La relation entre santé et chômage

Question écrite du 16/02/2022

de FREDERIC André

à MORREALE Christie, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale et de l'Economie sociale, de l'Egalité des chances et des Droits des femmes

TZCLD, SNC, Force femmes et La Cravate solidaire, quatre associations françaises, ont publié en décembre 2021 les résultats d'une enquête menée auprès de 1 000 personnes sur les conséquences du chômage sur leur état de santé, tant physique que psychique.

Parmi les 38 % de personnes évoquant une dégradation de leur état de santé, près de 60 % d'entre elles estiment qu'elle est due au chômage. Parmi ces dernières, près de 37 % expriment le fait que, depuis le début du chômage, les maladies dont elles étaient déjà atteintes se sont aggravées et près de 25 % disent avoir développé une ou plusieurs nouvelles pathologies. Enfin, 43 % des personnes reconnues handicapées déclarent que leur état de santé s'est dégradé. Par ailleurs, plus le chômage se prolonge, plus les personnes sont nombreuses à déclarer une détérioration de leur santé : 24 % des personnes au chômage depuis moins de 6 mois contre 41 % pour une durée de chômage de 6 mois à un an et 47 % pour les personnes au chômage depuis plus de 3 ans.

Ainsi, le chômage semble être un facteur aggravant de la santé des personnes préalablement malades ou en situation de handicap. En plus d'être fragilisées socialement et financièrement, les personnes qui subissent le chômage voient leur état de santé se dégrader à mesure que le chômage se prolonge, ce qui accentue leurs difficultés globales et constitue un facteur défavorable à leur retour à l'emploi.

Madame la Ministre a-t-elle pu prendre connaissance des résultats de cette étude ? Comment mieux prendre en compte cette relation entre santé et chômage et entre chômage et handicap ?

Partage-t-elle les conclusions et propositions de cette enquête ?

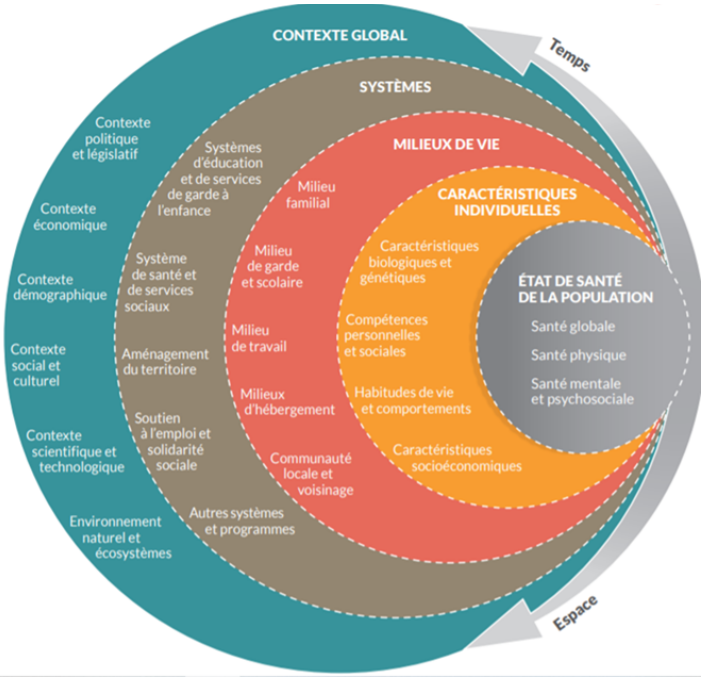
Réponse du 19/10/2022

de MORREALE Christie

L'honorable membre trouvera réponse à ses questions en annexe.

Les résultats de l'enquête que l'honorable membre présente ne font qu'appuyer le fait que la santé est influencée par les déterminants de la santé. Ces derniers sont définis par l'OMS (1998) comme « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». La figure 1 présente l'ensemble des déterminants de la santé.

