale un profil de santé plus dégradé que celui des travailleurs.

Ce constat de moins bonne santé semble être confirmé par l'analyse de la délivrance de médicaments pour ces trois populations. La Figure 5 montre la répartition de chaque population

en fonction du nombre de classes de médicaments consommées. D'un côté, les travailleurs sont très peu polymédicalisés : la majorité consomme trois classes de médicaments ou moins. De l'autre, on observe chez les invalides une concentration du diagramme entre 3 et 5 classes. Le diagramme portant sur les chômeurs montre quant à lui une situation intermédiaire aux deux autres populations.



Figure 4 : % des affiliés avec prise en charge médicale pour différentes pathologies (taux standardisés)

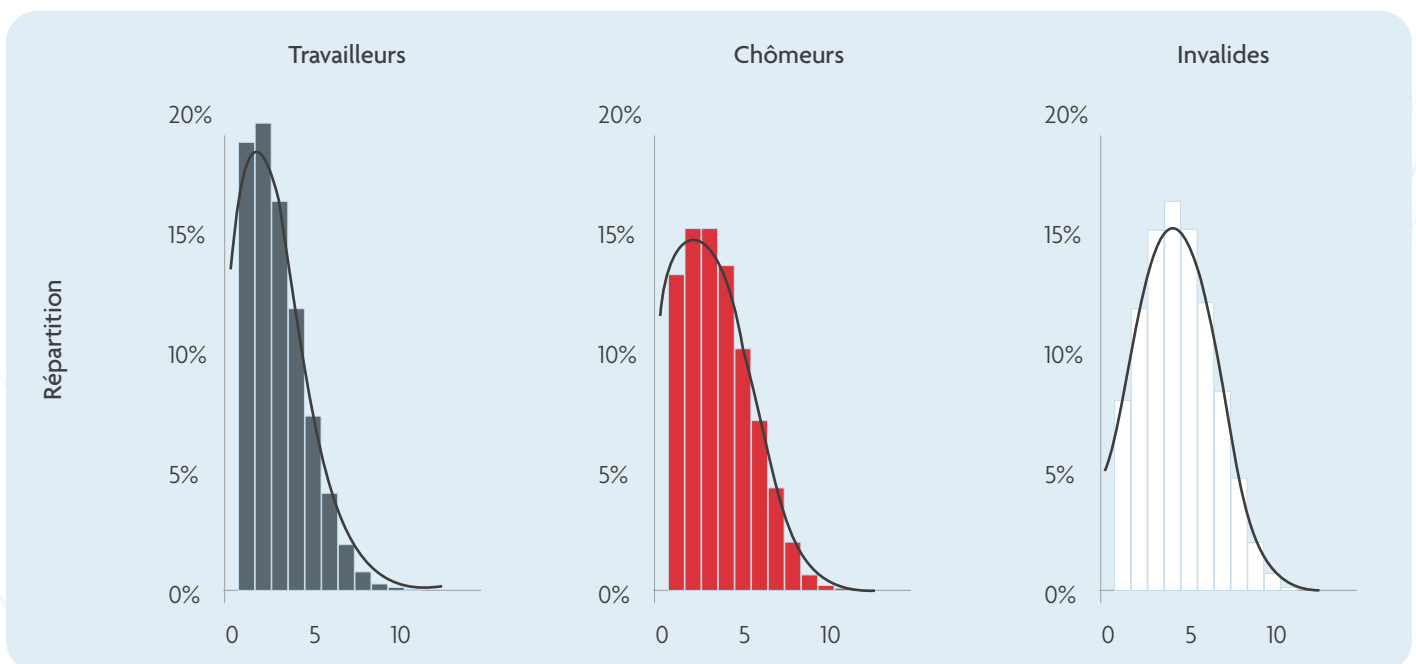


Figure 5 : Nombre de classes différentes de médicaments délivrés

Enfin, la distribution des dépenses en soins de santé des individus de chaque population permet de constater que les dépenses de certains chômeurs se rapprochent voire dépassent celles de certains invalides tandis que les dépenses de certains chômeurs se rapprochent de certains travailleurs. Nous sommes donc face à une population dont l'état de santé est relativement hétérogène (Figure 6).

