

Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail ?

Hélène Henry – Service d'études MC-CM

Remerciements à Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Stijn Vos et Andries De Hertogh

Résumé

Dans un contexte où la Belgique renforce depuis plusieurs années ses dispositifs d'accompagnement et de réintégration des personnes malades de longue durée, cette étude vise à identifier les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail.

Cette recherche se base sur trois enquêtes en ligne réalisées par la MC entre novembre 2023 et mars 2025. Durant cette période, nous avons observé l'évolution de personnes qui étaient en incapacité de travail au début de l'étude, afin d'identifier le profil de celles qui sont sorties de l'incapacité, et les facteurs qui ont influencé cette sortie, séparément pour les personnes qui ont été accompagnées – ou non – par un·e coordinateur·rice de retour au travail.

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que les personnes disposant de ressources sociales et professionnelles plus élevées – notamment celles diplômées de l'enseignement supérieur, exerçant un travail de type intellectuel, et travaillant à temps plein avant l'incapacité – sont plus susceptibles d'être sorties de l'incapacité au troisième temps de mesure.

Sur base de ces résultats, diverses recommandations sont émises, afin de faciliter le retour au travail après une période d'incapacité.

Mots-clés : Incapacité de travail, retour au travail, facteurs prédictifs, analyse longitudinale, enquête, étude quantitative

Table des matières

Introduction	66
1. Revue de la littérature	67
1.1. Résultats d'études sur les effets de variables influençant la sortie de l'incapacité de travail	67
1.1.1. Influence des variables socio-démographiques	67
1.1.2. Influence des facteurs environnementaux	67
1.1.3. Influence des facteurs personnels	68
1.2. Développement du modèle de recherche	68
1.2.1. Effet des facteurs environnementaux liés au travail	69
1.2.2. Effet des facteurs liés à l'incapacité de travail	69
1.2.3. Effet des facteurs personnels	69
2. Méthode	70
2.1. Échantillon	70
2.2. Mesures	72
2.2.1. Variables socio-démographiques et environnementales liées au travail	72
2.2.2. Variables liées à l'incapacité de travail	73
2.2.3. Facteurs personnels	73
2.2.4. La sortie de l'incapacité de travail	74
2.3. Analyses	75
2.4. Limites	75
3. Résultats	76
3.1. Profil-type des participant-es sorti-es de l'incapacité au T3	76
3.2. Les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité	76
3.2.1. Résultats pour le groupe « suivi »	76
3.2.2. Résultats pour le groupe « non-suivi »	78
4. Discussion	80
4.1. Profil des personnes sorties de l'incapacité de travail	80
4.2. Facteurs prédictifs pour les personnes non suivies par des C-reat	81
4.2.1. L'effet des facteurs socio-démographiques et d'emploi	81
4.2.2. L'effet du sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail	81
4.3. Facteurs prédictifs pour les personnes suivies par des C-reat	82
4.3.1. L'effet de la catégorie et de l'initiative du suivi	82
4.3.2. L'effet associé à la langue	83
5. Recommandations	83
Conclusion	87
Bibliographie	88

Introduction

Fin 2025, la Belgique comptait plus d'un demi-million (576.643) de personnes en invalidité (incapacité de travail depuis plus d'un an) (INAMI, 2026a). Parmi ces personnes, 537.728 sont des salarié-es ou des chercheur-euses d'emploi, et 38.915 sont des indépendant-es ou des conjoint-es aidant-es. En moyenne, 6% de la population d'âge actif dans les pays de l'OCDE perçoit des allocations d'invalidité comme principale source de revenus (OECD, 2010). En Belgique, le taux d'inactivité pour cause de maladie ou de handicap parmi les 20-64 ans était d'environ 7% en 2021 (Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024).

L'augmentation du nombre de personnes malades de longue durée en Belgique est mise à l'agenda politique comme un problème avant tout budgétaire. Il est vrai que pour 2025, le Comité de monitoring estime le coût des prestations pour les travailleur-euses salarié-es tant en incapacité de travail primaire qu'en invalidité, à 14,2 milliards euros (Chambre des représentants de Belgique, 2026). Dans le cadre des négociations budgétaires, le gouvernement belge a ainsi récemment renforcé sa politique de retour au travail, afin d'augmenter le nombre de personnes malades de longue durée qui reprennent le travail.

Depuis plusieurs années, différentes vagues de mesures visant à favoriser le retour au travail après une période d'incapacité ont ainsi été mises en oeuvre. En 2022, des coordinateur-trices de retour au travail (C-reat) ont été intégrés au sein des mutualités. Leur rôle est défini de la manière suivante : « le Coordinateur Retour Au Travail au sein de la mutualité prend toutes les mesures utiles dans le cadre du 'Trajet Retour Au Travail' et contacte, en concertation avec le-la médecin-conseil et avec l'accord du-de la titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de ce titulaire, ainsi qu'il accompagne le-la titulaire dans les contacts avec les personnes physiques ou morales susvisées » (INAMI, 2022, p. 55). La manière dont cet accompagnement est vécu par les membres de la MC a fait l'objet d'une étude en 2023 (Henry, Avalosse, & Vancorenland, 2024).

Le gouvernement a ensuite implémenté d'autres vagues de mesures. En 2023, des contacts à un rythme fixe ont été instaurés, afin qu'au cours des quatrième, septième et on-

zième mois de la première année, un contact personnel ait lieu entre la personne malade et le-la médecin-conseil de la mutuelle. Il a également été décidé qu'à l'avenir, il ne serait plus possible de bénéficier d'une reconnaissance d'invalidité pour une durée supérieure à une, deux ou cinq années, sauf exceptions majeures (Vandenbroucke, 2025). Début 2026, une troisième vague de mesures a été lancée, où des responsabilités supplémentaires ont été confiées aux employeur-euses, aux travailleur-euses, aux mutualités et aux médecins. Enfin, en février 2026, le Conseil des ministres a approuvé un avant-projet de loi visant à mettre en œuvre les priorités suivantes : prévenir les entrées en incapacité de travail grâce à la prévention et à la détection précoce, renforcer le suivi médical et la réévaluation annuelle des dossiers, accélérer la réintégration et responsabiliser l'ensemble des acteurs et actrices concernés (Conseil des ministres, 2026).

La mise en place de ces quatre vagues de mesure montre à quel point le retour au travail des personnes malades de longue durée est un enjeu fondamental en Belgique. Dans ce contexte, étudier les facteurs qui prédisent la sortie de l'incapacité de ces personnes revêt toute son importance.

Il convient cependant de rappeler qu'au-delà d'une lecture budgétaire de la problématique, le risque d'être en incapacité de travail ne semble pas être réparti de manière égale au sein de la population et constitue aussi – et peut-être avant tout – un enjeu sociétal. Des données suggèrent ainsi que parmi les titulaires en invalidité, des publics plus vulnérables sont davantage représentés : on retrouve ainsi davantage de femmes (61%), de travailleur-euses âgées de plus de 50 ans (64%) et des ouvrier-ères (63%)¹ (INAMI, 2023a) ainsi que des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (49%, alors qu'elles sont 21% dans la population totale)² (INAMI, 2025). Pour l'invalidité en raison d'un trouble mental, la proportion de femmes est encore plus élevée : près de 70% des périodes d'incapacité de travail de longue durée dues au burnout, à des troubles de l'humeur, ou à des troubles anxieux concernent des femmes (Bruyneel et al., 2024). Ces données suggèrent que des facteurs socio-démographiques influencent l'entrée mais aussi probablement la sortie de l'invalidité. De plus, la littérature scientifique (e.g., Villotti et al., 2024) souligne l'importance d'étudier également l'effet d'autres facteurs, comme les facteurs environnementaux (e.g., liés à l'environnement de travail) ou personnels (e.g., liés aux

1 Ces données concernent les personnes en invalidité au sein du régime général en 2023.

2 Ces données concernent les titulaires en invalidité au sein du régime général et du régime indépendant, durant le premier semestre 2025.

perceptions des individus). La connaissance de l'ensemble de ces facteurs s'avère indispensable afin d'accompagner au mieux les personnes dont l'état de santé permet une reprise du travail, tout en tenant compte de leur vulnérabilité et des obstacles qu'elles peuvent rencontrer. À cette fin, cette nouvelle étude a pour objectif d'identifier les facteurs qui prédisent **la sortie de l'incapacité de travail chez des personnes ayant bénéficié - ou non - d'un suivi par des coordinateur-rices de retour au travail de la MC.**

1. Revue de la littérature

Afin d'investiguer les **facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail** (autrement dit : les variables qui peuvent influencer la sortie de l'incapacité), le modèle de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé) adapté au domaine du travail offre des perspectives intéressantes (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden, & Kant, 2017). Cette classification, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001, permet de décrire le fonctionnement d'une personne en tenant compte à la fois des déficiences corporelles, des limitations dans les activités de la vie quotidienne et dans la participation à la vie en société, ainsi que des influences exercées par les facteurs environnementaux (Chapireau, 2001). L'intégration de ces derniers dans le modèle de la CIF a constitué une avancée majeure, car elle a permis de faire en sorte que « l'incapacité ne soit plus comprise comme une caractéristique de l'individu, mais plutôt comme le résultat d'une interaction entre la personne ayant un problème de santé et des facteurs environnementaux » (Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden, & Kant, 2017, p. 188, notre traduction).