Figure 1 : Les déterminants de la santé (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012)



L'état de santé est influencé par des caractéristiques individuelles, elles-mêmes influencées par les milieux de vies, qui sont à leur tour déterminés par les systèmes conditionnés par le contexte global. Les déterminants peuvent évoluer en fonction du temps et de l'espace.

L'OMS (1998) définit la promotion de la santé comme « Un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à donner la possibilité aux individus de mieux maîtriser et d'avoir davantage de contrôle sur les déterminants de la santé. Par conséquent, la promotion de la santé a pour but de leur permettre d'améliorer leur santé.

La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. Pour ce faire, la promotion de la santé use de 5 stratégies (identifiées dans la charte d'Ottawa, 1986, OMS) : (1) l'élaboration de politiques publiques saines, (2) la création d'environnements favorables, (3) le renforcement de l'action communautaire, (4) l'acquisition d'aptitudes individuelles et (5) la réorientation

des services de santé. La promotion de la santé se doit d'agir à différents niveaux, à savoir : individuel, communautaire, services de santé, milieux de vie et des politiques.

Le plan wallon de prévention et de promotion de la santé à horizon 2030 s'attache d'ailleurs à investiguer ces différentes stratégies à travers ses objectifs transversaux. De ce plan est ressortie une programmation, adoptée le 1er septembre 2022, qui fixe les priorités en matière de prévention et de promotion de la santé pour les 5 prochaines années. Cet outil est un réel fil conducteur pour les acteurs en promotion de la santé. Ces politiques de prévention et de promotion de la santé sont essentielles en termes de santé publique. De plus, la crise de la covid-19 a impacté les déterminants de la santé et a remis en avant la nécessité d'effectuer un travail sur ces facteurs.

Plus particulièrement, concernant la relation entre chômage et santé, il a été montré que de se retrouver au chômage est un facteur de risque d'être en moins bonne santé. En effet, les personnes ayant un statut socio-économique moindre sont susceptibles d'être en moins bonne santé. C'est le résultat des inégalités sociales de santé (ISS). Ces ISS évoluent généralement le long d'un gradient social qui montre l'impact des revenus sur les états de santé de la population, mais également le rôle que le revenu peut avoir en tant que ressources pour accéder à d'autres déterminants sociaux de la santé tels que l'instruction et le logement par exemple. Pour faire face à ces inégalités sociales de santé, il s'agit de mettre en œuvre des politiques publiques qui permettront de lutter contre ces inégalités selon les principes d'équité en santé et d'universalisme proportionné.

Pour visualiser ces ISS, nous pouvons mettre en tension deux cartes. La première présente la part des personnes pauvres d'après l'indice synthétique de pauvreté. La seconde présente le taux de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool chez les hommes.

Figure 2 : Part des personnes pauvres d'après l'indice synthétique de pauvreté (Belspo, 2012)

