

## Chapitre 1

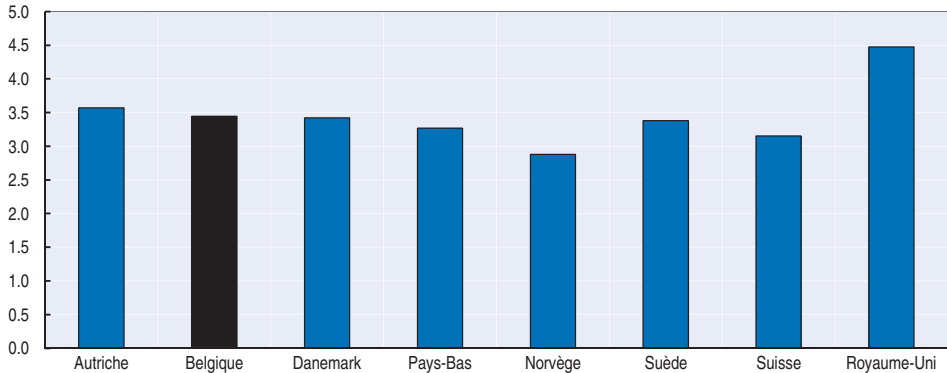
### Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Belgique

*En s'inspirant des conclusions du rapport publié récemment par l'OCDE sous le titre Mal-être au travail ?, le présent chapitre met en évidence les principaux défis à relever dans le domaine de la santé mentale et de l'emploi, et donne un aperçu des résultats qu'obtiennent actuellement les personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail belge, par rapport à d'autres pays de l'OCDE, en termes d'emploi, de chômage et de situation financière. Le chapitre décrit aussi le rôle des différents niveaux d'administration et celui du régime de prestations sociales de la Belgique. Il s'achève sur l'examen des avantages et des problèmes liés au rôle prépondérant du système d'allocations de chômage pour les personnes atteintes de troubles mentaux.*

Les troubles mentaux constituent un défi important pour le bon fonctionnement des politiques des pays de l'OCDE concernant le marché du travail et les questions sociales. Cet enjeu n'a pas été suffisamment pris en compte à ce jour, signe d'une stigmatisation et de tabous très répandus. Les coûts totaux estimés (directs et indirects) des problèmes de santé mentale génèrent des coûts élevés pour la société ; ils atteignent en effet 3-4.5 % du PIB dans plusieurs pays de l'OCDE, et plus précisément 3.4 % en Belgique (graphique 1.1)<sup>1</sup>. La plupart de ces coûts ne concernent pas le secteur de la santé : les coûts indirects revêtant la forme de pertes d'emplois et d'une diminution des performances et de la productivité au travail, dépassent de beaucoup les coûts directs de santé : calculés à partir des estimations détaillées de Gustavsson *et al.* (2011), les coûts indirects, les coûts médicaux directs et les coûts directs non médicaux s'élèvent respectivement à 53 %, 36 % et 11 % du total des coûts que font peser sur la société les problèmes de santé mentale.

### Graphique 1.1. Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour la société

Coûts liés aux troubles mentaux, en pourcentage du PIB du pays, 2010



*Note* : Les estimations présentées dans cette étude ont été établies par type de maladie, et couvrent la totalité des principales catégories de troubles mentaux, ainsi que les troubles cérébraux. Le graphique tient compte exclusivement des troubles mentaux.

*Source* : Compilation établie par l'OCDE à partir de l'étude de Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi *et al.* (2011), « Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 718-779 pour les estimations de coûts, et d'Eurostat pour le PIB.

## Introduction

Selon le rapport *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* publié récemment par l'OCDE, les politiques publiques doivent s'attacher à résoudre plus efficacement ces difficultés, de manière à

permettre une meilleure intégration, sur le marché du travail, des personnes atteintes de troubles mentaux. Il conviendra d'accorder davantage d'attention aux troubles légers ou modérés, aux troubles affectant les personnes en activité et celles qui n'ont pas d'emploi, ainsi qu'à la possibilité de prendre des mesures volontaristes pour les aider à se maintenir dans leur emploi ou à en trouver un. Cette conclusion repose sur différentes constatations, notamment :

- La plupart des personnes souffrant de troubles mentaux travaillent.
- Parmi les personnes qui présentent des troubles mentaux, bon nombre souhaitent travailler.
- Les problèmes de santé mentale induisent d'importantes pertes de productivité au travail.
- Les bénéficiaires d'allocations de chômage ou de prestations sociales présentent souvent une mauvaise santé mentale.
- Les troubles mentaux représentent une part croissante des cas d'incapacité à travailler, de maladie et d'invalidité.
- Un traitement adapté peut améliorer la situation de ces personnes au regard de l'emploi ; or, les traitements sont souvent insuffisants.

Dans ce rapport, on entend par « troubles mentaux » une maladie mentale qui atteint le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie, comme la Classification internationale des maladies (CIM-10), utilisée depuis le milieu des années 90 (la CIM-11 est en cours d'élaboration). Selon cette définition, environ 20 % de la population d'âge actif dans un pays moyen de l'OCDE souffrent de troubles mentaux, la prévalence sur la durée de la vie pouvant même atteindre 40-50 % (voir l'encadré 1.1).

Il est indispensable, pour définir des politiques appropriées, de bien comprendre ce qui caractérise la mauvaise santé mentale. Les principaux critères des troubles mentaux sont : l'apparition précoce, la gravité, la persistance et le caractère chronique, un degré élevé de récurrence et la coexistence fréquente d'affections physiques ou d'autres troubles psychologiques. Plus la pathologie est grave, persistante et associée à d'autres maladies, plus le degré d'incapacité lié aux troubles mentaux est élevé et plus l'impact potentiel sur l'aptitude de la personne à travailler est important<sup>2</sup>.

### Encadré 1.1. Mesurer les troubles mentaux

Les données administratives (données cliniques et données relatives aux bénéficiaires de prestations d'invalidité) comprennent généralement un code de classification du diagnostic du patient ou bénéficiaire, fondé sur la CIM-10. Les éléments permettant d'évaluer l'existence d'un trouble mental sont alors facilement accessibles. C'est également le cas en Belgique. Toutefois, ces données administratives ne tiennent pas compte des variables sociales et économiques détaillées qui sont nécessaires pour mesurer les résultats sur le marché du travail, et ne concernent qu'une partie de l'ensemble des personnes présentant des troubles mentaux.