Adapté spécifiquement au domaine du travail ce modèle permet d'identifier plus précisément les facteurs contextuels susceptibles d'influencer la participation au travail. Il distingue notamment :

- Les **facteurs environnementaux liés au travail** – tels que le contenu des tâches (exigences, autonomie), les conditions d'emploi (horaires, équipements), les relations sociales au travail, les conditions de travail (aspects physiques, agents chimiques), les caractéristiques de l'entreprise (secteur, taille) ou encore le contexte macroéconomique (législations, marché du travail) ;
- Les **facteurs personnels**, comprenant les ressources psychologiques (santé perçue, estime de soi), les élé-

ments liés à la maladie (perception de la maladie, adhésion au traitement), le mode de vie (mouvements, habitudes alimentaires) ainsi que les facteurs personnels liés au travail (signification du travail pour la personne). Les variables socio-démographiques font aussi partie des facteurs personnels mais ne sont pas des facteurs contextuels.

Ce modèle a notamment été utilisé dans une récente revue systématique de la littérature (Villotti et al., 2024) pour classer les facteurs prédictifs du retour au travail chez les personnes souffrant de troubles musculosquelettiques et de troubles mentaux courants. En nous appuyant également sur cette classification, nous présentons dans la suite de cette section, les résultats d'études ayant investigué les facteurs influençant la sortie de l'incapacité de travail.

1.1. Résultats d'études sur les effets de variables influençant la sortie de l'incapacité de travail

1.1.1. Influence des variables socio-démographiques

Plusieurs recherches ont examiné l'influence des différents facteurs de la CIF sur le retour au travail, dont les facteurs personnels non liés au travail. Au niveau des **variables socio-démographiques**, un âge plus avancé, le fait d'être une femme ou d'avoir un faible niveau d'instruction diminuent les chances de retour au travail (Baanders, Rijken, & Peters, 2002 ; Botticello, Chen, & Tulskey, 2012 ; Cancelliere et al., 2016 ; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018 ; Vooijs et al., 2015).

Les données belges confirment ces tendances, et soulignent que les travailleur-euses peu diplômé-es, les femmes et les personnes plus âgées restent plus longtemps en incapacité (Bruyneel et al., 2024; Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024). Ces études ont également trouvé un lien entre la région et les chances de reprise du travail (totales ou à temps partiel), celles-ci étant moins élevées pour les personnes en incapacité habitant à Bruxelles ou en Wallonie, plutôt qu'en Flandre.

1.1.2. Influence des facteurs environnementaux

Le retour au travail peut aussi être positivement influencé par des **facteurs environnementaux liés au travail**, tels que le soutien du-de la supérieur-e, des collègues, des aménagements, une bonne communication de l'employeur-euse, ou de l'autonomie dans le travail (Brouwer, Reneman, Bült-

mann, Van der Klink, & Groothoff, 2010 ; Cancelliere et al., 2016 ; Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2021; Villotti et al., 2024 ; Vooijs et al., 2015).

À l'inverse, une absence d'aménagements, le manque de coopération de l'employeur-euse, la perception de stress et d'injustice au travail, le manque de récompenses face aux efforts fournis, des exigences professionnelles élevées (pression et charge de travail), constituent des freins importants (Dekkers-Sanchez, 2013 ; Villotti et al., 2021). Des exigences de travail élevées peuvent même renforcer la peur d'une rechute ou d'une aggravation de l'état de santé, ce qui diminue indirectement la motivation de l'employé-e à reprendre rapidement le travail (Janssen et al., 2003).

1.1.3. Influence des facteurs personnels

Les **ressources psychologiques** telles que la croyance d'une personne dans ses chances de guérison (attentes positives de rétablissement), un fort sentiment d'auto-efficacité (confiance dans ses capacités), un locus de contrôle interne (percevoir un résultat comme dépendant de soi plutôt que de facteurs externes) ou une vitalité mentale élevée (énergie, motivation, résilience), favorisent généralement le retour au travail (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018; Villotti et al., 2024). À l'inverse, la peur (d'une rechute, de la douleur), la catastrophisation (tendance à s'imaginer le pire scénario possible) ou des stratégies de *coping* (façons de gérer le stress) inadaptées, constituent des obstacles au retour au travail (Dekkers-Sanchez, 2013; Villotti et al., 2024).

D'autres travaux ont également montré l'importance de **facteurs liés à la maladie**, comme la perception de l'évolution de l'état de santé, un changement de santé perçu comme positif facilitant la reprise (Villotti et al., 2024). Le recours aux soins de santé (consultations chez des médecins, médicaments) augmente quant à lui le risque que l'incapacité se prolonge en invalidité, et donc, de ne pas sortir de l'incapacité (Bruyneel et al., 2024).

Les **facteurs personnels liés au travail** jouent également un rôle déterminant. Ainsi, des attentes positives concernant le retour au travail³ (en termes de probabilité, de délai), une attitude positive envers le travail, un fort sen-

timent d'efficacité personnelle dans le retour au travail⁴ (croyances de la personne dans sa capacité à surmonter les obstacles liés au retour au travail) ainsi qu'une auto-évaluation positive de son aptitude au travail, favorisent la reprise du travail (Brouwer, Reneman, Bültmann, Van der Klink, & Groothoff, 2010; Gagnano, Villotti, Larivière, Negrini, & Corbière, 2021 ; Heerkens, de Brouwer, Engels, van der Gulden, & Kant, 2017; Villotti et al., 2024 ; Vooijs et al., 2015).

Une récente étude belge a également souligné que des facteurs cognitifs et comportementaux exercent une influence importante sur le retour au travail. Ainsi, après avoir subi une opération du dos, les participant-es à l'étude qui s'attendaient à reprendre le travail rapidement et qui percevaient un risque moindre de douleur persistante ont effectivement repris plus tôt le travail (Vlayen, Meulders, Bamelis, & Masuy, 2025).

À l'inverse, des antécédents d'absentéisme (Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries, Fishta, Weikert, Rodriguez Sanchez, & Wegewitz, 2018), ou le fait que le travail soit (perçu) comme étant la cause de l'état de santé (Sampere et al., 2012) sont associés à un délai plus long ou à une moindre probabilité de reprise du travail.

1.2. Développement du modèle de recherche

Afin de répondre à notre question de recherche « **Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail chez des personnes ayant bénéficié - ou non - d'un suivi par des coordinateur-rices de retour au travail de la MC ?** », nous investiguons dans cette étude, l'effet de certains **facteurs personnels** (liés ou non au travail), et **environnementaux** pouvant faciliter ou entraver le retour au travail. Certains de ces facteurs présentent un intérêt particulier car ils peuvent être modifiés dans le cadre de programmes de retour au travail ou d'interventions de prévention (Villotti et al., 2024). Notre modèle s'intéresse donc principalement à l'effet de ces facteurs sur la sortie de l'incapacité de travail, tout en intégrant des **variables sociodémographiques** (âge, sexe, niveau d'études, origine, langue, composition du ménage) afin non seulement de décrire le profil des personnes sorties de l'incapacité, mais aussi afin de tenir compte de leur influence dans les analyses. De plus, nous intégrons dans notre modèle des

3 *Return-to-work expectations* en anglais.

4 *Return-to-work self-efficacy* en anglais.

variables liées à l'incapacité de travail dont certaines sont liées à la réglementation belge en matière d'incapacité de travail. La figure 1 illustre ce modèle et les variables retenues.

En nous basant sur la littérature présentée ci-dessus, nous formulons les hypothèses qui suivent.

1.2.1. Effet des facteurs environnementaux liés au travail

Des données belges suggèrent que les employé-es utilisent davantage le travail autorisé (dispositif permettant à une personne en incapacité de reprendre partiellement le travail avec l'autorisation du/de la médecin-conseil de la mutualité) que les ouvrier-ères, et qu'ils-elles sortent plus facilement de l'incapacité (Bruyneel et al., 2024 ; Mutualités Libres 2023). Par ailleurs, un lien positif pourrait exister entre attachement au marché du travail (avoir un travail plutôt qu'être au chômage avant l'incapacité) et retour au travail (Cancelliere et al., 2016). Sur cette base, nous supposons que les personnes **travaillant à temps plein** avant l'incapacité, et celles occupant un **emploi intellectuel** auront davantage de chances d'en sortir.

1.2.2. Effet des facteurs liés à l'incapacité de travail

Nous faisons l'hypothèse que certaines variables liées à la réglementation belge en matière d'incapacité de travail – notamment la catégorisation et l'initiative du trajet de retour au travail – sont susceptibles d'influencer les chances de sortie de l'incapacité.

La catégorisation est une estimation de ce que la personne peut encore faire sur les plans physique et psychique, basée sur le dossier médical du/de la titulaire, et sur base d'un questionnaire :

- **Catégorie 1** : personnes qui pourraient à court terme (au plus tard à la fin du 6^{ème} mois d'incapacité) reprendre spontanément le travail ;
- **Catégorie 2** : personnes pour qui la reprise de travail ne semble pas possible pour des raisons médicales ;
- **Catégorie 3** : personnes pour qui la reprise n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic ou au traitement médical ;
- **Catégorie 4** : personnes pour qui la reprise d'un emploi semble possible après une ou plusieurs actions de réadaptation et/ou d'orientation (INAMI, 2022).

Dans notre étude, nous n'avons pas testé notre question de recherche pour les personnes en catégorie 2, pour qui la reprise n'est médicalement pas possible, ni pour les personnes de la catégorie 1, pour qui la reprise est attendue spontanément et à court terme, et dont les déterminants pourraient fortement différer de ceux des personnes nécessitant un accompagnement.

Concernant **l'initiative du suivi**, le "Trajet Retour Au Travail" peut démarrer de deux manières : à l'initiative du/de la médecin-conseil, ou à l'initiative de la personne elle-même. Nous supposons que les personnes qui initient elles-mêmes un trajet Retour au Travail perçoivent plus positivement leurs chances de reprise, et pourraient dès lors avoir de meilleures chances de sortir de l'incapacité.

Enfin, sur base d'études ayant démontré que les facteurs prédictifs de l'incapacité peuvent différer en fonction du **type de pathologie** (Villotti et al., 2024) et que la **durée de l'incapacité** augmente le délai de retour au travail (Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024), nous supposons également que ces variables influencent la sortie de l'incapacité.

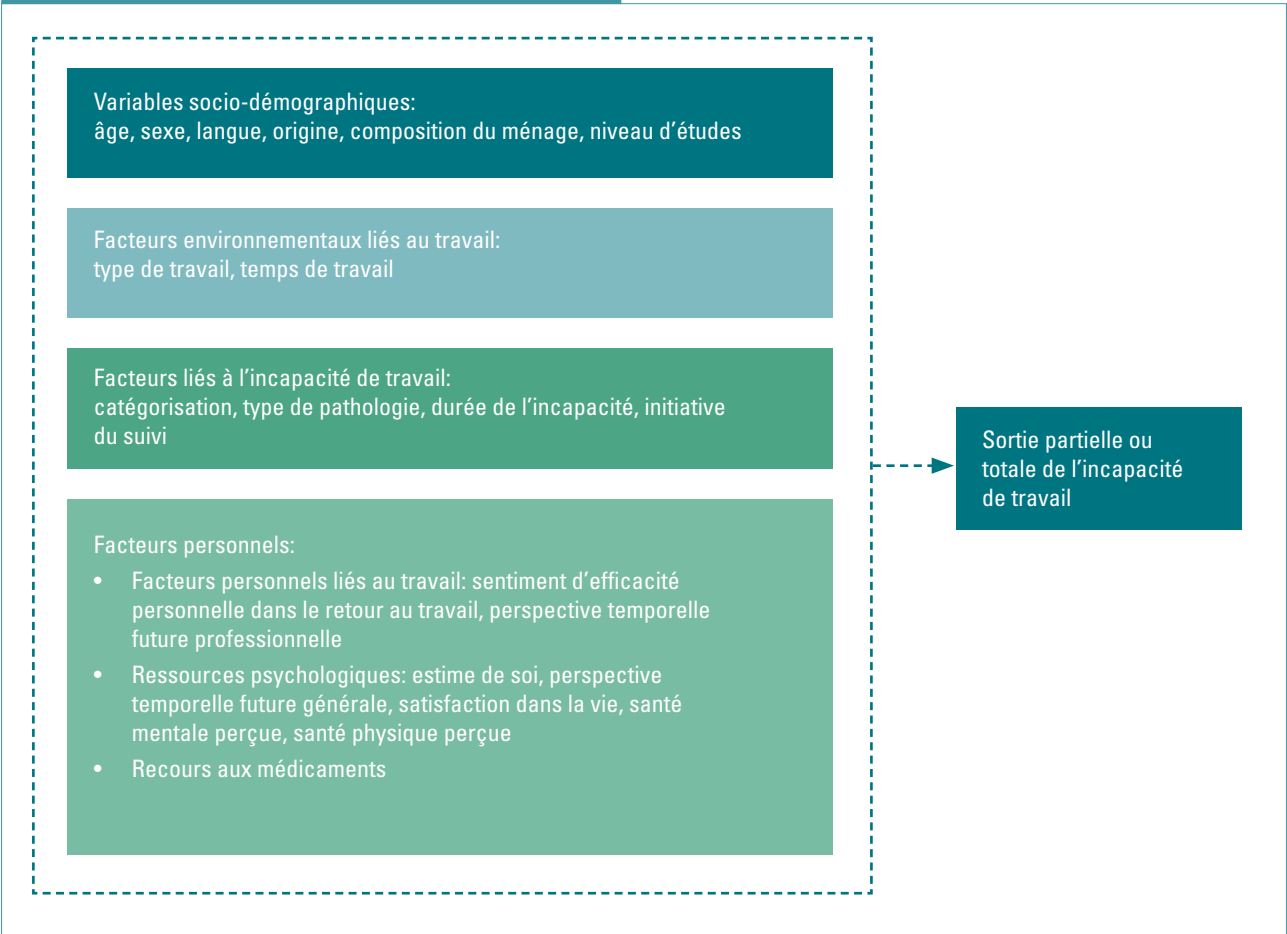
1.2.3. Effet des facteurs personnels

Concernant les effets des **facteurs personnels liés au travail**, les études montrent également qu'un sentiment d'efficacité personnelle **élevé** ainsi qu'une **perception optimiste** concernant le **retour au travail** prédisent un retour au travail plus rapide ou plus probable (Cancelliere et al., 2016; Gragnano et al., 2021; Villotti et al., 2024). Sur cette base, nous faisons l'hypothèse qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé et une perception optimiste de l'avenir professionnel, augmentent la probabilité de sortir de l'incapacité.

Sur la base de la littérature relative au rôle des **ressources psychologiques** dans le retour au travail (Brouwer et al., 2010; Dekkers-Sanchez, 2013; de Vries et al., 2018; Villotti et al., 2024), nous supposons également qu'être **satisfait-e de sa vie**, avoir un bon niveau d'**estime de soi**, une **perception positive de l'avenir en général**, et une **perception positive de sa santé mentale et physique** influencent positivement la sortie de l'incapacité de travail.

Enfin, sur base du constat qu'un **recours élevé aux médicaments** est associé à une prolongation de l'incapacité en invalidité (Bruyneel et al., 2024), nous supposons que cette variable est négativement liée à la sortie de l'incapacité.

Figure 1 : Modèle de recherche



2. Méthode

2.1. Échantillon

Cette recherche se base sur trois enquêtes en ligne réalisées par la MC entre novembre 2023 et mars 2025. Au premier temps de mesure (T1, novembre 2023), nous avons contacté 69.527 membres de la MC qui étaient en incapacité de travail depuis minimum trois mois, et maximum quatre ans, au moment de l'envoi de l'enquête. Parmi ces

personnes, 5.100⁵ ont répondu au questionnaire jusqu'au bout, et 3.322 ont accepté d'être recontactées pour la suite de l'étude. En juillet 2024 (T2), ces personnes ont reçu le second questionnaire, auquel 1.727 ont répondu entièrement (taux de réponse : 52%). En mars 2025 (T3), les 1.371 participant-es ayant donné leur accord ont été sollicité-es pour un troisième et dernier questionnaire : 692 l'ont complété entièrement (taux de réponse : 50%).

Pour répondre à la question de recherche, seules les personnes ayant répondu aux trois temps de mesure et rem-

5 Dont 2.299 étaient toujours en incapacité de travail au moment de l'étude.

plissant les critères spécifiques suivants ont été retenues :

- Avoir encodé correctement le numéro de référence⁶ ;
- Avoir donné son accord pour le couplage de données⁷ et avoir des données administratives complètes sur les variables d'intérêt⁸ ;
- Avoir été en incapacité de travail ou en invalidité, au premier temps de mesure⁹ ;
- Avoir un niveau de capacités restantes correspondant à la catégorie 3 ou la catégorie 4¹⁰.

Après application de ces critères, l'échantillon final comprend **340 participant-es**, et est composé d'une majorité de **femmes (71%)**, de personnes **d'origine belge (90%)**, habitant **en Flandre (57%)** et occupant un **emploi de type intellectuel (58%)**. Plus de la moitié (53%) souffre de pathologies physiques (par exemple : cancers, entorses, troubles musculosquelettiques), et 47% de pathologies mentales (par exemple : burnout, dépression). La **durée moyenne** cumulée de l'incapacité au T3 est de **3 ans** (écart-type = 1,3 ans), et l'âge moyen au T3 est de **51 ans** (écart-type = 9 ans). Le tableau 1 reprend la description complète de l'échantillon.

Concernant la catégorisation, **14%** de l'échantillon relève de la **catégorie 4** (n = 46), et **86%** de la **catégorie 3** (n = 278). Ce pourcentage s'inscrit dans la fourchette observée par l'INAMI pour la proportion de personnes classées en catégorie 3 à différents moments de l'incapacité : avant la fin du quatrième mois (78%), durant le septième mois (93%), durant le onzième mois (86%) et au moment de la prolongation en invalidité (79%), selon les données pour mars 2025, du baromètre retour au travail de l'INAMI (INAMI, 2026b). **Cette comparaison doit toutefois être interprétée avec prudence**, dans la mesure où notre échantillon ne comprend que des personnes en catégorie 3 et 4, alors que les données de l'INAMI portent sur une population incluant l'ensemble des catégories (1 et 2 comprises). De plus notre catégorisation reflète la situation des personnes au troisième temps de mesure, sans indication du moment précis auquel celle-ci a été établie. Par ailleurs, les données présentées concernent uniquement les personnes

ayant participé à l'étude et ne reflètent donc pas le taux réel de catégorisation de l'ensemble des affilié-es de la MC en incapacité de travail.

De manière générale, lorsqu'une personne est classée dans la catégorie 4, une demande de Trajet Retour au Travail est introduite et elle est orientée vers un-e C-reat. Comme mentionné ci-dessus, on compte dans notre échantillon, 46 personnes en catégorie 4. Parmi elles, 31 avaient déjà eu un contact avec un-e C-reat durant la période étudiée. Parmi les 15 personnes qui n'ont pas eu de contact, 12 étaient entretemps sorties partiellement ou totalement de l'incapacité et 3 ont été vues après le 3^{ème} temps de mesure de l'étude (c'est-à-dire, après mars 2025). Par ailleurs, parmi les personnes suivies, on compte également une proportion significative de personnes en catégorie 3 (50%, soit 31 personnes également). De là, nous notons que pendant la période étudiée, **18%** (n = 62) des répondant-es ont eu au moins un contact avec un-e coordinateur-ice de retour au travail, et **82%** des répondant-es (n = 278) n'ont pas été suivi-es. Ces répondant-es étaient pour la grande majorité (95%¹¹) en catégorie 3. Pour rappel, il s'agit de personnes pour qui la reprise n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic ou au traitement médical.

Nous avons également comparé sur d'autres critères les personnes suivies et non suivies, et avons trouvé les résultats suivants : **parmi les répondant-es suivi-es**, on retrouve proportionnellement plus de personnes vivant seules ou avec enfant(s) (44% contre 25% dans le groupe « non suivi »), plus d'hommes (40% contre 26%), plus de personnes habitant en Wallonie plutôt qu'en Flandre¹² (52% contre 35%), plus de personnes ayant un faible niveau d'études (29% contre 13%), exerçant un métier manuel (57% contre 39%), et souffrant de troubles musculo-squelettiques (36% contre 22%). Toutes ces différences sont statistiquement significatives (test du Chi Carré ; p < 0,05). Étant donné ces différences significatives entre les répondant-es suivi-es et non suivi-es, les analyses visant à tester nos hypothèses seront réalisées séparément pour chacun de ces deux groupes.

6 Afin que nous puissions lier leurs réponses au 3^{ème} temps de mesure, à celles du 2^{ème} temps de mesure et du 1^{er} temps de mesure.

7 Afin de pouvoir utiliser des données administratives concernant leur situation d'incapacité dans leur dossier mutualiste.

8 Par exemple, avoir une donnée encodée sur la variable « catégorie ».

9 Cette condition était nécessaire puisque cette étude vise à investiguer les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité au 3^{ème} temps de mesure.

10 Voir justification à la section 1.2.2.

11 Les 5% restant étant les 15 personnes de la catégorie 4 mentionnées ci-dessus.

12 Nous n'avons pas pu tester statistiquement la différence de proportion pour la Région de Bruxelles-Capitale, le nombre de répondant-es habitant cette région n'étant pas suffisant (n = 18).

Tableau 1 : Description des participant-es ayant répondu aux 3 temps de mesure (Source : MC)

		N	%	Moyenne (écart-type)
Âge		340		51 (8,7)
Sexe	Femmes	242	71%	
	Hommes	98	29%	
Origine	Belge, sans origine migratoire	305	90%	
	Belge, avec origine migratoire ou non-Belge	35	10%	
Région	Flandre	194	57%	
	Wallonie	121	36%	
	Bruxelles	18	5%	
	En-dehors de la Belgique	7	2%	
Langue	Français	144	42%	
	Néerlandais	196	58%	
Niveau d'études	Primaire, secondaire inférieur ou supérieur	157	46%	
	Supérieur de type court ou long	183	54%	
Composition de ménage	Seul ou seul avec enfant(s)	97	28%	
	Avec partenaire	132	39%	
	Avec partenaire et enfant(s)	111	33%	
Temps de travail	Temps partiel	123	36%	
	Temps plein	217	64%	
Type de travail	Manuel	143	42%	
	Intellectuel	197	58%	
Pathologie	Physiques	182	53%	
	Mentales	158	47%	
Catégorie	Catégorie 3	294	86%	
	Catégorie 4	46	14%	
Suivi par un-e C-reat	Non	278	82%	
	Oui	62	18%	
Durée de l'incapacité (en mois)		340		36 (16,5)

2.2. Mesures

Les variables du modèle de recherche ont été mesurées soit via des données auto-rapportées (questionnaire en ligne), soit à partir des données administratives mutualistes. Les variables indépendantes ont été recueillies lors des deux premiers temps de mesure (T1 ou T2), tandis que la variable dépendante – la sortie de l'incapacité de travail – a été mesurée au T3, permettant ainsi un ordre temporel entre cette dernière et les différents prédicteurs (design longitudinal).

2.2.1. Variables socio-démographiques et environnementales liées au travail

Ces variables ont été collectées au T1 via les réponses au questionnaire en ligne. Elles ont été codées de manière catégorielle afin de permettre une interprétation claire des coefficients de régression, de la manière suivante :

- **L'âge** a été mesuré comme une variable continue (âge chronologique) ;
- **Le sexe** (0 = homme et 1 = femme) ;
- **La langue** (0 = français et 1 = néerlandais) ;
- **La composition du ménage** (1 = seul-e, 2 = avec enfant(s), 3 = avec partenaire et 4 = avec partenaire et enfant(s)) ;

- **Le niveau d'études** (1 = primaire ou secondaire inférieur, 2 = secondaire supérieur, 3 = supérieur de type court et 4 = supérieur de type long) ;
- **L'origine** (0 = belge et 1 = non-belge ou belge issu de l'immigration) ;
- **Le type de travail** (0 = manuel et 1 = intellectuel) ;
- **Le temps de travail** avant l'incapacité a été codé selon une échelle allant de 1 = moins qu'un mi-temps à 5 = temps plein.