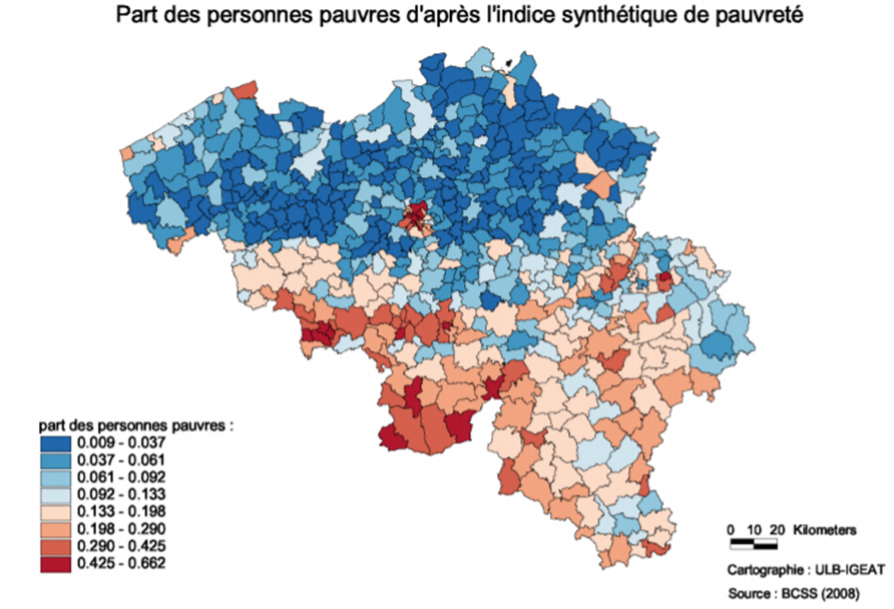
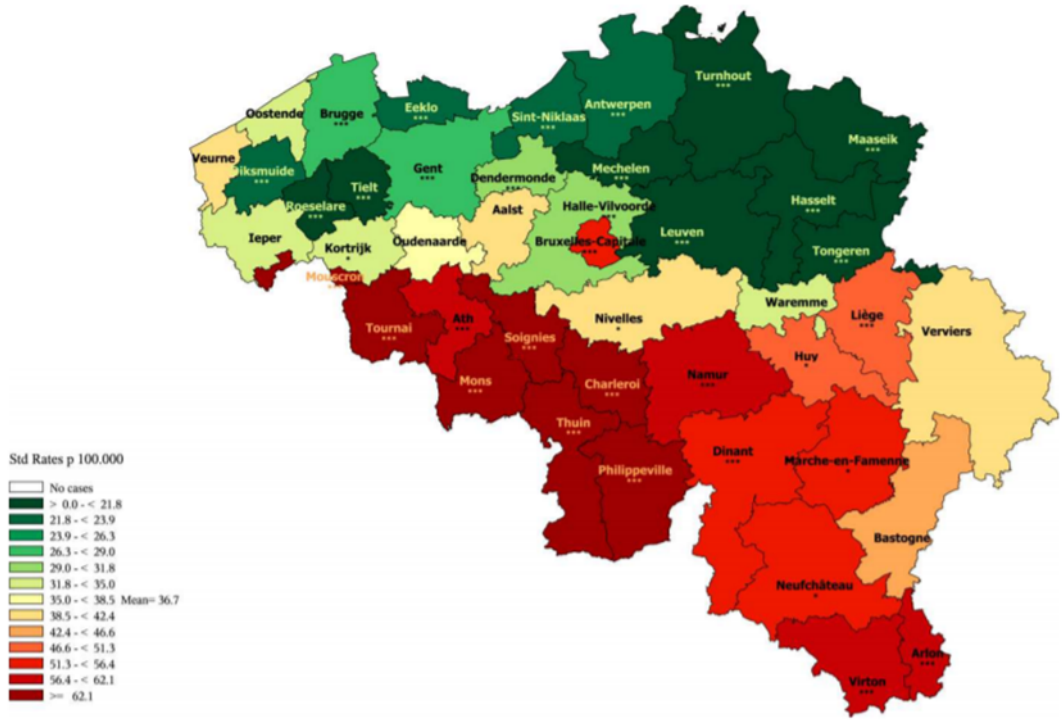


Figure 3 : taux de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool chez les hommes (WAPPS)



Ces deux cartes permettent de visualiser le lien entre d'une part la pauvreté et d'autre part, la probabilité de décéder plus vite à cause d'un facteur de risque. Aussi, selon les résultats de l'enquête EU-SILC, il a été montré qu'il existe de grandes différences de bien-être chez les Belges selon leur situation. Les Belges qui ne courent pas de risque de pauvreté monétaire se sentent clairement mieux dans leur peau que ceux qui se trouvent dans une situation financière précaire.

Pour enrayer ces phénomènes, la promotion de la santé doit contribuer à l'élaboration de politiques publiques saines des autres secteurs que celui de la santé. C'est ce qui est appelé « Health in all policies », principe porté par la déclaration d'Helsinki. Ce principe constitue l'objectif transversal 1 du WAPPS 2030. Cependant, pour y parvenir, il est nécessaire que cette problématique s'inscrive à l'agenda politique et qu'il y ait une volonté de chacun que de produire des politiques publiques saines afin que les choix les plus sains soient les plus faciles à faire pour la population.