À l'inverse, les résultats d'enquêtes comportant suffisamment d'informations sur les variables socio-économiques ne contiennent le plus souvent que des données subjectives sur l'état de santé mentale des individus qui composent l'échantillon. L'existence d'un trouble mental peut être mesurée, dans de telles enquêtes, au moyen d'une série de questions portant sur l'irritabilité, la nervosité, l'insomnie, le désespoir, le bonheur, la dévalorisation, etc. Ces questions permettent de repérer les personnes en bonne ou mauvaise santé mentale. S'agissant de l'étude de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi, on considère que les 20 % de la population qui présentent les valeurs les plus élevées pour chaque critère souffrent d'un trouble mental au sens clinique du terme, ce trouble étant « grave » pour les 5 % supérieurs et « léger à modéré » ou « courant » pour les 15 % restants.

Cette méthodologie permet de comparer les instruments utilisés pour des enquêtes ou dans des pays différents. L'étude de l'OCDE (2012) et le site [www.oecd.org/els/invalidite](http://www.oecd.org/els/invalidite) fournissent une description et une justification plus détaillées de cette approche (dont l'objectif consiste à mesurer les résultats, au plan social et professionnel, des personnes souffrant de troubles mentaux, et non la prévalence de ces troubles en tant que tels) et donnent un aperçu des implications possibles.

S'agissant de la Belgique, les données utilisées dans ce rapport proviennent de trois enquêtes différentes : 1) l'*Enquête belge sur la santé par interview* de 1997, 2001 et 2008 ; la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle GHQ-12 du Questionnaire général de santé (*General Health Questionnaire*), outil d'évaluation des troubles psychiatriques non psychotiques et version abrégée de l'échelle complète GHQ-60. 2) l'*Eurobaromètre* 2005 et 2010 : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur une série de neuf critères : se sentir plein de vie, se sentir tendu, se sentir déprimé, se sentir calme et détendu, avoir beaucoup d'énergie, se sentir découragé et dépressif, se sentir épuisé, se sentir heureux, se sentir fatigué. 3) l'*Enquête européenne sur les conditions de travail* (EECT) pour 2010 : la variable relative aux troubles mentaux repose sur une série de cinq critères : se sentir joyeux, se sentir calme, se sentir actif, se sentir frais et dispos au réveil, avoir une vie pleinement satisfaisante.

L'une des difficultés particulières auxquelles se heurtent les responsables publics tient au nombre de cas qui ne sont pas décelés, révélés ou identifiés – un problème qui découle directement des préjugés associés à la maladie mentale. Cependant, il n'est pas toujours possible de déterminer clairement si une identification plus rapide et plus complète permettrait

systématiquement d'améliorer les résultats, ou si elle contribuerait au contraire à étiqueter et à stigmatiser les populations concernées. Il s'ensuit qu'il importe davantage d'atteindre les personnes souffrant de troubles mentaux que de les étiqueter comme telles, et que les politiques évitant cette classification peuvent parfois donner les meilleurs résultats.

Selon l'étude *Mal-être au travail* ?, la réforme doit s'articuler autour de deux grands axes. Premièrement, les politiques publiques doivent privilégier la prévention, l'identification des besoins et l'intervention à différents stades du cycle de vie, notamment lors du passage à la vie active, sur le lieu de travail et lorsqu'un salarié est sur le point de perdre son emploi ou d'entrer dans le régime des prestations sociales. Deuxièmement, il importe de prendre des mesures en vue de l'intégration (ou d'une meilleure coordination) des services de santé et de l'emploi et, au besoin, d'autres services sociaux afin de s'attaquer à ces problèmes parmi les personnes présentant des troubles mentaux.

Malgré les coûts élevés que génère manifestement une mauvaise santé mentale, ni les politiques ni les institutions ne prêtent une attention suffisante aux problèmes posés par les troubles mentaux. Le rapport recense quatre priorités essentielles, auxquelles les politiques publics doivent s'intéresser d'urgence afin de limiter au maximum les graves conséquences que les troubles mentaux peuvent avoir pour la société :

- *Le rôle des établissements scolaires* dans la protection et la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes, et celui des services proposés pendant les périodes de transition afin d'aider les jeunes vulnérables à s'intégrer avec succès dans le marché du travail.
- *Le rôle du lieu de travail* dans la protection et la promotion de la santé mentale, afin de prévenir l'apparition de la maladie, la perte de productivité au travail et la sortie du marché du travail.
- *Le rôle des services publics de l'emploi* pour les bénéficiaires de prestations de maladie, d'invalidité ou de chômage de longue durée qui ne travaillent pas.
- *Le rôle des services de psychiatrie* fournis de manière à aider les patients d'âge actif à se maintenir dans l'emploi ou à reprendre le travail.

Compte tenu de ces défis et de ces domaines d'action prioritaires, le présent rapport examine comment les politiques publiques et les institutions de la Belgique abordent les questions liées aux troubles mentaux et à l'emploi.

