

MALADES DE LONGUE DURÉE :

*un problème de santé, une réponse
budgétaire ?*

NOTE D'ANALYSE

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue Mercelis 39

1050 Bruxelles

☎ 02 511 55 43

www.lbsm.be



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE



Auteur : GT « Analyse des Politiques Publiques »

de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale

Rédacteur : Robin Susswein

Colophon

Cette note est le fruit du Groupe de travail « Analyse des Politiques Publiques » au sein de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.

Membres du groupe en 2025-2026 :

- Marion Bottero, anthropologue, chercheuse au Crébis et au LAMC ULB;
- Clément Dewarichet, pair aidant et animateur à Radio Psylence ;
- Arri Faas, master en géographie, chargé de mission fédération à la LBSM;
- Damien Favresse, sociologue, CBPS ;
- Yahyâ Hachem Samii, criminologue, directeur de la LBSM ;
- Paul Jaumaux, psychologue clinicien, superviseur, membre du Conseil d'Administration et Président de la Ligue jusqu'en 2024 ;
- Marie Lambert, master en psychologie, co-directrice du CRéSaM ;
- Simon Lemaire, sociologue, coordinateur du Réseau santé « Nomade », chercheur au Centre Max Weber (CNRS) et à l'Institut Transitions (UNamur) ;
- Charlotte Maisin, sociologue, coordinatrice de la cellule Recherche'action de la FdSS ;
- Pauline Monhonval, psychiatre, SSM Ulysse ;
- Nadine Page, sociologue, responsable de l'Unité de consultation du Centre médical Enaden ;
- Robin Susswein, sociologue, chercheur à la LBSM ;
- Frédérique Van Leuven, psychiatre, Centre psychiatrique Saint-Bernard et responsable de l'Équipe mobile de crise de la Région du Centre,
- Stéphane Waha, Pair-aidant et accompagnateur au Projet PAT du SMES.

Dans le cadre de ses travaux, le groupe a consulté :

- Octave De Brouwer, docteur en économie, chercheur à l'ULB,
- Valérie Fabri, docteure en médecine, experte à l'UNMS,

- Thomas Périlleux, docteur en sociologie, clinicien, professeur à l'UCLouvain et membre du CriDIS,
- et Amandine Prade, experte politique de santé pour Bruxelles aux Mutualités libres.

Nous remercions toutes ces personnes pour leur disponibilité et la richesse des échanges partagés.

Cette note a été rédigée par Robin Susswein et entérinée par le groupe de travail.

SYNTHÈSE DE LA NOTE

Le nombre de malades de longue durée est en constante augmentation (1)*. Les femmes et les populations déjà fragilisées sont particulièrement concernées (2, 3, 4, 5), dans un contexte marqué également par une augmentation de la souffrance psychique et des troubles de santé mentale (6, 7).

Le gouvernement fédéral donne de cette problématique une lecture avant tout budgétaire et morale, en opposant « vrais » et « faux » malades et en insistant sur la nécessité du retour au travail pour malades de longue durée (8, 9). « Tous les acteurs seront responsabilisés », et en premier lieu les malades eux-mêmes (10). Dans l'Accord de gouvernement fédéral, les professionnel·les n'échappent pas à cette « politique du soupçon » : les médecins traitants seront davantage surveillés (11), les mutuelles seront mises en compétition et financées selon leurs résultats en matière de retours au travail (12), tandis que la responsabilisation des employeurs reste, elle, plus modeste voire simplement annulée par des réductions charges équivalentes (13). Il sera également attendu des médecins traitants, mais aussi des psychologues et psychiatres, qu'ils participent à l'évaluation de l'aptitude au travail de leurs patient·es en incapacité ou invalidité, ce qui soulève des interrogations éthiques et déontologiques (11, 14).

L'actuelle réforme de l'incapacité de travail touche ainsi au statut même de la maladie dans notre société, la faisant passer d'un état d'exception justifiant médicalement une mise à l'écart du système productif, à un obstacle à la productivité justifiant un processus contraignant de réintégration professionnelle aussi rapide que possible. Les malades ne doivent plus seulement être soigné·es et accompagné·es, mais aussi être activé·es, incité·es, réintégré·es et menacé·es de sanction (14).

Mais qu'est ce qui explique l'augmentation du nombre de malades de longue durée, et quelles leçons en tirer (15) ? Les réformes restreignant l'accès au chômage, mises en place depuis le début des années 2000, expliquent 15 à 30% de l'augmentation de l'incapacité et invalidité (16, 17, 18).

*Les références (1, 2, 3...) renvoient aux paragraphes de la Note détaillée d'analyse.

L'évolution démographique, et plus précisément le vieillissement de la population en âge de travailler, est responsable d'environ 50% de cette augmentation (19, 20). Enfin, l'augmentation du nombre de personnes en invalidité avec un diagnostic de trouble psychosocial (notamment burn-out et dépression) coïncide avec une augmentation de la prévalence de problèmes de santé mentale dans la population (7, 21). Finalement, ce tour d'horizon des facteurs explicatifs de l'augmentation de l'invalidité laisse peu de place à l'hypothèse d'une fraude sociale massive (17, 21).