2.2.2. Variables liées à l'incapacité de travail

Les variables liées à l'incapacité de travail ont été extraites du dossier administratif des participant-es ayant donné leur accord pour le couplage des données, et codées de la manière suivante :

- La **catégorie** la plus récente¹³ a été codée 0 = catégorie 3 et 1 = catégorie 4.
- Le **type de pathologie**¹⁴ a été codé 0 = troubles musculo-squelettiques ou autres troubles, et 1 = troubles mentaux/burnout.
- La **durée de l'incapacité** au T1, initialement disponible en nombre de jours cumulés, a été recodée 0 = incapacité primaire (< 12 mois) et 1 = invalidité (≥ 12 mois).
- **L'initiative du suivi** a été codée 0 = médecin-conseil et 1 = membre, selon l'acteur ou l'actrice à l'origine du démarrage du Trajet Retour au Travail.

2.2.3. Facteurs personnels¹⁵

Les variables de bien-être et de santé subjective ont été mesurées à l'aide d'échelles validées provenant de la littérature scientifique, sur des échelles de Likert allant généralement de 1 à 5. Les analyses factorielles ont montré que tous les items de ces échelles saturaient correctement sur leur facteur (> 0,40), et les analyses de cohérence interne indiquaient des alphas (α) de Cronbach satisfaisants (> 0,70).

Le **sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail** a été évalué grâce à l'échelle de 11 items de Lagerfeld, Blonk, Brenninkmeijer, & Schaufeli (2010) ($\alpha = 0,94$), dans laquelle les participant-es indiquaient leur degré d'accord avec les affirmations suivantes : « Après avoir repris le travail, je m'attends à ... :

- Être capable de faire face aux échecs ;
- Ne pas pouvoir accomplir mes tâches professionnelles en raison de mon état émotionnel^{*16} ;
- Être capable de fixer mes limites personnelles au travail ;
- Être capable d'accomplir mes tâches au travail ;
- Être capable de faire face à des situations émotionnellement exigeantes ;
- Ne plus avoir d'énergie pour faire autre chose* ;
- Être capable de me concentrer sur mon travail ;
- Être capable de faire face à la pression du travail ;
- Ne pas être capable de gérer les problèmes potentiels au travail* ;
- Pouvoir me motiver pour effectuer mon travail ;
- Pouvoir faire face aux exigences physiques de mon travail. »

Les **perspectives temporelles futures professionnelle et générale** ont été mesurées à partir de six items issus respectivement des échelles de Zacher et Frese (2009) et de Carstensen & Lang (1996), avec des indices de cohérence interne de 0,90 et 0,88. **L'estime de soi** a été mesurée via l'échelle de (Rosenberg, 1965) ($\alpha = 0,92$), tandis que la **satisfaction dans la vie** a été évaluée à l'aide de la version française de l'échelle de Blais, Vallerand, Pelletier, & Brière (1989) ($\alpha = 0,84$).

La **santé mentale** a été mesurée via le *General Health Questionnaire-12* (Goldberg, 1972) ($\alpha = 0,90$), et la **santé physique** à l'aide d'items issus du questionnaire sur les facultés de travail (Fonds pour l'expérience professionnelle, 2009) ($\alpha = 0,80$). Enfin, le **recours aux médicaments** a été mesuré via des questions sur la fréquence d'utilisation hebdomadaire de différents médicaments ($\alpha = 0,60$).

13 Dans la mesure où la catégorisation évolue au cours du temps, afin d'avoir le moins de données manquantes possibles sur cette variable, nous avons pris la catégorie connue la plus récente.

14 Pour les analyses descriptives, le codage utilisé était le suivant : 1 = troubles mentaux et burnout ; 2 = troubles musculo-squelettiques ; 3 = autres pathologies.

15 Pour garantir une relation temporelle cohérente avec la sortie de l'incapacité, les variables mesurées au T2 – soit environ huit mois avant l'évaluation du statut d'incapacité au T3 – ont été utilisées dans les analyses. Ce choix permet de tenir compte de facteurs psychosociaux récents tout en assurant une antériorité temporelle par rapport à la variable dépendante.

16 *Items formulés négativement

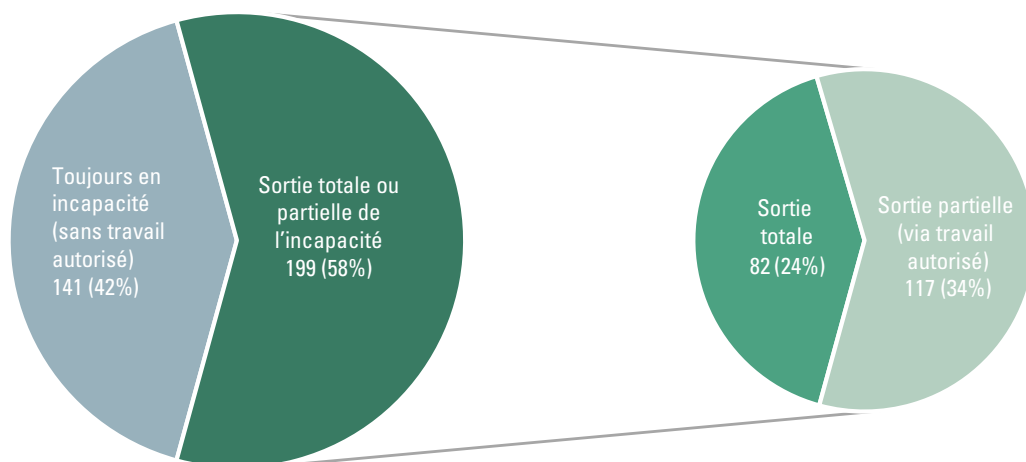
2.2.4. La sortie de l'incapacité de travail

La variable « sortie de l'incapacité » a été construite à partir des données administratives des participant-es en combinant deux informations extraites au troisième temps de mesure (T3) : le statut d'incapacité (oui/non) et la présence d'un travail autorisé (oui/non). **Une personne a été considérée comme sortie partiellement ou totalement de l'incapacité si elle n'était plus en incapacité au T3 ou si elle exerçait un travail autorisé** ; dans les autres cas, elle a été codée comme non sortie de l'incapacité.

Sur l'ensemble des 340 participant-es, 199 personnes (58%) étaient sorties partiellement ou totalement de l'incapacité au T3¹⁷ (voir Figure 2). Parmi ces 199 personnes, 82 étaient sorties totalement de l'incapacité (24% du total de l'échantillon) tandis que 117 en étaient sorties partiel-

lement via le travail autorisé (34% du total de l'échantillon). Les 141 autres (42%) étaient toujours en incapacité sans travail autorisé en mars 2025. Cette situation correspond à l'état observé au moment du troisième temps de mesure et n'exclut pas une sortie ultérieure de l'incapacité, les démarches de retour au travail s'inscrivant parfois dans des temporalités plus longues. Notons que le taux global de travail autorisé dans l'échantillon atteint 34%, un pourcentage nettement supérieur aux chiffres nationaux (environ 17% selon l'INAMI en 2023). Cette différence s'explique probablement par les critères d'inclusion spécifiques de notre étude (catégories 3 et 4 uniquement, personnes en incapacité de travail depuis minimum 3 mois et maximum 4 ans au début de l'étude) ainsi que par la période plus récente d'observation (2025), le recours au travail autorisé ayant augmenté ces dernières années (Solidaris, 2026).

Figure 2. Nombre de personnes sorties partiellement ou totalement de l'incapacité au 3^{ème} temps de mesure (Source : MC)



17 Les raisons pour lesquelles une personne n'est plus considérée comme étant en incapacité peuvent être les suivantes : retour sur le marché du travail (soit par une reprise du travail, soit par une reprise du chômage), départ à la retraite ou décès. Dans le cadre de notre étude, ce dernier cas de figure est impossible puisque les personnes incluses dans l'étude ont répondu au questionnaire en ligne au 3^{ème} temps de mesure. Concernant la sortie via une reprise du chômage, on peut également présumer que la sortie pour ce motif est relativement faible dans notre échantillon, dans la mesure où seulement 4,7% (n = 16) des répondant-es ont déclaré être chômage au premier temps de mesure. Enfin, concernant la sortie pour cause d'entrée à la pension, l'INAMI (2025) constate dans son baromètre un nombre élevé de sorties pour cause d'entrée à la pension au mois de mai. Dans la mesure où nos données mesurent la sortie de l'incapacité de travail au troisième temps de mesure (mars 2025), il est peu probable que le motif de la sortie de l'incapacité pour cause d'entrée à la pension soit fortement présent dans notre échantillon. Ces éléments nous laissent donc supposer que la grande majorité des sorties de l'incapacité signifient une reprise effective d'une activité professionnelle rémunérée.

2.3. Analyses

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 23. Dans un premier temps, des **statistiques descriptives** ont permis de décrire l'échantillon (global et des personnes suivies et non-suivies, voir section 2.1). Une analyse descriptive complémentaire a ensuite été menée afin d'identifier un « profil type » des personnes sorties de l'incapacité au 3^{ème} temps de mesure. Les différences entre personnes sorties et non sorties ont été testées à l'aide de **tests du Chi Carré** (χ^2). Des **analyses de corrélation** ont ensuite été réalisées pour examiner les liens entre les variables mesurées au T1 ou T2, et la sortie de l'incapacité au T3. Ces corrélations ont été calculées séparément pour les groupes « suivi » et « non suivi » (par un e C-reat).

Afin de répondre à notre question de recherche, des **régressions logistiques multivariées** ont ensuite été effectuées. Des modèles hiérarchisés ont été testés : quatre modèles successifs pour le groupe « suivi » (ajoutant successivement les variables démographiques, celles liées à l'environnement de travail et à l'incapacité, et enfin, les facteurs personnels), et six modèles¹⁸ pour le groupe « non suivi » (variables démographiques, liées à l'environnement de travail, liées à l'incapacité, facteurs personnels liés au travail, ressources psychologiques et recours aux médicaments).

Les résultats de ces modèles sont donnés sous forme d'**odds ratio (OR)**. L'**odd ratio (OR)** ou rapport de cotes, mesure l'association entre notre variable indépendante mesurée au T1 ou T2 (par exemple, le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail) et la probabilité d'être sorti de l'incapacité de travail au T3. Dans cet exemple, si l'OR est égal à un, la probabilité de sortie est la même, peu importe le niveau de sentiment d'efficacité personnelle ; si l'OR est supérieur à un, la probabilité de sortie est plus grande lorsque le sentiment d'efficacité personnelle augmente ; si l'OR est inférieur à un, la probabilité de sortie diminue lorsque le niveau de sentiment d'efficacité personnelle augmente. Les coefficients d'OR sont donc interprétés comme la corrélation entre nos variables indépendantes (e.g., le sentiment d'efficacité personnelle) et le fait de sortir de l'incapacité.

2.4. Limites

Bien que cette étude bénéficie d'un dispositif méthodologique solide — trois temps de mesure espacés de huit mois et l'utilisation conjointe de données auto-rapportées et administratives —, plusieurs limites doivent être prises en compte.

La première concerne la **taille de l'échantillon final** (n = 340). Celle-ci a été réduite par l'attrition¹⁹ au fil des trois temps de mesure, un phénomène fréquent dans les recherches longitudinales, et par la nécessité d'appliquer des critères d'exclusion afin de pouvoir tester la question de recherche. La taille obtenue reste néanmoins comparable aux standards du domaine. Par exemple, une revue systématique sur le développement longitudinal du bien-être au travail a montré que la majorité des études incluses dans leur analyse comptaient entre 200 et 300 participant-es ayant répondu à l'ensemble des temps de mesure (Mäkikangasa, Kinnunen, & Wilmar, 2016). En revanche, il est important de noter que dans les analyses de régression, seuls les modèles appliqués au groupe « non suivi » disposaient d'un nombre d'événements suffisant pour respecter les recommandations statistiques en matière de stabilité des estimations (Peduzzi, Concato, Kemper, Holford, & Feinstein, 1996). Les **résultats obtenus pour le groupe « suivi »** doivent donc être considérés comme **exploratoires** et interprétés avec prudence.

Par ailleurs, l'échantillon n'est **pas parfaitement représentatif** de la population générale des personnes en incapacité ou en invalidité. Par rapport à la population du régime général en invalidité (INAMI, 2023a), il comporte proportionnellement plus de femmes (71% dans notre échantillon, contre 61% dans la population en invalidité), de personnes vivant en Flandre (57% contre 51%), exerçant un travail intellectuel (58% alors que dans la population en invalidité, la proportion d'employé-es est de 37% et celle d'ouvrier-ères de 63%) ou souffrant de troubles mentaux (47% contre 42%). En revanche, l'échantillon est assez représentatif en termes d'âge (77% de travailleur-euses de plus de 45 ans, contre 76% dans la population). Ces variables (âge, sexe, type de travail, de pathologie) ont néanmoins été incluses dans les analyses comme variables de contrôle, ce qui permet de tenir compte de leur effet potentiel sur les chances de sortie de l'incapacité de travail. Les résultats de la modélisation ne devraient donc pas en être biaisés.

18 La taille d'échantillon étant plus importante pour le groupe « non suivi », nous avons pu intégrer davantage de variables dans l'analyse, que pour le groupe « suivi ».

19 Perte des participant-es au fil du temps.

Enfin, la **variable dépendante** mesure la **sortie partielle ou totale** de l'incapacité, sans distinguer précisément les motifs (reprise du travail, chômage, retraite). La prise en compte du travail autorisé garantit toutefois que, pour une grande partie des personnes sorties de l'incapacité, il s'agit bien d'une reprise partielle du travail. De plus, la faible proportion de répondant-es déclarant être au chômage avant l'incapacité réduit le risque de confusion, et les décès ne constituent pas un motif de sortie dans notre échantillon, puisque toutes les personnes incluses dans l'analyse ont répondu au questionnaire du troisième temps de mesure et étaient donc bien vivantes à ce moment-là.

3. Résultats

3.1. Profil-type des participant-es sorti-es de l'incapacité au T3

Les analyses descriptives réalisées avant de tester nos hypothèses ont permis de dégager le profil socio-démographique des participant-es sorti-es totalement ou partiellement de l'incapacité au troisième temps de mesure ($n = 199$) (voir Figure 3). Comparées à celles toujours en incapacité ($n = 141$), ces personnes sont **plus souvent diplômées de l'enseignement supérieur** (66% contre 37% parmi celles toujours en incapacité), exercent **davantage un métier intellectuel** (68% contre 43%), exerçaient plus fréquemment un **emploi à temps plein avant l'incapacité** (70% contre 56%) et sont également **plus souvent des personnes belges non issues de l'immigration** (94% contre 84%). On retrouve également une proportion plus élevée de personnes ayant connu une **incapacité primaire** parmi celles sorties de l'incapacité (29% contre 18%)²⁰. Toutes ces différences sont statistiquement significatives (test Chi Carré, $p < 0,05$). De manière marginalement significative ($p < 0,10$), les personnes sorties de l'incapacité ont plus tendance à souffrir **de troubles mentaux** (49% contre 43%) **ou d'autres pathologies** (31% contre 27%) plutôt que de troubles musculo-squelettiques (20% contre 30%).

3.2. Les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité

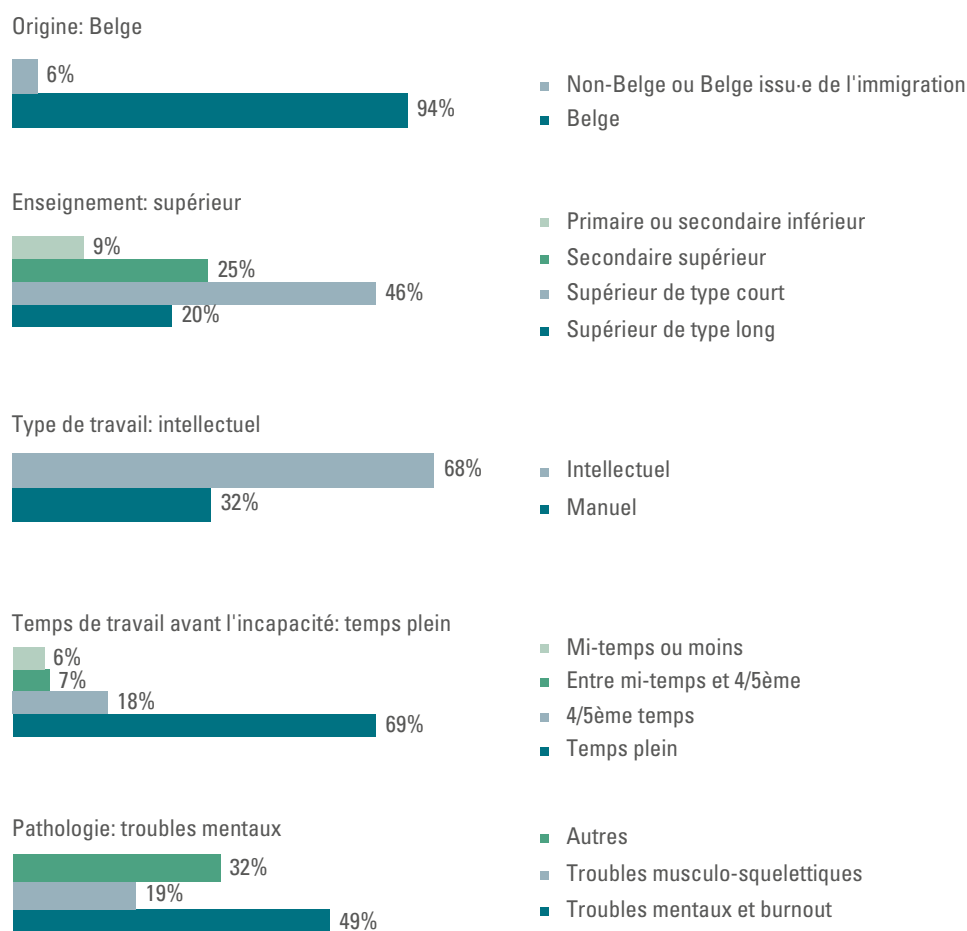
Les variables intégrées dans les modèles de régression logistique ont été sélectionnées sur la base de la littérature scientifique et d'une analyse préliminaire de corrélation avec la sortie de l'incapacité de travail. Seules les variables qui corrôlaient significativement ($p < 0,05$) avec la sortie de l'incapacité de travail ont été intégrées dans les modèles de régression. Comme prévu méthodologiquement (section 2.1.), les analyses ont été menées séparément pour les personnes suivies et non suivies par un-e coordinateur-ice de retour au travail.

3.2.1. Résultats pour le groupe « suivi »

Pour le groupe « suivi » ($n = 62$), les régressions logistiques par étapes indiquent que, dans le modèle 1, le **niveau d'études** et la **langue** sont associés à la probabilité de sortie de l'incapacité. Une probabilité plus élevée est

20 L'invalidité reste majoritaire dans les deux groupes puisque les personnes en invalidité sont plus nombreuses dans l'échantillon.

Figure 3. Profil type des participant-es sortis de l'incapacité de travail au 3^{ème} temps de mesure (Source : MC)



observée chez les personnes disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur — en particulier de type long, et de façon marginale de type court — ainsi que chez les personnes néerlandophones (voir Tableau 2). L'ajout du type de travail dans le modèle 2 n'améliore pas la prédiction.

Dans le modèle 3, l'introduction de la **catégorie** montre que les participant-es en **catégorie 3** sortent plus fréquemment de l'incapacité que celles en catégorie 4. Cette différence est confirmée par les analyses descriptives : parmi les 62 personnes suivies, 58% des personnes en catégorie 3 étaient sorties partiellement ou totalement de l'incapacité au troisième temps de mesure, contre seulement 32% des personnes en catégorie 4, une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Ce résultat a conduit à approfondir

l'analyse en comparant sur certaines caractéristiques les personnes en catégorie 4 et en catégorie 3, au sein de l'échantillon total ($n = 340$). Les **personnes en catégorie 4** ($n = 46$) vivent proportionnellement plus souvent seules que les personnes en catégorie 3 ($n = 294$) (30% contre 16%), exercent plus fréquemment un **métier manuel** (57% contre 40%) et travaillaient plus souvent à **temps partiel** avant l'incapacité (48% contre 34%). Sur le plan des pathologies, elles présentent davantage de **troubles mentaux et musculo-squelettiques**, que d'autres types de pathologies (87% contre 68%). Enfin, les personnes en catégorie 4 qui ont été suivies ont beaucoup moins **souvent entamé leur suivi de leur propre initiative** que les personnes en catégorie 3 qui ont été suivies (10% contre 68%). Toutes ces différences de proportion sont statistiquement significatives.

Tableau 2 : Résultats des analyses de régression prédisant la sortie de l'incapacité de travail parmi les répondant·es suivi·es (n = 62) (Source : MC)

Variables prédictives	Modèle avec catégorie				Modèle avec initiative du suivi			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Langue (ref: francophone)	3,29*	3,28†	9,03*	7,84*	3,29*	3,28†	18,5*	18,17*
Niveau d'études (ref: primaire ou secondaire inférieur)								
Secondaire supérieur	0,45	0,45	0,47	0,40	0,45	0,45	0,39	0,30
Supérieur type court	3,44†	3,29	2,37	1,19	3,44†	3,29	2,21	0,87
Supérieur type long	7,61*	7,27†	5,10	3,10	7,61*	7,27†	15,7*	6,38
Type de travail (ref : manuel)	-	1,08	1,35	1,65		1,08	1,24	1,61
Catégorie (ref: catégorie 3) ou initiative suivi (ref : médecin-conseil)	-		0,15*	0,14*			12,29*	17,8*
Estime de soi	-			0,76				0,69
Satisfaction dans la vie	-			1,51				1,71
Santé mentale	-			2,76				3,14

Note. N = 62. Les odd-ratios (OR) pour chaque modèle sont indiqués. Les associations sont considérées comme significatives si l'intervalle de confiance à 95% ne contient pas la valeur 1 ($p < 0,05$).

† $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Afin de tenir compte de ce **lien étroit entre la catégorie et l'initiative du suivi**, un modèle alternatif a été testé dans les analyses de régression, en remplaçant la variable « catégorie » par « **initiative du suivi** ». Les résultats montrent que les personnes ayant **entamé leur suivi de leur propre initiative** présentent une probabilité plus élevée d'être sorties de l'incapacité que celles dont le suivi a débuté sur avis du médecin-conseil.

Enfin, dans le modèle 4 (que ce soit avec la variable de catégorie ou d'initiative du suivi), l'ajout des facteurs personnels subjectifs (estime de soi, satisfaction dans la vie, santé mentale) ne met en évidence aucune association significative avec la sortie de l'incapacité au sein de ce groupe « suivi ».

3.2.2. Résultats pour le groupe « non-suivi »

Pour le groupe « non suivi » (n = 278), les analyses de régression logistique présentées dans le tableau 3 montrent que, dans le modèle 1, le **niveau d'études** et l'**origine** ressortent comme prédicteurs significatifs de la sortie de l'incapacité. Les personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur — qu'il soit de type court ou de type long — présentent une probabilité nettement plus élevée de sortir de l'incapacité que celles ayant un niveau d'études plus faible. À l'inverse, les personnes non belges ou belges issues de l'immigration ont une probabilité plus faible de sortie par rapport aux personnes belges qui ne sont pas issues de l'immigration. L'**âge** présente également un effet marginalement significatif, suggérant que les personnes plus âgées ont légèrement moins de chances de sortir de l'incapacité. Notons que dans ce modèle, nous n'avons pas testé l'effet de la catégorie car elle ne corrélait pas significativement avec la sortie de l'incapacité : autrement dit, pour les personnes non suivies interrogées dans cette étude, le fait d'être en catégorie 3 ou 4 ne semble pas lié à la sortie de l'incapacité.

Dans le modèle 2, l'ajout des variables environnementales liées au travail met en évidence l'effet du **temps de travail** avant l'incapacité : le fait d'avoir travaillé à temps plein avant l'incapacité, augmente la probabilité d'en sortir. Le **type de travail** (manuel ou intellectuel) n'est pas significatif à ce stade, mais il le devient dans les modèles 4 à 6, où les personnes exerçant un **métier intellectuel** présentent une probabilité plus élevée de sortie de l'incapacité. Le modèle 3 introduit la durée de l'incapacité, sans révéler d'effet significatif de cette variable sur la sortie.