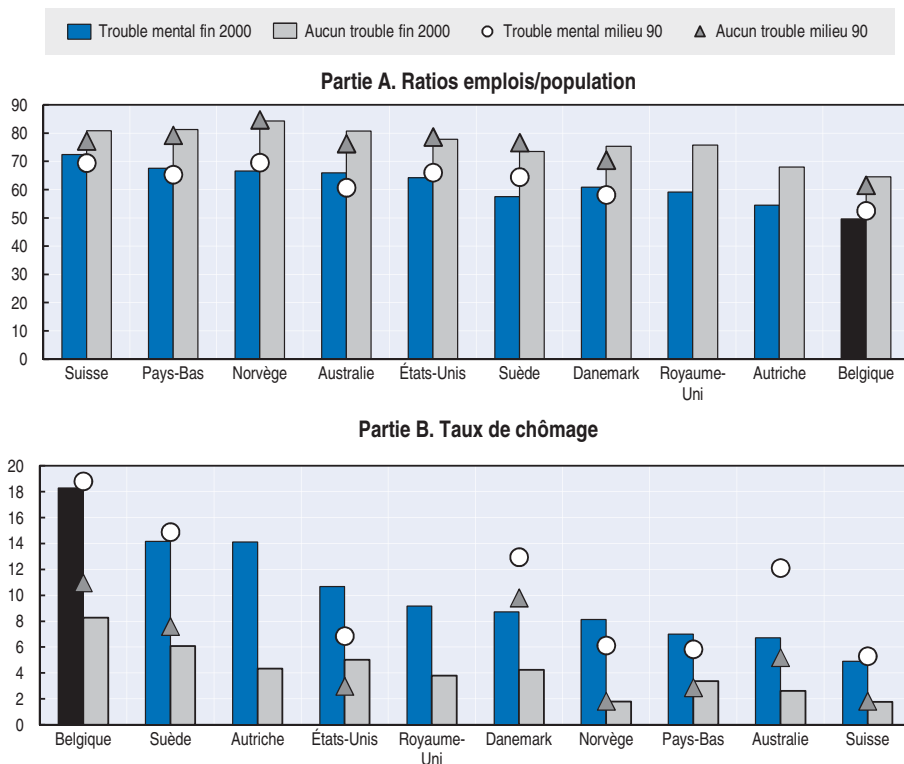
La structure du rapport se présente comme suit. Les sections suivantes de ce chapitre présente le contexte général, et notamment : *i*) examine certains des principaux résultats enregistrés en Belgique au bénéfice des personnes atteintes de troubles mentaux ; *ii*) aborde les compétences des différents niveaux d'administration – État fédéral, communauté et région – en matière d'éducation, de politique sociale, d'emploi et de politique de santé mentale ; *iii*) expose les principaux systèmes mis en place pour les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier le régime de prestations de maladie-invalidité et les services publics de l'emploi. Les autres chapitres analysent, en se plaçant dans l'optique de l'ensemble de la vie, les enjeux auxquels les pouvoirs publics belges sont confrontés en ce qui concerne la problématique de la santé mentale et de l'emploi. Le chapitre 2 s'intéresse à la période précédant l'entrée sur le marché du travail, donc au système éducatif et aux établissements scolaires, ainsi qu'à la transition vers l'emploi. Le chapitre 3 porte sur la situation sur le lieu de travail et sur les mesures qui incombent à l'employeur. Le chapitre 4 étudie le rôle des différentes parties prenantes du système d'assurance maladie-invalidité, et le chapitre 5 traite plus particulièrement du régime d'allocations aux personnes handicapées. Le chapitre 6 évalue le régime d'allocations chômage, et le dernier chapitre, le chapitre 7, porte sur le rôle et la contribution du système de santé mentale dans ces différents contextes.

## **Grandes tendances et résultats**

À l'instar de ce qui a été constaté dans d'autres pays de l'OCDE, les personnes souffrant de troubles mentaux en Belgique sont moins susceptibles d'occuper un emploi que celles qui n'ont aucun problème de cet ordre, les taux d'emploi pour les deux catégories s'établissant à 50 % et 65 % respectivement (graphique 1.2, partie A). Alors même que la situation du marché du travail s'était globalement améliorée avant l'éclatement de la Grande Récession en 2008, le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux en Belgique a décliné entre 1997 et 2008. En conséquence, l'écart de taux d'emploi entre cette catégorie et celle des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé mentale s'est creusé, passant de 9 à 15 points de pourcentage (il n'existe pas de données ventilées selon l'état de santé mentale après 2008).

À l'échelle de la zone OCDE, les taux de chômage sont fréquemment entre deux et trois fois plus élevés parmi les personnes qui ont des problèmes de santé mentale que parmi celles qui n'en ont pas (graphique 1.2, partie B). En Belgique, le taux de chômage pour la première catégorie s'élevait à 18 % en 2008, contre 8 % pour la seconde catégorie (il n'existe pas de données ventilées selon l'état de santé mentale après 2008). Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux souhaiteraient donc travailler mais ont du mal à trouver un emploi ou à le conserver.

**Graphique 1.2. Les résultats sur le marché du travail se sont améliorés en Belgique avant la Grande Récession, sauf pour les personnes atteintes de troubles mentaux, milieu des années 90 et fin des années 2000**

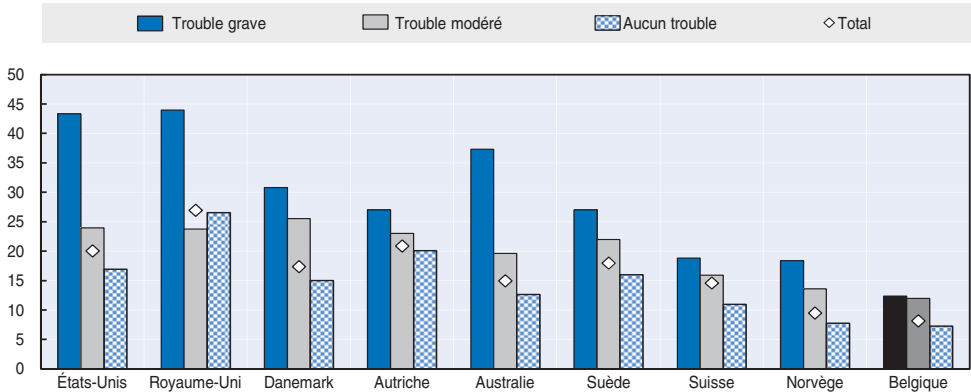


*Source* : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2001 et 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 1997 et 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 1994 et 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2001/03 et 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 1998 et 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 1994/95 et 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2002 et 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la morbidité psychiatrique chez les adultes 2007 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 1997 et 2008.

Parce que leur situation sur le marché du travail est plus précaire, les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus exposées au risque de pauvreté liée au revenu relatif que la population en moyenne. De l'ordre de 12 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ou modérés vivent dans un foyer dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, contre 7 % des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé mentale (graphique 1.3). Néanmoins, aussi bien le risque de pauvreté global que les écarts de risque de pauvreté entre personnes ne jouissant pas du même état de santé mentale sont plutôt faibles en Belgique en comparaison des autres pays de l'OCDE.

### Graphique 1.3. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus exposées au risque de pauvreté

Risque de pauvreté<sup>a</sup> des personnes présentant ou non un trouble mental grave ou modéré, dernière année disponible



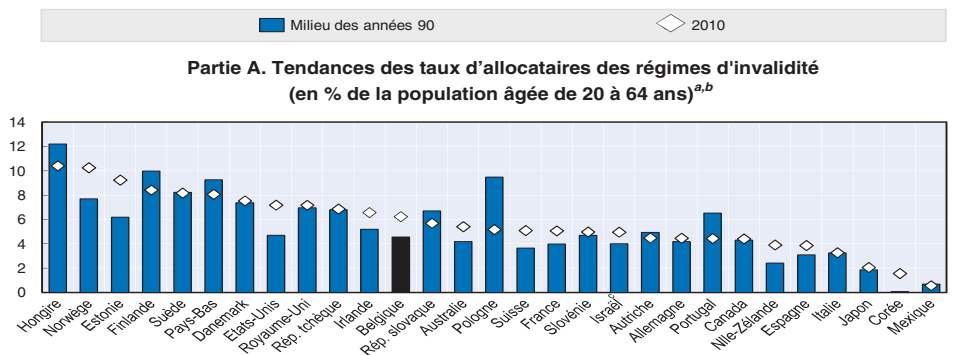
- a. Pourcentage de personnes vivant dans un foyer dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu médian).

Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la santé en Angleterre 2006 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 2008.

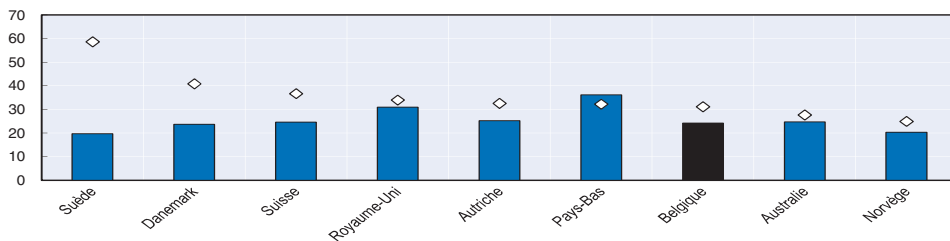
Parallèlement, le nombre absolu de bénéficiaires de prestations d'invalidité et la part des nouvelles demandes de prestations d'invalidité motivées par un trouble mental augmentent rapidement. À la fin des années 2000, 6,2 % de la population âgée de 20 à 64 ans en Belgique bénéficiaient de prestations de maladie ou d'invalidité, contre 4,6 % au milieu des années 90 (graphique 1.4, partie A). La hausse du nombre de demandes de prestations d'invalidité en Belgique s'explique en majeure partie par le relèvement de l'âge de la retraite des femmes, passé de 60 ans en 1997 à 65 ans en 2009 (Jousten *et al.*, 2011). Cependant, fait plus important et qui rejoint les tendances observées dans de nombreux pays de l'OCDE, une part croissante des nouvelles demandes de prestations d'invalidité est sous-tendue par une mauvaise santé mentale – près d'un tiers de l'ensemble des nouvelles demandes en Belgique en 2010 (graphique 1.4, partie B). Fait inquiétant, c'est parmi les jeunes gens (20 à 39 ans) que la hausse a été la plus marquée : la part des nouvelles demandes motivées par des problèmes de santé mentale dans ce groupe d'âge y atteignait presque 50 % en 2010, contre environ 20 % chez les 50-64 ans (graphique 1.4, partie C).



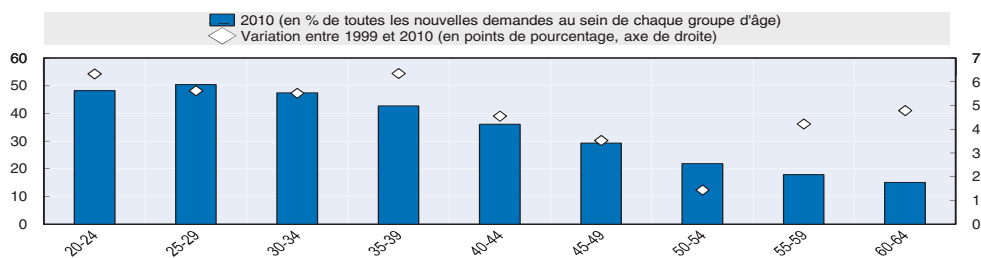
Graphique 1.4. Augmentation rapide des demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux



**Partie B. Nouvelles demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux<sup>a,d</sup>  
(en % du total des demandes)**



**Partie C. Nouvelles demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux en Belgique selon l'âge<sup>b</sup>**



- Pour la Norvège, l'allocation temporaire est prise en compte dans la partie A mais non pas dans la partie B.
- Les données se réfèrent à 2005 pour la Luxembourg, à 2007 pour le Canada, la France, l'Italie et la Pologne, à 2008 pour l'Australie, l'Autriche, le Japon, la Corée et la Slovénie et à 2009 pour l'Allemagne, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la République slovaque, le Royaume-Uni et les États-Unis.
- Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.
- Pour la Belgique, les Pays-Bas et la Suède, les statistiques incluent le retard mental, les troubles organiques et les troubles non spécifiés.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur l'incapacité et questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

Bien que l'incapacité due à des troubles mentaux gagne du terrain, une multitude de données empiriques épidémiologiques et cliniques montre que la prévalence des troubles mentaux n'a pas augmenté dans les pays de l'OCDE. Le récent rapport de l'OCDE *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012) conclut que le poids croissant des troubles mentaux parmi les causes sous-jacentes des nouvelles demandes de prestations d'invalidité résulte en partie d'une meilleure prise de conscience de ces troubles et de l'interprétation souvent fautive selon laquelle les troubles mentaux entraîneraient une incapacité de travail élevée et permanente. Cela étant, les exigences des employeurs vis-à-vis de leurs employés se sont renforcées ou modifiées, de sorte qu'il est de plus en plus difficile pour les personnes souffrant de troubles mentaux d'effectuer correctement leur travail.

## **Description du système de protection sociale de la Belgique**

### *La structure de l'État fédéral*

La Belgique est un État fédéral composé de trois communautés, la Communauté flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone (graphique 1.5, partie A), et de trois régions, la Région de Bruxelles-Capitale, officiellement bilingue, la Région flamande, qui est néerlandophone, et la Région wallonne, qui est francophone et germanophone (graphique 1.5, partie B).

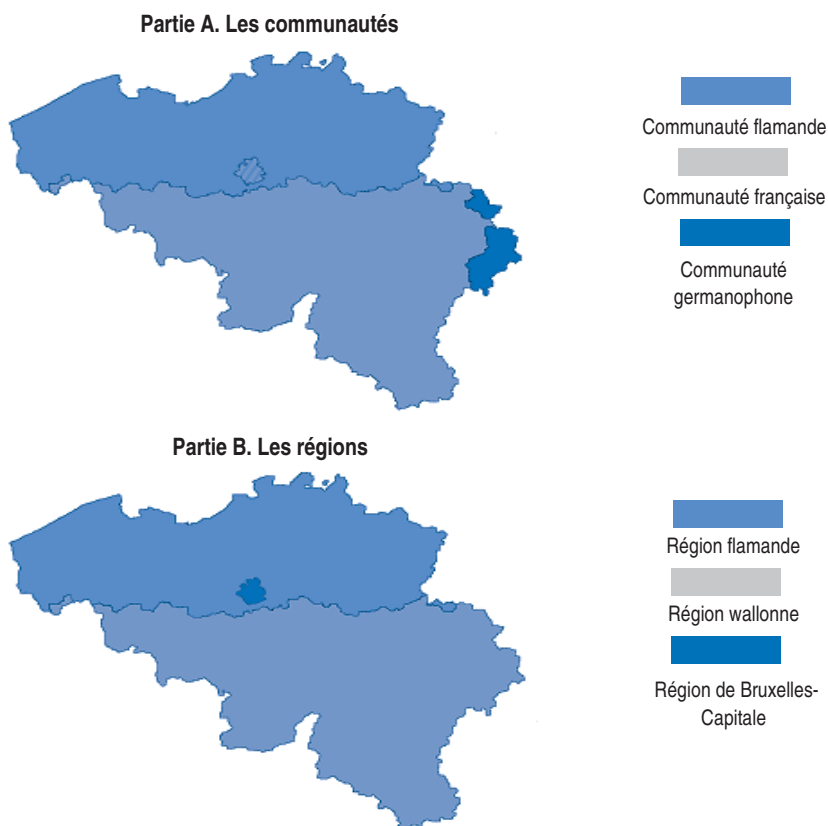
Les principales institutions fédérales sont le gouvernement fédéral et le Parlement fédéral (composé d'une Chambre des représentants et d'un Sénat). Les communautés et les régions ont leur propre gouvernement et parlement. Cependant, la Région flamande a transféré toutes ses compétences constitutionnelles à la Communauté flamande immédiatement après son établissement en 1980 afin de faciliter la coopération entre les services en charge des affaires communautaires et régionales. Il n'y a donc qu'un Gouvernement flamand et qu'un Parlement flamand.

Les trois communautés linguistiques jouissent de compétences dans différents domaines de la politique publique, tels que les politiques d'aide à la famille et à l'enfance, l'éducation, la culture et certains aspects des soins de santé.

Les trois régions se focalisent essentiellement sur les questions d'ordre économique ou local telles que l'emploi, les travaux publics, l'agriculture, l'aménagement du territoire et l'environnement. La sixième réforme institutionnelle de 2011 (qui doit être mise en œuvre après 2014) prévoit une poursuite de la décentralisation des ressources et des politiques vers

les régions et les communautés, qui se verront confier davantage de pouvoirs décisionnels dans les domaines du marché du travail, des prestations familiales et autres (les domaines qui entrent dans le champ de ce rapport seront examinés dans les sections idoines). La sécurité sociale, en revanche, reste un domaine de compétence clé de l'État fédéral. Les détails et les modalités exactes de mise en œuvre de la réforme sont encore en discussion.

Graphique 1.5. La structure de l'État fédéral belge



*Note* : Cette carte est fournie à titre illustratif et ne préjuge en rien du statut d'un territoire représenté sur cette carte ou de la souveraineté sur ce dernier.

*Source* : D'après Wikipedia, [http://en.wikipedia.org/wiki/Communities,\\_regions\\_and\\_language\\_areas\\_of\\_Belgium](http://en.wikipedia.org/wiki/Communities,_regions_and_language_areas_of_Belgium).

### *La protection sociale en Belgique*

La protection sociale en Belgique se subdivise en deux grandes catégories : *i) la sécurité sociale*, c'est-à-dire les soins médicaux, les indemnités d'assurance maladie-invalidité, les pensions, l'assurance chômage, les allocations familiales, l'assurance contre les accidents du travail, l'assurance contre les maladies professionnelles et les congés annuels ; et *ii) l'aide sociale*, c'est-à-dire le revenu d'intégration sociale, la garantie de revenus aux personnes âgées, les allocations aux personnes handicapées et les prestations familiales garanties. Le système de sécurité sociale comprend trois grands régimes caractérisés par des différences de couverture et de niveau de protection sociale considérables : un pour les salariés, un pour les travailleurs indépendants et un pour les fonctionnaires. Il n'entre pas dans le champ de ce rapport d'examiner les systèmes d'assurance sociale des travailleurs indépendants et des fonctionnaires ; pour de plus amples détails, le lecteur est invité à se référer au guide de la sécurité sociale belge publié par le Service public fédéral Sécurité sociale (2011).