Concernant la relation handicap-chômage, le taux d'emploi des personnes en situation de handicap est inférieur à la moyenne européenne. Les incitations financières insuffisamment attractives pour entrer sur le marché du travail ainsi que le risque de pauvreté et d'exclusion sociale, plus élevé que dans la plupart des pays de l'UE sont assurément de véritables défis pour la Wallonie.

Ces enjeux de taille nous montrent combien il importe pour les services publics, dont l'AViQ, de se préoccuper prioritairement de rapprocher l'emploi des personnes handicapées plutôt que l'inverse. Je veux souligner par là qu'un des principaux facteurs sur lesquels il nous incombe de miser dans les politiques de soutien à l'emploi de ce public est l'adéquation des fonctions exercées et des modalités de travail et de formation aux capacités des personnes handicapées.

Par ailleurs, la question de l'embauche est indissociable de celle du maintien à l'emploi : nombre de personnes handicapées le deviennent en effet pendant leur vie active, et si l'on peut leur éviter de passer par la perte d'emploi, le bénéfice est tout évident.

Les efforts à déployer afin de faire face à ces défis ne relèvent pas seulement de ma sphère de compétences. Ils s'inscrivent dans des actions menées en concertation avec le Fédéral et d'autres secteurs de la Région. Notons par exemple que le premier interlocuteur du demandeur d'emploi en situation de handicap est le FOREm, l'AViQ, et plus particulièrement sa branche Handicap, venant en renfort pour certains d'entre eux, et ce, par exemple, à partir du moment où ils sont en contact avec des employeurs.

L'AViQ, sous ma tutelle, développe diverses actions favorisant l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap. Ainsi :

- Elle est chargée par le Gouvernement wallon de mettre en œuvre diverses aides à l'emploi, visant l'égalité des chances des personnes handicapées sur le marché de l'emploi. Il ne s'agit pas seulement d'aide financière. Par exemple, dans le cadre de la prime de compensation, l'accent sera plus que jamais mis sur l'ajustement des situations de travail en réservant le soutien financier aux coûts que cela implique. Ce souci de l'ajustement des situations de travail passe par l'action d'agents de l'AVIQ, mais aussi par celle des jobcoaches spécialisés depuis quinze ans, dans le cadre d'un projet pilote cofinancé par le Fonds social européen, ainsi que par des ergonomes de l'AViQ et de services conseils, eux aussi cofinancés par le Fonds social européen.

- L'AViQ développe d'importantes actions d'information et de conseil, tant auprès des personnes handicapées que des entreprises ou des opérateurs

d'insertion professionnelle, et ce, via son site internet, l'action de ses Bureaux régionaux, son «téléphone vert», ou Carrefour Emploi Formation. Elle vise à outiller, informer les employeurs et les intermédiaires de l'emploi sur le handicap et sa gestion sur le lieu de travail, démystifier et sensibiliser au handicap. Cette sensibilisation est d'autant plus cruciale lorsque le handicap est invisible.

- Elle cherche à soutenir l'accès à l'emploi des personnes handicapées :
    - par la diffusion d'expériences et de bonnes pratiques,
    - par l'organisation d'événements médiatiques tels que par exemple, le Duoday où au cours d'une journée des duos «travailleur ordinaire/travailleur handicapé» partagent les mêmes activités,
    - via des collaborations avec les opérateurs de placement (FOREm et entreprise de travail intérimaire), de gestion des ressources humaines (secrétariats sociaux, services de prévention et de protection…), organisations représentatives des employeurs et des travailleurs (Fédérations patronales, fonds sectoriels, organisations syndicales, et cetera.