Prévention

Si les différents indicateurs de la section précédente décrivent un profil de santé des chômeurs que l'on peut qualifier d'intermédiaire, situé entre celui des travailleurs et des invalides, les Figure 7 et Figure 8, qui décrivent le comportement de consommation d'actes de prévention montrent une autre tendance. On observe que c'est au sein de la population de chômeurs que l'on a le moins recours à la prévention. Les soins dentaires préventifs ne sont consommés que par 23% des chômeurs tandis que les chômeuses vont moins se faire dépister pour les cancers du sein et de l'utérus qu'au sein des deux autres populations étudiées.

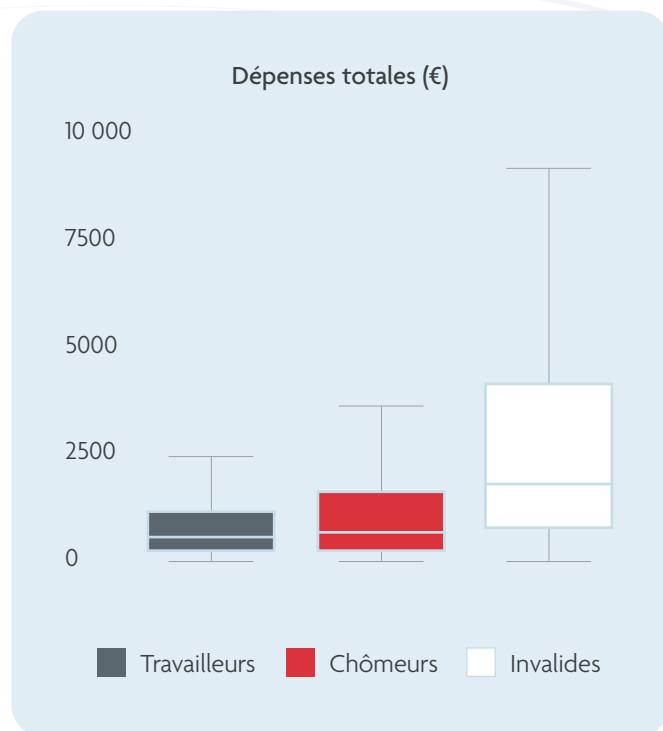


Figure 6 : Distribution des dépenses individuelles des soins de santé (hors médicaments, hors suppléments d'honoraires)

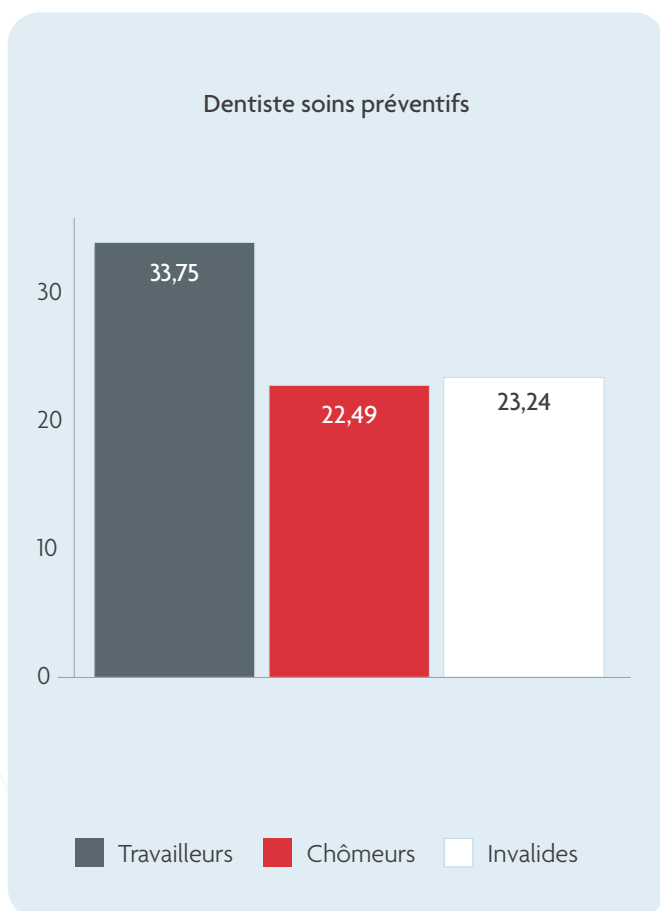


Figure 7 : % des affiliés ayant eu recours aux soins dentaires préventifs (taux standardisés)