L'assurance maladie publique est organisée et coordonnée à l'échelon fédéral par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Contrairement à la situation qui prévaut dans la plupart des pays de l'OCDE, un seul et même organisme gère les indemnités de maladie (pendant la première année) et les indemnités d'invalidité (à partir de la deuxième année), et tous les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité touchent pendant un an des indemnités de maladie (l'encadré 1.2 récapitule les conditions d'admissibilité et les niveaux de prestation). Au niveau opérationnel, l'INAMI repose sur différents prestataires mutualistes agréés (les mutualités) qui servent d'interface entre le système d'assurance maladie et l'assuré, et des mécanismes de rééquilibrage financier sont en place pour corriger les différences intrinsèques qui existent entre les pools de risques des divers prestataires. Au-delà de leur rôle d'agents payeurs de l'INAMI, les mutualités sont les principaux régulateurs d'accès aux indemnités de maladie-invalidité.

En marge des indemnités d'assurance maladie-invalidité versées par l'INAMI, les personnes handicapées ayant une capacité de gains réduite ont droit à deux types d'allocations non contributives, servies par le Service public fédéral Sécurité sociale (l'encadré 1.2 récapitule les niveaux d'indemnisation et critères d'admissibilité).

## Encadré 1.2. **Conditions d'admissibilité et taux d'indemnisation pratiqués par une sélection de régimes de prestations belges**

### **Allocations de chômage**

Pour percevoir des allocations de chômage, un demandeur d'emploi doit avoir travaillé pendant plus d'un an au cours des 27 mois précédant sa demande, la durée minimale d'emploi requise augmentant avec l'âge – par exemple, un travailleur ayant entre 36 et 49 ans doit avoir travaillé 468 jours au cours des 27 mois précédant la demande. Les personnes qui se retrouvent en situation de chômage volontaire peuvent être temporairement privées de prestations pendant une période de quatre à 52 semaines. L'admissibilité n'est pas déterminée uniquement par les cotisations déjà versées par le demandeur au régime, puisque les diplômés de l'enseignement supérieur peuvent s'inscrire au chômage sans avoir jamais cotisé. Les périodes d'attente pour les jeunes diplômés de moins de 18 ans, de 18 à 25 ans et de 26 à 29 ans sont de 155, 233 et 310 jours respectivement.

### **Indemnités d'assurance maladie-invalidité**

Pour pouvoir prétendre à des indemnités d'assurance maladie-invalidité, un salarié doit avoir totalisé 120 jours de travail (les congés payés et congés de maladie sont comptabilisés dans le temps de travail) au cours des six derniers mois et avoir cotisé pendant une durée minimum. L'admissibilité aux indemnités de maladie-invalidité est déterminée sur la base d'une définition médico-économique : des lésions/troubles fonctionnels ou leur aggravation doivent entraîner une réduction de la capacité de gains du travail d'au moins 66 %. Tout emploi que la personne a occupé ou pourrait occuper au regard de ses qualifications et de son expérience est pris en considération. Cependant, si la maladie suit une évolution favorable, seule l'activité professionnelle habituelle est prise en compte durant les six premiers mois pour déterminer la perte de capacité de gains. Au-delà de cette période,.

### **Allocations aux personnes handicapées**

Les allocations de remplacement de revenus et d'intégration sont des prestations non contributives réservées aux personnes handicapées. Une allocation de remplacement de revenus peut être accordée à une personne handicapée si sa capacité d'acquérir des revenus par le travail ne dépasse pas un tiers de celle d'une personne en bonne santé. L'allocation d'intégration est déterminée par la perte d'autonomie consécutive au handicap, lequel est évalué en vertu de critères médico-sociaux. Ces deux allocations sont soumises à des conditions de ressources et dépendent de la situation familiale. L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration peuvent être versées conjointement ou séparément, et elles peuvent être cumulées avec d'autres prestations.

### Encadré 1.2. Conditions d'admissibilité et taux d'indemnisation pratiqués par une sélection de régimes de prestations belges (suite)

#### Taux d'indemnisation et montant maximum des prestations, 2011

	Allocataire avec au moins une personne à charge <sup>a</sup>	Personne isolée <sup>b</sup>	Cohabitant <sup>c</sup>
<b>Taux d'indemnisation en % des gains antérieurs</b>			
Allocation de chômage			
1 <sup>re</sup> année	60	60	60
2 <sup>e</sup> année (trois premiers mois)	60	55	40
après le 3 <sup>e</sup> mois de la 2 <sup>e</sup> année	60	55	somme forfaitaire <sup>d</sup>
Assurance maladie-invalidité			
Indemnités de maladie	60	60	60
Indemnités d'invalidité	65	60	40
<b>Montant maximum des prestations par mois (EUR)</b>			
Allocation d'invalidité			
Allocation de remplacement du revenu	1007	755	504
(en % du salaire moyen)	(30%)	(22%)	(15%)
Allocation d'intégration	828	828	828
(en % du salaire moyen)	(25%)	(25%)	(25%)

a. Travailleur vivant avec une ou plusieurs personnes qui n'ont pas de revenus d'activité professionnelle ou autres.

b. Travailleur vivant seul.

c. Travailleur qui ne vit pas seul et n'a pas de personnes à charge ; les cohabitants sont des personnes qui vivent ensemble sous le même toit et règlent en commun leurs questions ménagères.

d. L'allocation forfaitaire était de 465 EUR par mois au 1<sup>er</sup> juillet 2011 (soit environ 14 % du salaire moyen). Si le bénéficiaire a travaillé pendant au moins 20 ans ou si son incapacité de travail permanente est d'au moins 33 %, le montant de la prestation s'élève à 40 % des revenus antérieurs. En outre, sous certaines conditions, un cohabitant peut se voir privé de ses allocations de chômage si sa période de chômage dépasse 1.5 fois la moyenne régionale pour son groupe d'âge ou son sexe.

Source : Belgique 2010, Prestations et salaires : Les indicateurs de l'OCDE, [www.oecd.org/els/social/prestationsetsalaires](http://www.oecd.org/els/social/prestationsetsalaires), et Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

L'allocation de remplacement de revenus est principalement destinée aux personnes qui n'ont jamais ou n'ont pas suffisamment travaillé pour satisfaire les exigences du régime d'assurance invalidité en termes de durée de cotisation, mais elle peut également être versée en complément d'autres prestations destinées aux personnes d'âge actif si le revenu du ménage est inférieur à un certain seuil. L'allocation d'intégration est accordée aux personnes qui, du fait de leur handicap, sont confrontées à des difficultés supplémentaires dans leurs activités quotidiennes. Ces deux allocations sont indépendantes l'une de l'autre et peuvent être cumulées avec d'autres prestations.