- Elle subventionne divers services qui contribuent à l'objectif, en particulier les services d'accompagnement, les centres de formation et d'insertion socioprofessionnelle adaptés et les entreprises de travail adapté. En matière de formation, préalable indispensable à l'emploi et souvent à la reconversion après l'apparition d'un handicap, outre les synergies déjà évoquées avec le FOREm, je soulignerai une collaboration avec l'IFAPME. Je souhaiterais que l'ensemble des opérateurs de formation et d'insertion soient plus attentifs aux stagiaires ou candidats stagiaires handicapés, et que la visibilité des actions menées soit mieux assurée. J'y veillerai au sein du Gouvernement et ne doute pas qu'à cet égard, le décret et les arrêtés, en préparation, en vue d'un accompagnement orienté coaching et solutions des chercheurs d'emploi par le FOREm y contribueront.

Le Gouvernement a, de plus, adopté en 2020, un budget de 500 000 euros et a alloué l'enveloppe récurrente de 3 300 000 euros décidée en 2021 en vue d'organiser la prise en charge intensive des publics fragilisés inscrits comme demandeurs d'emploi inoccupés. Il s'agira de rapprocher de l'insertion socioprofessionnelle les demandeurs d'emploi qui présentent des difficultés d'ordre psycho-médico-social, via un travail pluridisciplinaire entre le FOREm et des partenaires spécialisés dans le domaine de la santé (au sens large : santé, santé mentale, assuétudes), de l'insertion sociale ou de l'insertion socioprofessionnelle. Je cite par exemple : la formation préqualifiante ou l'accompagnement vers l'emploi couplé(e) à un suivi auprès d'un centre de santé mentale ou un centre de réadaptation fonctionnelle ; actions de remobilisation ou d'orientation professionnelle et intervention complémentaire de l'AViQ secteur handicap pour un accompagnement vers un emploi adapté; actions d'insertion socioprofessionnelle combinant prise en charge thérapeutique ou remédiation de dettes ou recherche de logement, et cetera.

Concrètement, ces budgets devraient permettre :
- l'extension sur le territoire wallon de la méthodologie «activation» spécialisée dans l'accompagnement des publics présentant des troubles de santé mentale.

Les actions y afférentes sont menées par les ABSL AIGS et article XXIII sous le pilotage du FOREm et de l'AVIQ ;
- le recours aux tiers sur la base des besoins d'accompagnement identifiés par les assistants sociaux du FOREm. Un appel à projets a été lancé par le FOREm en ce sens cet été ;
- le financement de postes de psychologues supplémentaires en appui des assistants sociaux du FOREm.

J'en terminerai par ce dernier objectif qui vise l'exemplarité des Services publics en matière d'emploi de travailleurs en situation de handicap. Il me tient en effet à cœur, en tant que fervente défenseuse d'une Fonction publique inclusive au service du citoyen wallon et de ses intérêts de porter auprès du Gouvernement une réflexion visant l'adaptation des bases règlementaires relatives à l'obligation qui s'inscrive dans la foulée des états des lieux établis par l'AVIQ.

A ce titre, il me paraît important de s'interroger sur le bien-fondé de l'objectif chiffré actuel qui continue à imposer aux services publics wallons, depuis au moins deux décennies, d'employer des personnes travailleurs handicapés à concurrence d'un pourcentage (inchangé) de 2,5 % de l'effectif, alors que la définition de ces travailleurs a significativement évolué, dans le sens d'une prise en compte d'un nombre beaucoup plus important de situations et donc, de personnes, depuis 2013 pour les Pouvoirs locaux et provinciaux, et 2015, en ce qui concerne la Région. Il s'agit là d'une question fondamentale si l'on souhaite conserver à l'obligation son caractère moteur.

Bibliographie:

1. Belspo (2012). Agora programme. Pauvreté rurale et urbaine. Rapport final.

2. Organisation mondiale de la santé. (1998). Glossaire de promotion de la santé. Genève.

3. OMS, 2014. Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 ; Contribuer au développement économique et social : une action intersectorielle durable pour améliorer la santé et l'équité en santé.

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir.

5. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

6. http://sante.wallonie.be/?q=node/4470

7. https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale