Note d'analyse par La Ligue - Malade des longue durée : un problème de santé, une réponse budgétaire ?

Cette note est le fruit du Groupe de travail *Analyse des politiques publiques* au sein de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.

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

SYNTHÈSE DE LA NOTE

Malade des longue durée : un problème de santé, une réponse budgétaire ?

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 de charges équivalentes (13). Il sera également attendu des médecins traitants, mais aussi des psychologues et psychiatres, qu'iels 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).

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).**

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

LIRE LA NOTE DÉTAILLÉE