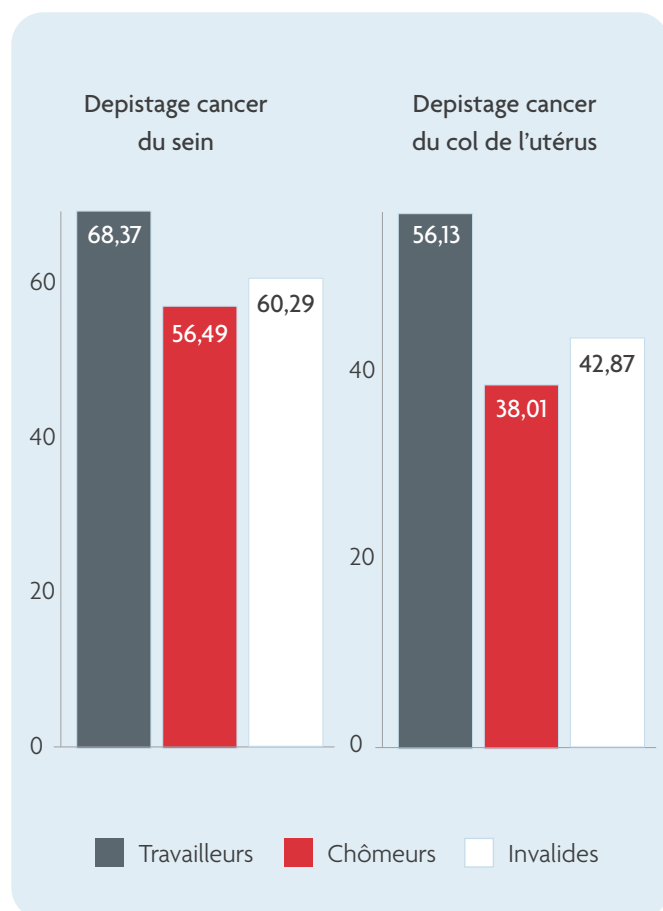


Figure 8 : % des affiliées ayant effectué un dépistage du cancer du sein ou de l'utérus³

³ Population éligible : femmes de 50 et 65 ans pour le dépistage du cancer du sein, femmes entre 25 et 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Au moins un dépistage sur la période 2014-2016.

Soins de première ligne

La tendance observée pour les comportements de prévention s'observe également au niveau de la consommation des soins de première ligne. La figure 9 permet d'observer que c'est au sein de la population de chômeurs que l'on enregistre les plus faibles pourcentages de contacts avec la médecine générale,

les dentistes, les gynécologues, les dermatologues et les ophtalmologues. Ce faible recours aux soins de première ligne malgré une santé plus dégradée que la population des travailleurs semble confirmer la problématique de report des soins identifiée plus haut (*cf introduction*).