Le versement des allocations de chômage est une compétence fédérale qui incombe à l'Office national de l'emploi (ONEM). En revanche, les politiques de placement et les politiques actives du marché du travail relèvent entièrement des services publics régionaux de l'emploi – VDAB (*Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding*) en Flandre, Actiris à Bruxelles et Forem en Wallonie – ce qui suppose d'importants besoins de coordination. En outre, les syndicats jouent un rôle opérationnel non négligeable en qualité d'agents payeurs officiels pour le compte de leurs membres. De leur côté, les personnes sans emploi non syndiquées perçoivent leurs allocations auprès d'un autre organisme public, la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage. Les allocations sont calculées sur la base des revenus antérieurs à concurrence d'un certain plafond et versées sans limite de durée, avec des taux de paiement initiaux identiques à ceux des indemnités d'invalidité (cf. encadré 1.2). Pour continuer à percevoir les allocations chômage, il faut satisfaire les conditions de recherche d'emploi et de disponibilité pour l'emploi ; ces conditions ne sont toutefois pas appliquées à l'ensemble des bénéficiaires (par exemple, les chômeurs de plus de 50 ans en étaient dispensés jusqu'à la fin de 2011).

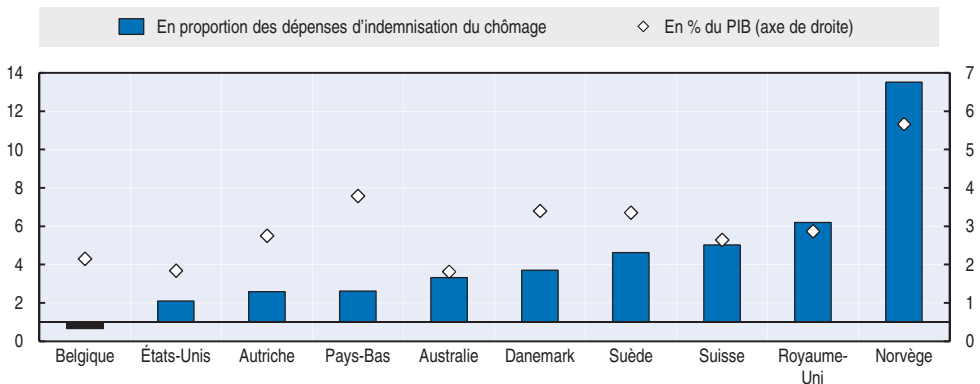
### ***L'importance du régime d'allocations de chômage pour les personnes souffrant de troubles mentaux***

Parmi ces personnes, toutes celles qui ne parviennent pas à trouver un emploi n'entrent pas en invalidité : bon nombre d'entre elles reçoivent d'autres types de prestations accessibles aux personnes d'âge actif, comme les allocations de chômage ou l'aide sociale. Contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des autres pays de l'OCDE, le montant global consacré par la Belgique aux prestations d'invalidité et de maladie est inférieur aux dépenses liées au chômage (graphique 1.6 ; voir l'annexe pour des statistiques plus détaillées sur l'ensemble des pays de l'OCDE). Par ailleurs, en Belgique, parmi les personnes souffrant d'un problème mental modéré, celles qui perçoivent une allocation de chômage sont plus nombreuses que les

bénéficiaires de prestations d'invalidité ; en outre, une part relativement importante des individus atteints de troubles psychologiques graves touchent des indemnités de chômage, alors qu'ils percevraient plutôt une pension d'invalidité dans d'autres pays de l'OCDE (graphique 1.7).

### Graphique 1.6. La Belgique dépense moins pour les prestations d'invalidité et de maladie que pour le chômage

Dépenses consacrées aux prestations d'invalidité et de maladie en pourcentage du PIB et en proportion des dépenses d'indemnisation du chômage, 2009



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales (SOCX), [www.oecd.org/els/social/depenses](http://www.oecd.org/els/social/depenses).

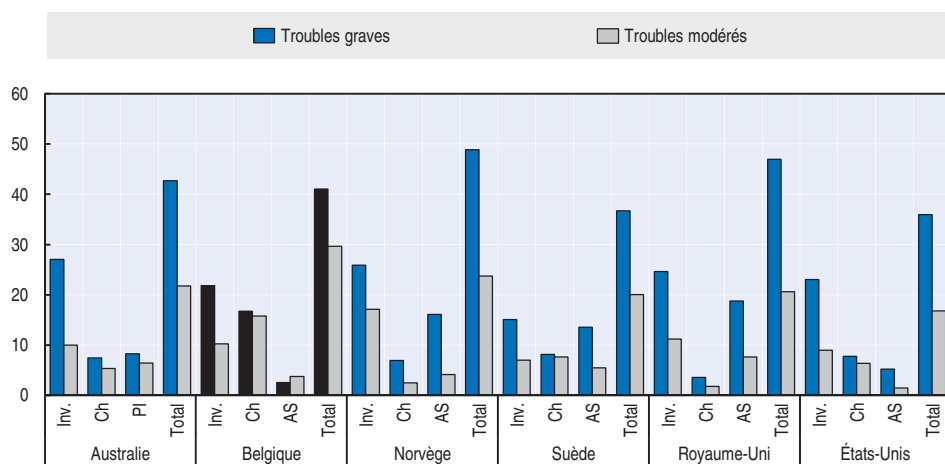
En Belgique, le rôle essentiel des prestations de chômage pour les personnes atteintes de troubles mentaux s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, le fait que les allocations de chômage ne soient pas limitées dans le temps rend le régime d'invalidité – dont les modalités d'octroi sont plus rigoureuses – moins attractif pour ces personnes. Les bénéficiaires d'allocations de chômage ont l'obligation de chercher activement un emploi et peuvent voir leurs prestations interrompues s'ils ne coopèrent pas ; en revanche, une mauvaise santé mentale constitue une raison valable de refuser des offres d'emploi raisonnables, et les travailleurs sociaux jugent souvent inacceptable de pénaliser les allocataires de longue durée qui ne parviennent pas à reprendre un travail et qui cumulent différents problèmes (dont les troubles mentaux font souvent partie) (voir, sur ce point, le chapitre 6). Tous les chômeurs présentant des troubles mentaux ne peuvent prétendre à une pension d'invalidité (surtout lorsque les troubles sont modérés), et à supposer qu'ils remplissent les critères, le passage au régime d'invalidité prend du temps, ce qui peut parfois conduire à une suspension temporaire des prestations. Deuxièmement, les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont soumis à des contrôles réguliers visant à déterminer si leur