Et d'un point de vue clinique, quelle est la cohérence de la réforme de l'invalidité ?

Un tiers des invalidités sont causées par des « troubles psychiques », principalement le « burn-out » et la dépression. Au-delà des réalités toujours singulières que le diagnostic de « burn-out » peut recouvrir, certains traits sont récurrents : épuisement, perte de tout élan vital dans la sphère professionnelle, mais aussi un sentiment de honte lié à l'arrêt de travail et une inquiétude de ne pas retrouver le même niveau de performance au travail qu'avant. S'il n'est pas concevable de laisser les personnes en invalidité sur le bord de la route avec pour seule amarre un revenu de remplacement, les politiques d'activation qui se veulent « rapides » et « responsabilisantes », peuvent redoubler une violence que les personnes en burnout exercent déjà sur elles-mêmes. **L'enjeu clinique n'est alors pas tant d'encourager le retour rapide au travail, mais d'accompagner et d'éviter de précipiter les choses** (23, 26, 27). À cet égard, on peut s'interroger sur le manque de moyens accordés aux différents acteurs pour mener ces accompagnements dans un contexte marqué notamment par la saturation de l'offre de soins de santé mentale, mais aussi par des pénuries de médecins psychiatres, médecins du travail et médecins-conseils des mutuelles (28).

L'accent est mis sur le « retour au travail » mais qu'est-ce qui est entrepris pour éviter que les travailleur·ses ne tombent malade ? (29) La question se pose avec d'autant plus d'acuité que les transformations historiques du monde du travail peuvent être à l'origine de souffrances psychiques : valorisation de la créativité, de la prise d'initiative, de l'adaptabilité du travailleur, mais en même temps resserrement des modalités de contrôle, exigence de respect des procédures, standardisation...

Cette tension, fort présente dans les métiers de l'humain notamment, peut conduire à des formes de surinvestissement et de perte de sens (24). Parallèlement, les collectifs de travail se sont érodés et les travailleur·ses éprouvent souvent un sentiment d'isolement face aux situations de violence ou d'injustice (25). La réforme de l'invalidité gagnerait à se focaliser davantage sur le traitement du système productif pour éviter qu'il ne rende ses travailleur·ses malades, et plus largement sur la prévention primaire dans les différents pans de la société.

C'est pourtant tout l'inverse qui semble se passer. Car **parallèlement à la réforme de l'invalidité, d'autres chantiers engagés par le gouvernement fédéral et par les entités fédérées auront un impact négatif sur les déterminants de la santé (mentale)**. C'est notamment le cas de la réforme du chômage qui conduira à exclure de ce droit quelques 185.000 personnes dont une part significative se retrouvera sans emploi et sans revenu de remplacement : à Bruxelles, on estime que seul 1 exclu du chômage sur 5 retrouverait un emploi tandis que 4 sur 10 se retrouveraient sans revenu (31, 32). L'Observatoire de la santé et du social, à l'origine de cette analyse, conclut à un « risque accru d'assister à une augmentation de la précarité d'une frange de la population déjà fragilisée, dans une région où la pauvreté est importante ». Dans le même temps, le secteur de la réinsertion professionnelle n'est pas revalorisé, et fait même l'objet de coupes budgétaires en Région wallonne.

On peut dès lors s'interroger sur la sincérité et la cohérence d'un projet politique visant à « remettre les personnes au travail » mais sans se donner les moyens de les accompagner. Toute politique publique opère des choix et des arbitrages (34). Ici, **les objectifs budgétaires du gouvernement risquent d'être atteints au prix d'une détérioration de la santé et de la santé mentale de personnes déjà fragilisées (35)**.

NOTE DÉTAILLÉE

Augmentation du nombre de malades de longue durée : des statistiques qui ont un visage

1. En 2023, la **Belgique comptait environ 525.000 travailleur·ses en invalidité¹. Cette statistique a plus que doublé depuis 2008**. Derrière ces chiffres, qui sont les personnes les plus concernées par l'invalidité ?

2. On le sait, de manière générale, la **prévalence de problèmes de santé suit un gradient social**. Ainsi, « les individus moins favorisés sont en moins bonne santé, affichent un taux de mortalité plus élevé et ont plus difficilement accès aux soins de santé par rapport aux personnes plus favorisées »².

3. Concernant l'invalidité, on constate que **les femmes**, qui sont plus présentes dans des métiers à risque (soins infirmiers, aide à domicile...) et qui portent, encore aujourd'hui, davantage que les hommes les charges domestiques, sont surreprésentées parmi les malades de longue durée en général – et parmi celles et ceux souffrant de troubles psychosociaux en particulier. Sont également surreprésentés « **les ménages isolés, les travailleur·ses âgé·es entre 45 et 64 ans, les travailleur·ses à bas salaires, les personnes résidant dans des régions touchées par des taux de chômage élevés (...)** »³.