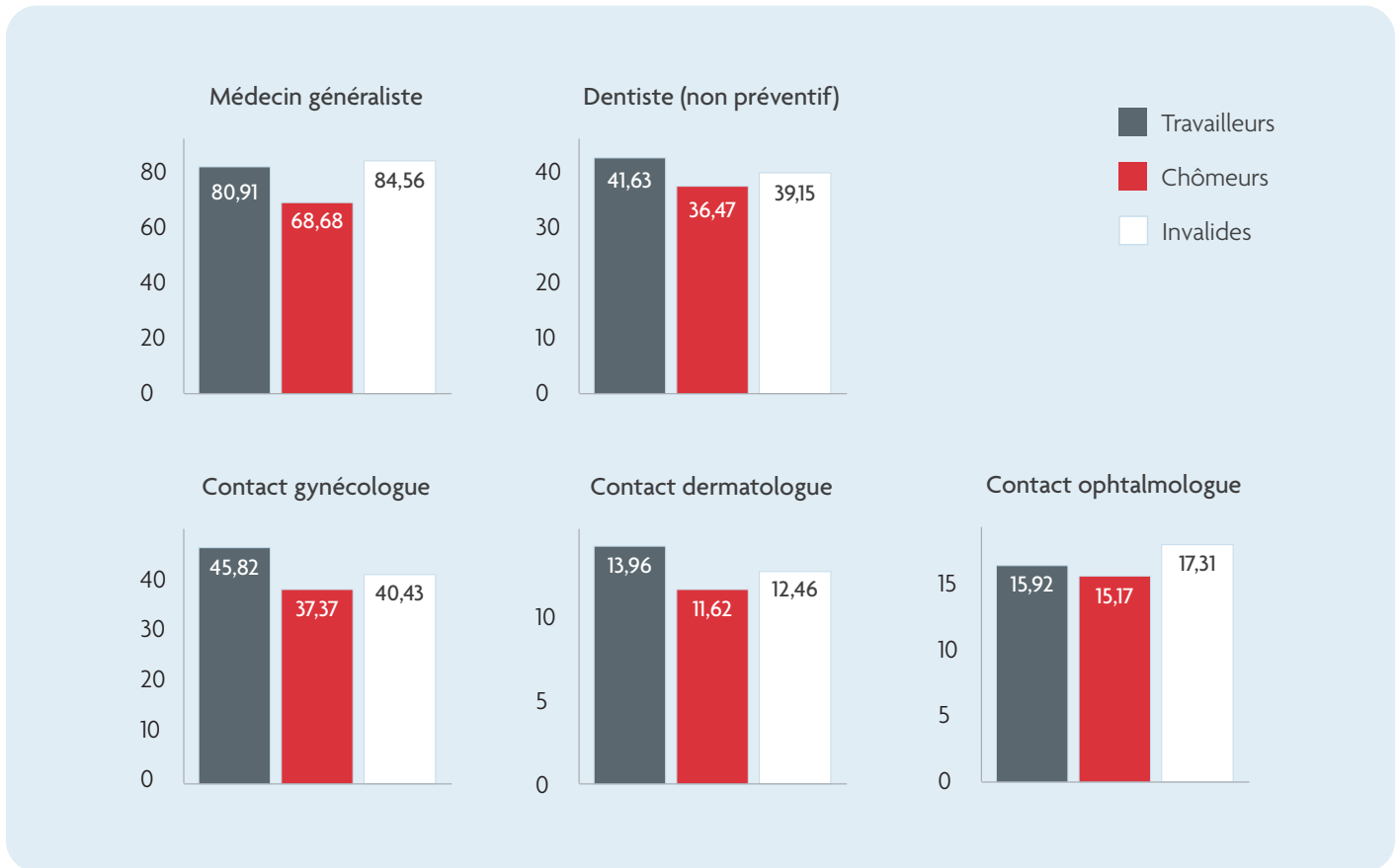


Figure 9 : % des affiliés ayant eu au moins un contact avec des soins de première ligne (taux standardisés)

Conclusion

Si l'on sait que les chômeurs constituent une population fragile sur le plan socio-économique et sanitaire, il n'existe à ce jour aucune analyse approfondie de leur état de santé en Belgique. Ce manque d'intérêt pour la santé des chômeurs est symptomatique d'une approche inadéquate du chômage, et a fortiori du chômage de longue durée. En considérant tous les chômeurs comme des actifs, c'est tantôt le marché du travail, tantôt les chômeurs qui sont pointés du doigt. Or, nos analyses tendent à montrer qu'une partie des chômeurs de longue durée ne sont pas des actifs à proprement parler mais plutôt des invalides.

On observe que les indicateurs de santé sont systématiquement supérieurs chez les chômeurs de longue durée par rapport aux travailleurs. Ils sont néanmoins inférieurs aux invalides. Nos analyses démontrent qu'il existe vraisemblablement une grande hétérogénéité chez les chômeurs, avec des individus dont le profil de santé s'appa-

rente à celui des invalides. L'identification de ces profils nécessite des recherches complémentaires.

Face à ce constat d'une santé dégradée d'au moins une partie des chômeurs de longue durée, on comprend que réduire ou suspendre les allocations de chômage pour les réactiver n'est pas une solution adéquate. La littérature montre d'ailleurs que les vertus économiques de ces politiques coercitives sont loin d'être prouvées (Filges, Jonassen, et Jørgensen 2018; Launov et Wälde 2013; Coquet 2017). Il faut s'assurer que les **politiques d'accompagnement des chômeurs soient adaptées à leur état de santé**. Il faut se doter des moyens pour détecter les chômeurs malades et leur proposer un accompagnement adapté. Dans le domaine de l'invalidité, l'État belge investit depuis 2022 dans l'accompagnement du retour au travail en s'appuyant sur une méthodologie dont l'efficacité et l'efficience a été démontrée (Lefever et al. 2018).