état s'améliore (selon une fréquence établie par le médecin-conseil ; voir le chapitre 4), ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le système de prestations de chômage. Il en résulte que ce dernier peut sembler plus pérenne et plus sûr que le régime d'invalidité pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Troisième facteur : les bénéficiaires de l'assurance chômage présentant des problèmes de santé (mentale) ne sont guère incités, d'un point de vue financier, à solliciter des indemnités de maladie ou une pension d'invalidité, car les montants sont *grossa modo* comparables (voir l'encadré 1.2 ci-dessus). Depuis novembre 2012, toutefois, les allocations de chômage sont plus dégressives et moins généreuses que les prestations d'invalidité, ce qui pourrait encourager les individus qui ont des problèmes de santé à solliciter plutôt des indemnités de maladie ou d'invalidité.

### Graphique 1.7. Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux en Belgique perçoivent des allocations de chômage

Proportions d'individus qui perçoivent une prestation d'invalidité (Inv.), une allocation de chômage (Ch.), une prestation d'aide sociale (AS) ou allocation de parent isolé (PI), selon l'état de santé mentale, répartition au cours de la dernière année disponible



*Note* : Pour la Belgique, sont incluses parmi les bénéficiaires de prestations d'invalidité les personnes qui reçoivent des indemnités de maladie, des indemnités d'assurance invalidité et des allocations aux personnes handicapées.

*Source* : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la morbidité psychiatrique chez les adultes 2007 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 2008.

Le fait qu'un nombre élevé de personnes atteintes de troubles mentaux perçoivent une allocation de chômage présente certains avantages, mais exige aussi que les besoins de ce groupe de population soient mieux pris en considération. Certes, ces personnes restent en contact étroit avec le marché du travail et peuvent ainsi trouver plus facilement un emploi. En revanche, si les services publics de l'emploi (SPE) n'ont pas l'habitude de gérer les problèmes de santé mentale, ou ne disposent pas des ressources (humaines) nécessaires pour assurer un meilleur accompagnement, il est peu probable qu'ils parviennent à ramener les personnes concernées vers l'emploi. De plus, une pression accrue des SPE en faveur de la reprise d'une activité pourrait être un motif d'entrée en invalidité. Il faudra donc que les SPE et les mutualités coopèrent étroitement pour améliorer les résultats des personnes atteintes de troubles mentaux sur le marché du travail, un aspect qui sera abordé en détail dans les chapitres 4 et 6.

## Conclusion

Les données disponibles font ressortir les points essentiels suivants :

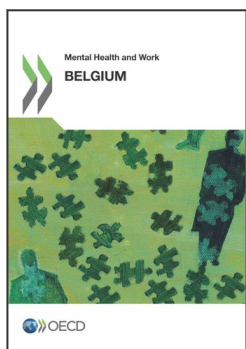
- La situation du marché du travail s'est améliorée depuis le milieu des années 90 jusqu'au début de la Grande Récession, mais pas pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.
- La hausse du nombre de demandes de prestations d'invalidité enregistrée depuis quelques décennies s'explique principalement par le relèvement des l'âge de la retraite des femmes. Néanmoins, la part des nouvelles demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux est en augmentation rapide, particulièrement chez les bénéficiaires de moins de 40 ans.
- Les indemnités de maladie-invalidité sont gérées par un système unique. Dans ces conditions, s'attaquer au problème des absences pour maladie à un stade précoce peut se révéler une stratégie très efficace pour réduire au minimum les flux d'entrées en invalidité.
- Le régime d'allocations chômage joue un rôle de premier plan pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui perdent leur emploi. Contrairement à la plupart des autres pays de l'OCDE, les dépenses liées à l'indemnisation du chômage sont supérieures à celles consacrées aux indemnités de maladie et d'invalidité, et les personnes souffrant de troubles mentaux modérés sont plus nombreuses à percevoir des allocations de chômage qu'à toucher des indemnités d'invalidité. L'avantage de ce système est que les personnes souffrant de troubles mentaux qui perdent leur emploi conservent des liens étroits avec le marché du travail.

## Notes

1. Selon la définition qu'en donne le présent rapport, les troubles mentaux n'incluent pas les déficiences intellectuelles ; celles-ci comprennent divers déficits intellectuels, notamment le retard mental, divers états spécifiques (tels que certains troubles de l'apprentissage), et les problèmes apparus plus tard dans la vie à cause de lésions cérébrales ou de maladies neurodégénératives comme la démence. Les maladies mentales d'origine organique ne relèvent pas non plus du champ d'application de ce projet.
2. Le diagnostic compte également, mais tout type de problème mental peut être grave ou durable, ou s'accompagner d'autres troubles. La majorité des troubles mentaux sont « légers » ou « modérés », notamment la dépression et les troubles anxieux.

## Références

- Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi *et al.* (2011), « Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 718-779.
- Jousten, A., M. Lefebvre et S. Perelman (2011), « Disability in Belgium: There is More than Meets the Eye », National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 17114, Cambridge, États-Unis.
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr>.
- Service public fédéral Sécurité sociale (2011), « La Sécurité sociale : tout ce que vous avez toujours voulu savoir », Bruxelles, [http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/alwa/alwa2011\\_jan\\_fr.pdf](http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/alwa/alwa2011_jan_fr.pdf).



Extrait de :  
**Mental Health and Work: Belgium**

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264187566-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2013), « Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Belgique », dans *Mental Health and Work: Belgium*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264187597-5-fr>

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :

<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.