4. Certains secteurs d'activités exposent également davantage leurs travailleur·ses aux risques d'incapacité de travail et d'invalidité : « le secteur de la santé, de la manufacture, du nettoyage et de la grande distribution chez les femmes et les secteurs de la construction, de la manufacture et du transport chez les hommes »⁴.

¹ Cette statistique couvre les employé·es, les ouvrier·es, les indépendant·es et les chômeur·ses absent·es pour cause de maladie depuis plus de 12 mois. Les fonctionnaires dépendent d'un autre régime qui ne sera pas abordé ici. Source : Karakaya, G. et al., 2025, « Évolution des entrées en incapacité de travail entre 2018 et 2024 : forte présence et progression des troubles psychosociaux et des affections musculosquelettiques », *Mutualités libres*, Bruxelles, p.3.

² <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/inegalite-de-sante>

³ De Brouwer, O. & Fontaine, M., 2022, « L'incapacité de travail en Belgique : un état des lieux critique », *APMC Smart*, p.5.

⁴ *Ibidem*

5. De manière générale, l'incapacité et l'invalidité touchent principalement les personnes plus précaires et les personnes « les plus exposées aux aléas des conditions économiques et de l'évolution du marché du travail »⁵.

6. Concernant les diagnostics liés à l'invalidité, l'INAMI rapporte que **plus d'un tiers des personnes en invalidité a reçu un diagnostic lié à un « trouble psychosocial »**⁶ – notamment burn-out et dépression – et la part de ce groupe de diagnostics a augmenté au cours des dernières années⁷.

7. La **dégradation de l'état de santé mentale de la population** explique en partie l'augmentation du nombre de personnes en invalidité : la prévalence de dépression est en augmentation constante depuis 2004 (+37%), tandis que la prévalence de fatigue chronique a plus que doublé en 10 ans (2013-2023). Ces données d'enquête épidémiologique soulignent aussi la fragilité des femmes et des 35-54 ans qui restent les publics les plus à risque, même si les problèmes de santé mentale ont significativement augmenté parmi les jeunes, en particulier depuis la crise sanitaire de 2020⁸. Mais, nous le verrons, ce n'est pas la seule explication de l'augmentation de l'invalidité.

⁵ *Ibidem*

⁶ Le diagnostic d'entrée en incapacité est formulé par le-la médecin-conseil à partir de la classification « ICD-10 ». Les « troubles psychosociaux » englobent les « troubles de l'humeur » (notamment bipolarité et dépression), les « troubles névrotiques » (notamment les troubles anxieux et les réactions à un facteur de stress sévère) et les « troubles de l'épuisement professionnel (aussi appelés « burn-out »).

⁷ Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., Willaert, D., Vrancken, J., Meeus, A., Leclercq, A., Karakaya, G., Brunois, T. & Di Zinno, T., 2024, « Incapacité de travail de longue durée et invalidité dues à des troubles psychosociaux. Profil socio-démographique, médical et de consommation de soins », AIM & INAMI. Nous remercions chaleureusement Valérie Fabri, co-auteurice de l'étude, pour sa participation aux analyses de notre groupe de travail.

⁸ J. Van der Heyden, R. Charafeddine, S. Drieskens. Enquête de santé 2023-2024 : Maladies et affections

chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2025 Numéro de rapport : D/2025.14.440/40.

https://www.sciensano.be/sites/default/files/ma_report_fr_his2023.pdf

L'accord de gouvernement « Arizona » transforme le statut même de la maladie dans nos sociétés

8. Formé en janvier 2025 autour de l'accord « Arizona »⁹, le **gouvernement fédéral aborde la problématique de santé publique avant tout comme un problème budgétaire** : les dépenses en indemnité d'incapacité et invalidité ont plus que doublé en 10 ans, passant de 5,5 milliards d'euros en 2012 à 12 milliards d'euros en 2023. Depuis 2017, ce poste de dépense dépasse celui des allocations de chômage¹⁰. La réponse du gouvernement prend la forme d'un objectif chiffré : remettre 100.000 personnes malades au travail et permettre ainsi une économie de 1,9 milliards d'euro d'ici 2029. Cela représente **un cinquième de l'effort budgétaire total de la législature**¹¹.

9. Ce glissement d'une perspective de santé publique à une perspective budgétaire s'accompagne, dans le narratif politique, d'un **discours opposant les « vrais » et les « faux » malades**, et insistant sur la nécessité morale, pour chaque malade, de s'inscrire autant que possible dans un trajet de retour au travail¹².

10. Concrètement, la **réforme mise sur la réinsertion professionnelle et le contrôle des malades de longue durée** ; et l'obligation, pour celles et ceux dont l'évaluation révélerait un potentiel d'emploi, de s'inscrire dans un parcours de réintégration professionnelle. Des sanctions sont prévues : une réduction de

⁹ Accord de coalition fédérale 2025-2029.

https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf

¹⁰ Karakaya, G. et al., 2025, « Évolution des entrées en incapacité de travail entre 2018 et 2024 : forte présence et progression des troubles psychosociaux et des affections musculosquelettiques », *Mutualités libres*, Bruxelles.

¹¹ Ces objectifs chiffrés ont été communiqués par le gouvernement fédéral à l'issue de l'accord budgétaire fin novembre 2025. Voir notamment : <https://www.rtf.be/article/un-premier-certificat-d-invalidite-de-trois-semaines-maximum-comment-le-gouvernement-de-wever-compte-mettre-100-000-malades-longue-duree-au-travail-11636859>

¹² À titre d'exemple : <https://www.rtl.be/actu/belgique/politique/combien-profitent-de-certificats-qui-ne-sont-pas-justifies-jacqueline-galant/2025-10-20/article/767537> ; d'autres déclarations ont été publiées sur les réseaux sociaux via les comptes officiels de partis politiques, notamment : <https://www.facebook.com/MRbe/posts/-avec-le-mr-stop-aux-faux-certificats-de-maladie-et-respect-pour-les-vrais-malad/1211573320324531/>

10% des indemnités pour une obligation administrative non remplie, et jusqu'à la suppression totale des indemnités en cas d'absence non justifiée à une convocation d'un médecin¹³.

11.1. La suspicion de fraude touche également les médecins traitants : ceux-ci seront surveillés via un *datamining* (analyse de données à grande échelle) pour identifier et « responsabiliser financièrement » les médecins qui prescrivent trop d'interruptions de travail, ou sur de trop longues périodes (la mesure de ce « trop » n'est pas précisée).

11.2. Par ailleurs, la durée couverte par un premier certificat médical ne pourra dépasser 3 semaines et **le certificat devra être renouvelé chaque année, dans une perspective de retour au travail**. « La réforme exige surtout une attention particulière [de la part du médecin traitant] lors de cette consultation : il faut également discuter d'un éventuel retour au travail »¹⁴.

11.3. L'attention du médecin à l'égard du retour au travail de son patient est en fait attendue dès la première consultation : la réforme entend en effet **transformer tout « certificat médical » en un « certificat d'aptitude »** (ou « fit note ») dans lequel le médecin traitant peut indiquer ce que le travailleur malade peut encore faire pendant la période de maladie.

11.4. Enfin, dans le cas de patients souffrant de problèmes de santé mentale, l'avis médical du médecin traitant ne sera plus suffisant : « [...] pour certaines maladies, nous définissons mieux quelles informations médicales pertinentes doivent être fournies [pour justifier un arrêt de travail]. Dans le cas d'un problème

¹³ Le contrôle systématique des personnes en incapacité de travail a été introduit par la Loi du 20 décembre 2023 : un contact obligatoire avec le médecin conseil de la mutuelle (ou un paramédical : kinésithérapeute, infirmière, etc.) est prévu avant le 4^{ème} mois, le 6^{ème} mois et le 11^{ème} mois d'incapacité. La présente réforme augmente les sanctions financières à l'encontre des malades en cas de non-respect d'une obligation administrative, passant de 2,5% à 10% de perte de revenus. Des moments de sanction supplémentaires sont également prévus.

¹⁴ Communication politique de Frank Vandenbroucke (Ministre fédéral de la santé) à l'issue de l'accord budgétaire de novembre 2025 : <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites/une-quatrieme-vague-de-mesures-pour-offrir-de-nouvelles-opportunités-aux-malades-de>

de santé mentale, il s'agit par exemple d'un rapport d'un psychologue clinicien ou d'un psychiatre »¹⁵.

12. Concernant les mutuelles, là aussi des mécanismes de « responsabilisation » financière sont introduits pour inciter les organismes assureurs à obtenir des résultats en termes de remise au travail de leurs assurés : le financement de leurs frais de fonctionnement sera subordonné « à la mesure dans laquelle elles parviennent effectivement à réintégrer les malades de longue durée sur le marché du travail. Tant la formule des paramètres (qui détermine le budget global) que les formules pour la répartition de cette enveloppe globale entre les mutuelles sont modifiées dans ce sens »¹⁶. Les mutuelles seront ainsi mises en compétition pour se partager une partie de leur financement.

13.1. Les employeurs, enfin, sont incités à contacter rapidement leurs employé·es malades pour planifier leur retour au travail. Ce contact est possible dès le premier jour de maladie, avec l'accord de l'employé·e, et obligatoire dans un délai de trois mois.

13.2. La responsabilisation financière des employeurs reste, en revanche, assez modeste : pour les entreprises qui comptent plus de 50 employé·es, lorsqu'un·e travailleuse tombe malade, au premier mois de salaire garanti par l'employeur s'ajoute une « contribution de solidarité » durant les 4 premiers mois d'incapacité. Celle-ci s'élève à 18% du salaire mensuel brut. L'employeur paie ainsi une partie du revenu de remplacement versé par l'assurance maladie. C'était en tout cas l'idée de départ avancée dans l'Accord de gouvernement. Mais à l'issue de l'accord budgétaire de novembre 2025 on peut lire que « ces recettes sont reversées intégralement aux entreprises concernées par la mesure sous forme d'une réduction de charge. Ce que nous prélevons auprès des employeurs nous le leur reversons »¹⁷. Les modalités concrètes de cette redistribution restent

¹⁵ Communication politique de Frank Vandenbroucke (Ministre fédéral de la santé) à l'issue de l'accord budgétaire de novembre 2025 : <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites/une-quatrieme-vague-de-mesures-pour-offrir-de-nouvelles-opportunités-aux-malades-de>

¹⁶ « Déclaration du formateur 2025-2029 » parue le 31 janvier 2025, p.23.

¹⁷ <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/actualites/une-quatrieme-vague-de-mesures-pour-offrir-de-nouvelles-opportunités-aux-malades-de>

inconnues à ce jour mais la « contribution de solidarité » des entreprises ressemble bien à un tour de passe-passe. Il apparaît en tout cas clair que la responsabilisation des entreprises ne bénéficiera pas à la sécurité sociale, et que la « solidarité » en question se limitera à une solidarité entre les entreprises concernées.

14.1. Mises bout à bout, ces différentes mesures laissent transparaître une transformation significative de l'équilibre qui prévalait jusqu'ici entre santé (mentale) et productivité économique. La philosophie générale de la réforme est bien résumée dans l'accord de gouvernement : « l'accent est mis non plus sur une approche essentiellement médicale, mais sur une approche multidisciplinaire et davantage axée sur le marché de l'emploi »¹⁸.

14.2. La réforme touche ainsi au statut même de la maladie dans nos sociétés, la faisant passer d'un état d'exception justifiant médicalement une mise à l'écart du système productif, à un obstacle à la productivité justifiant un processus contraignant de réintégration aussi rapide que possible dans l'activité professionnelle. Les malades ne doivent plus seulement être soigné·es et accompagné·es, mais aussi être activé·es, incité·es, réintégré·es et menacé·es de sanction.

14.3. La fonction du·de la médecin traitant, mais aussi du·de la psychologue clinicien·ne et du·de la psychiatre sont également impactées : il serait désormais attendu qu'il ou elle participe à l'évaluation des capacités de travail de ses patient·es. Un tel changement de position dans la relation thérapeutique ne va pas de soi et soulève des questions éthiques et déontologiques. Rappelons notamment que le code de déontologie des psychologues garantit au·à la patient·e le respect du secret professionnel, et que ce secret ne peut être partagé qu'avec son accord, dans son seul intérêt et « uniquement avec des personnes soumises au secret professionnel et œuvrant dans le cadre d'une même

¹⁸ Accord de coalition fédérale 2025-2029, p.23.

mission »¹⁹. Or, soigner et remettre au travail ne relèvent *a priori* pas de la même mission.

Identifier les causes pour penser le remède

15. Cela étant dit, au-delà des formules chocs témoignant d'une « chasse aux malades », le constat selon lequel l'augmentation de l'invalidité n'est pas une problématique purement médicale est en partie fondé : si l'état de santé mentale de la population belge s'est effectivement dégradé au cours de 20 dernières années, la cause épidémiologique n'explique qu'une partie de l'augmentation de l'invalidité. D'autres causes peuvent être trouvées, principalement dans les interactions de l'assurance maladie avec d'autres pans de la sécurité sociale, et dans des évolutions démographiques.

L'impact des précédentes réformes du chômage

16. Dans sa thèse de doctorat, l'économiste Octave De Brouwer a étudié la manière dont les réformes qui ont restreint l'accès au chômage ont conduit à une augmentation du nombre de personnes en invalidité²⁰. Sa démonstration s'est notamment penchée sur la politique de contrôle des chômeur·ses de longue durée (2004-2007) : à elle seule, cette réforme explique 10% de l'augmentation du recours à l'invalidité. L'économiste estime que l'ensemble des réformes du chômage menées depuis le début des années 2000 expliquent environ 15 à 30% de l'augmentation de l'invalidité.

17. Cela veut-il dire qu'une part significative des bénéficiaires de l'invalidité sont de « vrais anciens chômeurs », mais de « faux malades » ? Les analyses de l'économiste n'arrivent pas à cette conclusion. L'introduction du contrôle des chômeur·ses de longue durée (2004-2007) a d'abord touché les chômeur·ses âgé·es de 49 ans et moins. Or, on n'observe pas d'augmentation du taux de rejet

¹⁹ Code de déontologie du psychologue Art. 14. <https://www.compsy.be/le-code-de-deontologie>

²⁰ Rencontre du 10 juin 2025 avec Octave De Brouwer dans le cadre du Groupe de Travail « Analyse des politiques publiques », Ligue bruxelloise pour la santé mentale.

des demandes d'allocations d'invalidité sous l'âge pivot 49 ans. Autrement dit, les ancien·nes chômeur·ses devenu·es bénéficiaires de l'invalidité sous la pression des contrôles du chômage étaient « vraiment malades ». De manière plus nuancée, plutôt qu'opposer « vrais » et « faux » malades, il conviendrait de reconnaître l'existence de zones grises où de nombreux facteurs cumulés éloignent les personnes de l'emploi, et des glissements sont alors possibles entre différents régimes de sécurité sociale.