Nous appelons à un changement de paradigme similaire dans la ré-intégration des chômeurs de longue durée. Seule une approche holistique, intégrée et participative permettra de combiner progrès social et gains économiques. Concrètement, Solidaris plaide pour que **la dimension santé soit prise en considération par les institutions régionales** en charge de l'accompagnement. Les autorités politiques doivent leur donner les moyens de le faire. Il s'agit également de **sensibiliser les employeurs** à ces démarches inclusives et de proposer des incitants financiers à la réinsertion.

L'analyse a également pointé la faible prévalence des comportements préventifs et du recours à la première ligne de soins chez les chômeurs de longue durée. Cette tendance à davantage reporter leurs soins les expose à l'aggravation de pathologies existantes et au développement de troubles non-détectés. Le coût des soins de santé est un facteur déterminant pour expliquer le non-recours aux soins (Institut Solidararis 2021). Dans la mesure où ils sont à la fois plus précaires et en plus mauvaise santé que les travailleurs, il est impératif que les chômeurs

de longue durée bénéficient d'un **octroi automatique du statut BIM et du tiers payant obligatoire** pour tous les soins. Plus largement Solidararis milite pour que les patients n'aient pas à déboursier d'argent pour les consultations chez le médecin généraliste et les soins dentaires préventifs, ce qui implique de combiner le tiers payant généralisé avec **la suppression des suppléments d'honoraires**.

Rendre les soins plus accessibles financièrement ne suffit pas à prévenir l'apparition de maladies chez les chômeurs longue durée. La précarité n'empêche pas seulement de se soigner, elle rend également malade. Une perte d'emploi ne devrait jamais exposer les gens à la précarité, à l'exclusion et à leurs conséquences physiques et psychiques. C'est pourquoi **les allocations de chômage devraient toujours être supérieures de 15% au seuil de pauvreté**. En outre, la **suppression du statut de cohabitant**, pour laquelle milite Solidararis aux côtés de nombreux partenaires, est une nécessité pour combattre l'injustice additionnelle dont sont victimes les chômeurs en cohabitation.

Références

Bourguignon, David, et Ginette Herman. 2018. « Chapitre 6. Le chômage, une différence qui stigmatise ». In *Psychologie de la discrimination et des préjugés*, 101-18. Ouvertures Psy - LMD. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.fanik.2018.01.010>

Charafeddine, Rana, Johan Ven Der Heyden, Stefaan Demarest, Sabine Drieskens, Diem Nguyen, Jean Taf-foreau, Lydia Gisle, Elise Braekman, et Finaba Berete. 2019. « Santé et qualité de vie. Résumé des résultats. Enquête de santé 2018 ». D/2019/14.440/24. Bruxelles: Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/his_resume_fr_def.pdf

Cienka, Michaël, Sophie Fenot, Anais Malle, Vincent Godebout, Pierre Lachaize, Yaëlle Szwarcensztein, Victoria Bazurto, Jeanne Bot, et Antonin Gregorio. 2021. « La santé au risque du chômage. Synthèse d'une enquête sur la santé des chercheurs d'emploi? » Solidarités nouvelles face au chômage. <https://sncasso.fr/ressources/publications/1/c925b93-3824-c658bbb-3826-DF-SNC-SyntheseSante-WEB.pdf>

Cockx, Bart, André Decoster, Muriel Dejemeppe, Johannes Spinnenewijn, et Bruno Van der Linden. 2018. « Focus 22 - septembre 2018: Une baisse plus rapide des allocations de chômage est-elle à recommander? » Regards économiques, octobre. <https://doi.org/10.14428/regardseco2018.09.24.01>

Coquet, Bruno. 2017. « Les allocations chômage devraient-elles être dégressives? » OFCE Working Papers, no 2017/01. <https://sciencespo.hal.science/hal-03457573>