18. Si cet effet de vases communicants entre chômage et invalidité explique l'augmentation des dépenses d'invalidité, il s'accompagne également d'une diminution des dépenses en indemnité de chômage. Ainsi, sur la période 2008-2019, ces deux effets se compensent et les dépenses globales en matière de sécurité sociale sont restées relativement stables.

La cause démographique

19. Une autre dimension explicative de l'augmentation de l'invalidité est démographique : la Belgique connaît une augmentation de l'âge moyen de la population en âge de travailler. Les personnes plus âgées étant, en moyenne, en moins bonne santé que les plus jeunes, le vieillissement des actifs entraîne mécaniquement une augmentation de la proportion des malades de longue durée parmi les travailleur·ses. On estime qu'environ 50% de l'augmentation de l'invalidité est expliqué par ce facteur démographique. C'est donc une part importante de l'explication, et à cet endroit aussi les politiques de contrôle et d'activation apparaissent peu pertinentes : si l'on veut offrir aux travailleur·ses d'aujourd'hui le même niveau d'assurance maladie que leurs aîné·es, il faut accepter une augmentation significative des dépenses en la matière.

20. Notons enfin qu'à cette cause strictement démographique s'articulent des réformes des pensions et des prépensions, en particulier le recul de l'âge de la pension pour les femmes. Ces réformes conduisent à maintenir plus longtemps les personnes âgées au travail et intensifient ainsi le vieillissement de la population active.

L'augmentation des problèmes de santé mentale

21. Ce tour d'horizon des facteurs explicatifs de l'augmentation de l'invalidité laisse peu de place à l'hypothèse d'une fraude sociale massive. **La principale cause est démographique** et peut difficilement, en tant que telle, faire l'objet d'une réforme miracle sans diminuer le niveau de protection des malades. Des éléments explicatifs importants sont également identifiés dans des réformes d'autres pans de la sécurité sociale : **les politiques d'activation des demandeurs d'emploi** ont conduit des chômeurs souffrant d'une maladie ou affection à faire reconnaître celle-ci et basculer sur le régime d'assurance maladie invalidité, tandis que **l'allongement des carrières** a accentué le vieillissement de la population active. Finalement, concernant la santé mentale en particulier, l'augmentation du nombre de personnes en invalidité avec un diagnostic de trouble psychosocial (notamment burn-out et dépression) **coïncide avec une augmentation de la prévalence de problèmes de santé mentale dans la population** (voir plus haut point 7).

Apports de la clinique du travail

22. Dans ce contexte, les mesures prises par le gouvernement fédéral pour limiter les dépenses en matière d'invalidité apparaissent peu fondées : insistant sur le retour au travail par un meilleur contrôle des malades, des médecins et des mutuelles, ces réformes semblent partir du constat selon lequel les malades souhaiteraient le rester et manqueraient d'un incitant financier pour s'activer spontanément. La réalité clinique est tout autre. C'est en particulier ce que nous rapporte Thomas Périlleux, professeur de sociologie du travail et des organisations à l'UCLouvain et intervenant dans l'équipe de « Clinique du travail » du CITES (Liège).²¹

²¹ Rencontre du 9 juillet 2025 avec Thomas Périlleux dans le cadre du Groupe de Travail « Analyse des politiques publiques », Ligue bruxelloise pour la santé mentale. Pour aller plus loin : Périlleux, T., 2024, *Le travail à vif. Souffrances professionnelles, souffrances pour quoi ?* Érès, Toulouse.

L'activation, un impératif (trop) fortement intériorisé par les personnes souffrant de burn-out

23. Dans sa clinique de la souffrance au travail, Thomas Périlleux rencontre une grande majorité de personnes ayant reçu un diagnostic de « burn-out », le plus souvent de leur médecin traitant. Au-delà de ce que ce terme peut signifier pour chacun·e, il y a des traits récurrents : l'épuisement, une fatigue inhabituelle, une perte de tout élan vital dans la sphère professionnelle, et aussi, un sentiment de honte lié à l'arrêt de travail et une inquiétude de ne pas retrouver le même niveau de performance au travail qu'avant. Cet impératif d'activation – de réintégrer le monde du travail et l'activité productive – qui sous-tend l'actuelle réforme de l'invalidité, apparaît en fait être très présent chez ces patient·es, et de manière intériorisée : l'activation n'est pas seulement vécue comme une injonction venant de l'autre (du politique, du médecin-conseil, etc.), c'est d'abord une idée, un jugement que ces personnes portent sur elles-mêmes. **L'enjeu clinique n'est alors pas tant d'encourager un retour rapide vers le travail, mais au contraire d'éviter de précipiter les choses.**