De Brouwer, Octave, Elisabeth Leduc, et Ilan Tojerow. 2023. « The consequences of job search monitoring for the long-term unemployed: Disability instead of employment? » *Journal of Public Economics* 224 (août): 104929. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2023.104929> SSRN Electronic Journal. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3390294>

Demazière, Didier. 2006. « V. Comprendre les chômeurs ». In , 86-108. Repères. Paris: La Découverte. <https://www.cairn.info/sociologie-des-chomeurs--9782707148926-p-86.htm>

Duchene, Claire. 2023. « Le travail est-il bon pour la santé? »

Eurostat. 2021. « Income and living conditions ». 2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/visualisations>

Faure, Laura. 2019. « La santé des travailleurs sans emploi. Enquête auprès des travailleurs sans emploi ». Working Paper 6. Chaire Travail-Université. Louvain-la-Neuve/Bruxelles: UCL/CSC. <https://www.lacsc.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/3980-actualiteit-actualite/3980-nieuws-en-persberichten-actualites-et-communiqués-de-presse/2020/la-sante-des-travailleurs-sans-emploi.pdf?C2%B5>

Filges, Trine, Anders Bruun Jonassen, et Anne-Marie Klint Jørgensen. 2018. « Reducing Unemployment Benefit Duration to Increase Job Finding Rates: A Systematic Review ». *Campbell Systematic Reviews* 14 (1): 1-194. <https://doi.org/10.4073/csr.2018.2>

Institut Solidararis. 2021. « Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières ». Bruxelles: Solidararis. <https://www.institut-solidararis.be/wp-content/uploads/2021/11/reportsdesoins2021VF.pdf>

Launov, Andrey, et Klaus Walde. 2013. « Estimating Incentive and Welfare Effects of Nonstationary Unemployment Benefits ». *International Economic Review* 54 (4): 1159-98. <https://doi.org/10.1111/iere.12032>

Lefever, Marlies, Saskia Decuman, François Perle, Lutgart Braeckman, et Dominique Van de Velde. 2018. « The Efficacy and Efficiency of Disability Management in Job-Retention and Job-Reintegration. A Systematic Review ». *Work* 59 (4): 501-34. <https://doi.org/10.3233/WOR-182709>

Lorent. 2022. « Un taux d'emploi de 80% en 2030, inaccessible étoile ». Le Soir, 28 décembre 2022. <https://www.lesoir.be/485659/article/2022-12-28/un-taux-demploi-de-80-en-2030-inaccessible-etoile>

Loriaux, Florence, éd. 2015. *Le chômeur suspect. Histoire d'une stigmatisation*. Bruxelles: CARHOP-CRISP. <https://www.crisp.be/2015/12/le-chomeur-suspect-histoire-d-une-stigmatisation/>

Marmot, Michael, et Richard Wilkinson. 2005. *Social Determinants of Health*. OUP Oxford.

Meneton, Pierre, Marie Plessz, Émilie Courtin, Céline Ribet, Marcel Goldberg, et Marie Zins. 2017. « Le chômage : un problème de santé publique majeur ». *La Revue de l'Ires* 91-92 (1-2): 141-54. <https://doi.org/10.3917/rli.091.0141>

Nuyts, Nathalie. 2023. « L'évolution à long terme de la durée de chômage pour la période allant de 1945 à 2022 ». Spotlight. Bruxelles: ONEM. https://www.onem.be/file/cc73d96153bbd5448a56f19d925d05b1379c-7f211c7e69868c2d397ebf3caecc7259f96cf08e29b7/25-05-2023_spotlight_werkloosheidsduur_fr.pdf

Ronchetti, Jérôme, et Anthony Terriau. 2020. « L'impact du chômage sur l'état de santé ». *Revue économique* 71 (5): 815-39. <https://doi.org/10.3917/reco.715.0815>

Solidaris. 2019. « Les inégalités sociales dans le domaine de la santé », 146.

Statbel. 2023. « Enquête sur les Forces de Travail 2022 ». Bruxelles: Direction générale Statistique - Statistics Belgium. https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Werk%20%26%20opleiding/9.2%20Arbeidsmarkt/9.2.0%20Emploi%20et%20ch%C3%B4mage/Pub%20fs_FR_28MAR22.XLSX

Étude



Pôle Études
et Politiques
de Santé

Basile Cornet
Thomas Hoellinger
Leila Maron
Jérôme Vrancken