Quand le travail rend malade

24. Les situations de burn-out résultent précisément d'une forme de surinvestissement de la sphère professionnelle dans un contexte historique où le travail n'est plus simplement un moyen de gagner de l'argent et d'investir dans son temps libre, mais un moyen de se réaliser personnellement, de s'épanouir, d'atteindre une forme de perfection. Si les aspirations individuelles à trouver du sens dans le travail – réalisation personnelle, accomplissement, perfection – sont fortes, les désillusions peuvent l'être aussi. Ce qui peut être particulièrement difficile à supporter dans l'évolution actuelle des formes de management, c'est la concomitance de deux tendances antagonistes : d'un côté, on valorise plus qu'avant la créativité du travailleur, sa prise d'initiative, sa capacité à s'adapter à l'inattendu. Ce sont des compétences plus informelles et personnelles, qui ne sont pas uniquement attendues des cadres, mais qui se diffusent à la plupart des employés. Et conjointement à cette sollicitation de la créativité, on observe un resserrement des modalités de contrôle de l'activité, en particulier par des voies

informatiques et anonymisées, renforçant des procédures de travail très standardisées. C'est extrêmement difficile à tenir, en particulier dans les « métiers de l'humain » (soin infirmier, enseignement), où les professionnel·les sont placé·es dans des contradictions souvent insupportables entre autonomie et contrôle.

25. Une autre évolution du monde du travail qui peut accentuer la souffrance psychique est liée au sentiment d'isolement. Les collectifs de travail tels qu'ils existaient du temps des mouvements ouvriers par exemple n'existent plus sous cette forme. Le vocabulaire désignant les fonctions professionnelles a changé, et il est plus compliqué aujourd'hui de s'identifier à un collectif de pairs. Or, il est aussi plus difficile de faire face à la violence ou à l'injustice lorsqu'on y est confronté·e seul·e, sans allié·e face à l'adversité.

Quelle place pour le soin dans la réforme de l'invalidité ?

26. Ces observations cliniques nous invitent ainsi à considérer à nouveaux frais la réforme de l'invalidité. Si l'on est frappé·e par la violence systémique que peuvent engendrer ces politiques d'activation et de contrôle sur des personnes qui traversent une situation de grande fragilité psychique, on est également interloqué·e par le manque de perspectives politiques en matière d'accompagnement des malades et de prévention primaire.

27. Tout d'abord, un constat de départ semble largement partagé : on ne peut pas laisser des personnes malades sur le bord de la route avec pour seule amarre un statut d'invalidité valable jusqu'à la pension. Pour beaucoup de patient·es, être déclaré·e en incapacité puis en invalidité (après 12 mois de maladie) est vécu comme un couperet.

28. Cela ne signifie pas nécessairement que tou·tes pourront retourner au travail – car il y a des personnes pour qui les exigences du monde productif actuel ne sont pas tenables et il faut pouvoir le reconnaître – mais il reste toujours des capacités à faire fructifier et l'accompagnement vers la (ré)intégration sociale, dans un collectif quel qu'il soit, doit pouvoir se faire. Aujourd'hui ce n'est pas suffisamment le cas : les intentions de l'Arizona en termes de réinsertion

professionnelle des malades de longue durée tranchent avec le peu de moyens accordés aux différents acteurs pour mener ce travail, dans un contexte marqué notamment par la saturation de l'offre de soins de santé mentale, mais aussi des pénuries qui touchent notamment les médecins psychiatres, les médecins du travail et les médecins-conseils des mutuelles.

La prévention primaire est le grand absent de la réforme de l'invalidité

29. Un second grand absent de la réforme est la prévention. On ne peut pas traiter la souffrance au travail sans traiter le lieu de travail, les modes d'organisation et de management, notamment. On pense d'abord aux grandes entreprises mais aussi à la myriade de petites et moyennes entreprises où il y a moins de possibilité de mobilité interne pour les travailleur-ses et moins de moyens investis dans la prévention interne²². Ce ne sont ni les politiques de contrôle ni la (trop) modeste responsabilisation financière des employeurs qui amènera ces derniers à repenser leur outil productif. Là aussi, en visant des objectifs trop strictement budgétaires, la réforme de l'invalidité semble passer à côté des enjeux de santé publique.

La réforme de l'invalidité dans un contexte plus large d'austérité budgétaire : vers une Belgique en moins bonne santé (mentale) ?

30. Finalement, la réforme de l'invalidité mérite d'être mise en perspective avec d'autres réformes engagées par le gouvernement fédéral et les entités fédérées. Le constat est alors assez pessimiste : un ensemble plus large de mesures aux niveaux fédéral, régional et communautaire vont certainement fragiliser

²² Notes de discussion, Journée d'étude « Le bien-être mental au travail : un engagement commun pour un environnement de travail sain et résilient », Conseil Supérieur de la Santé, 24 juin 2025.

d'avantage les franges de la population qui sont déjà les plus exposées aux risques en matière de santé et de santé mentale.

Une nouvelle réforme du chômage qui n'aura pas uniquement un impact sur le taux d'emploi

31. La limitation dans le temps des allocations de chômage votée par le gouvernement fédéral devrait exclure 185.000 personnes de ce droit. Si l'objectif affiché est, là aussi, la réinsertion professionnelle, on peut s'attendre à ce qu'une large part des personnes concernées ne retrouve pas un emploi et bénéficie d'un revenu de remplacement (revenu d'intégration sociale du CPAS ou incapacité/invalidité de l'INAMI) ou se retrouve sans revenu propre.

32. Une projection réalisée pour la Région bruxelloise par l'Observatoire de la Santé et du Social indique que seul 1 exclu du chômage sur 5 retrouverait un emploi dans les six mois tandis que plus de 4 sur 10 se retrouveraient sans revenu²³. L'Observatoire conclut à un « risque accru d'assister à une augmentation de la précarité d'une frange de la population déjà fragilisée, dans une région où la pauvreté est importante »²⁴. Dans ce contexte, un refinancement des CPAS à hauteur d'environ 80 millions d'euros serait nécessaire pour permettre à ceux-ci d'accueillir une partie des exclus du chômage et de verser les indemnités auxquelles ils et elles auraient droit, estime l'étude de l'Observatoire²⁵. L'histoire nous dira si ce refinancement sera réalisé à la hauteur de besoins.

²³ Englert, M., 2025, « Projection de limitation de la durée d'octroi des allocations de chômage à deux ans : le devenir possible des exclus du chômage et effets potentiels sur les CPAS », Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Bruxelles. Disponible en ligne : <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2025-03/Impact%20fin%20de%20droit%20aux%20allocations%20de%20ch%C3%B4mage%20en%20R%C3%A9gion%20bruxelloise.pdf>

²⁴ <https://www.vivalis.brussels/fr/actualites/projet-de-limitation-de-la-duree-doctroi-des-allocations-de> Rappelons qu'à Bruxelles, plus d'un tiers de la population vit déjà sous le seuil de risque de pauvreté.

²⁵ <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2025-03/Impact%20fin%20de%20droit%20aux%20allocations%20de%20ch%C3%B4mage%20en%20R%C3%A9gion%20bruxelloise.pdf>

Miser sur le retour à l'emploi... en rabotant les moyens du secteur de la réinsertion professionnelle

33. Quant au secteur de l'insertion professionnelle qui a précisément pour mission d'accompagner les demandeurs d'emploi vers le retour au travail, il est lui aussi concerné par une cure d'austérité. En Région wallonne, les APE (Aides à la Promotion de l'Emploi dont bénéficient notamment les CPAS) vont être supprimées ou limitées et le secteur de l'emploi et de la formation verrait son budget diminuer de 100 millions d'euros sur les 270 millions initialement programmés²⁶. La Région bruxelloise reste quant à elle suspendue à un futur accord de gouvernement, mais le cap d'une réduction des dépenses publiques semble là aussi très probable.

34. On peut dès lors s'interroger quant à la sincérité et à la cohérence d'un projet politique visant à « récompenser le travail » et à ramener un maximum d'allocataires vers l'emploi dans un contexte où les investissements dans l'accompagnement des malades et des chômeurs ne sont pas prévus, voire rabotés. On n'assiste pas tant à une politique coordonnée visant la réinsertion qu'à une quête d'économie dans les dépenses publiques, qui touchera significativement les plus fragiles : femmes, familles monoparentales, personnes à bas revenus notamment.

35. Dans ce contexte, on peut malheureusement s'attendre à observer, à l'avenir, **une aggravation des problématiques de santé et de santé mentale qui accompagnent généralement la dégradation des conditions de vie des personnes déjà fragilisées.**

²⁶ <https://www.lesoir.be/706040/article/2025-10-20/wallonie-regime-sec-pour-les-aides-la-promotion-de-lemploi>

Glossaire

AIM	Agence InterMutualiste
APE	Aide à la Promotion de l'Emploi
CBPS	Centre Bruxellois de Promotion de la Santé
CITES	Centre d'informations, de Thérapeutiques et d'Etudes sur le Stress
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
Crébis	Centre de Recherche de Bruxelles sur les Inégalités Sociales
CRéSaM	Centre de Référence en Santé Mentale
CRiDIS	Centre de recherches interdisciplinaires Démocratie, Institutions, Subjectivité
FdSS	Fédération des Services Sociaux
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
LAMC	Laboratoire d'Anthropologie des Mondes Contemporains
LBSM	Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
PAT	Peer And Team
SMES	Santé Mentale Exclusion Sociale
SSM	Service de Santé Mentale
UCLouvain	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNMS	Union Nationale des Mutualités Socialistes

Notes

This image shows a single sheet of white paper with horizontal green lines, resembling notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Éditeur responsable : Yahyâ H. SAMI

Graphisme : Alexandra TAROI

| Février 2026 |