Dans les modèles 4 à 6, l'ajout progressif des facteurs personnels subjectifs montre qu'une seule variable ressort systématiquement comme prédicteur significatif : le **sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail**. Ce facteur, associé positivement à la sortie de l'incapacité dans chacun de ces modèles, apparaît comme un **élément central dans le processus de reprise**. Les résultats descriptifs montrent que les personnes qui étaient en état de croire en leurs capacités à surmonter les obstacles liés à

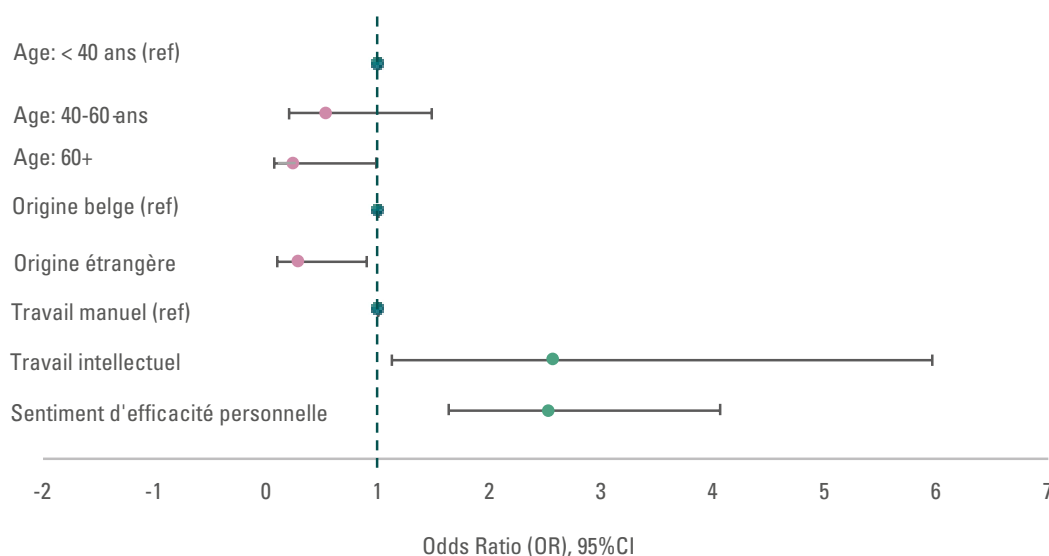
la reprise au 2^{ème} temps de mesure, sont presque deux fois plus nombreuses au 3^{ème} temps de mesure à être sorties de l'incapacité de travail : elles sont 129 à en être sorties, contre seulement 70 parmi celles qui avaient un faible sentiment d'efficacité personnelle. Étant donné son importance pour notre question de recherche, nous avons également exploré — au moyen d'analyses de corrélation — dans quelle mesure son niveau varie selon plusieurs caractéristiques socio-démographiques, professionnelles et liées à l'incapacité de travail. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, car ils reflètent uniquement des liens bivariés, sans contrôle pour d'autres variables susceptibles d'influencer ces relations. Les corrélations indiquent que le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail est plus élevé chez les personnes néerlandophones, chez celles ayant un niveau d'études plus élevé, chez les personnes travaillant à temps plein avant l'incapacité et chez celles qui étaient en incapacité primaire plutôt qu'en invalidité au premier temps de mesure.

Tableau 3 : Résultats des analyses de régression prédisant la sortie de l'incapacité de travail parmi les répondant·es non suivi·es (n = 278) (Source : MC)

Variables prédictives	Modèle					
	1	2	3	4	5	6
Âge	0,97†	0,97	0,98	0,97	0,95*	0,95*
Niveau d'études (ref: primaire ou secondaire inférieur)						
Secondaire supérieur	1,74	1,58	1,52	1,56	1,67	1,62
Supérieur type court	4,10***	3,12*	2,94*	2,03	1,93	1,88
Supérieur type long	3,35*	2,38	2,32	1,37	1,30	1,23
Origine (ref : belge)	0,35*	0,35*	0,33*	0,33*	0,27*	0,28*
Type de travail (ref : manuel)	-	1,35	1,32	2,27*	2,58*	2,52*
Temps de travail (ref : moins d'un mi-temps)						
Entre mi-temps et 4/5ème		1,85	1,87	1,03	1,14	1,11
4/5ème temps		2,77	2,81*	1,37	1,28	1,27
Temps plein		2,85*	2,69*	1,26	1,12	1,08
Durée de l'incapacité (ref: incapacité primaire)	-	-	0,69	0,91	1,01	1,01
Sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail	-	-	-	3,30***	2,76***	2,62***
Perspective temporelle future professionnelle	-	-	-	1,06	0,85	0,86
Estime de soi	-	-	-	-	1,42	1,31
Perspective temporelle future générale	-	-	-	-	1,27	1,19
Satisfaction dans la vie	-	-	-	-	1,29	1,12
Santé mentale	-	-	-	-	-	1,39
Santé physique	-	-	-	-	-	1,11
Recours aux médicaments	-	-	-	-	-	1,01

Note. N = 278. Les odd-ratios (OR) pour chaque modèle sont indiqués. † p < 0,10 ; * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001

Figure 4 : Prédicteurs significatifs de la sortie de l'incapacité pour les répondant-es qui n'ont pas été suivi-es par un-e coordinateur-ice de retour au travail (Source : MC)



N = 278. Les odds ratios (OR) du modèle le plus complet (modèle 6) sont représentés.

Afin de présenter l'effet de l'âge sur le graphique, cette variable a été codée en trois tranches d'âge (sur base de l'écart-type) et intégrée dans le modèle de régression en tant que variable catégorielle.

Une figure synthétique (Figure 4) reprend les effets significatifs observés dans le modèle le plus complet (modèle 6), en présentant les *odd-ratios* associés.

4. Discussion

4.1. Profil des personnes sorties de l'incapacité de travail

Cette étude longitudinale a tout d'abord montré que les participant-es d'**origine belge et non issus de l'immigration**, ayant un **diplôme de l'enseignement supérieur**, exerçant un **travail de type intellectuel**, travaillant à **temps plein** avant l'incapacité, et ayant été en incapacité en raison d'un **trouble mental**, sont **plus susceptibles d'être sorties de l'incapacité au troisième temps de mesure**²¹, que les personnes issues de l'immigration, peu diplômées, exerçant un travail manuel, travaillant à temps partiel avant l'incapacité, et ayant été en incapacité en raison d'un trouble musculosquelettique. Nous formulons l'hypothèse que ces personnes sont plus susceptibles de cumuler des vulnérabilités les tenant éloignées plus durablement de l'emploi, que ce soit au regard de l'ampleur du handicap que représente leur pathologie en vue d'une

21 Pour rappel, il s'agit bien de la sortie de l'incapacité au terme de la période étudiée. Cela ne signifie pas que ces personnes ne sortiront jamais de l'incapacité de travail, certaines initiatives de reprise ou de réorientation pouvant nécessiter un certain temps avant de produire des résultats.

reprise du travail ou compte tenu des défis multiples auxquels elles sont probablement plus souvent confrontées. Comme le souligne d'ailleurs un rapport du Conseil Supérieur de l'Emploi (2024), les groupes qui restent en incapacité plus longtemps (personnes plus âgées, avec des niveaux d'études plus faibles, ou habitant en Wallonie ou à Bruxelles) semblent également se trouver dans une position plus précaire sur le marché du travail, avec des taux de chômage plus élevé que la moyenne pour les travailleur-euses plus âgé-es, les personnes peu diplômées et résidant à Bruxelles ou en Wallonie.

4.2. Facteurs prédictifs pour les personnes non suivies par des C-reat

Pour les **personnes** qui n'ont **pas été suivies** par un-e coordinateur-ice du retour au travail, les résultats du modèle le plus complet indiquent que **l'âge, l'origine, le type de travail et le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail** (lorsque la personne est en état de croire en sa capacité à surmonter les obstacles liés au retour au travail), constituent des prédicteurs significatifs de la sortie de l'incapacité. Ci-dessous, nous discutons chacun de ces résultats, en les mettant en lien avec la littérature scientifique.

4.2.1. L'effet des facteurs socio-démographiques et d'emploi

Nos résultats montrent que les travailleur-euses **plus jeunes, belges sans origine migratoire**, et occupant un **emploi intellectuel** ont davantage de chances de sortir de l'incapacité que les personnes plus âgées, issues de l'immigration, ou exerçant un métier manuel. Ces résultats sont conformes à des tendances déjà documentées dans des études, ayant montré que les personnes plus âgées ou ayant un niveau d'instruction plus faible présentent moins de chances de sortir de l'incapacité (Vooijs et al., 2015). De même, les personnes d'origine étrangère, souvent confrontées à des emplois plus précaires (Unia, 2022) et plus impactées lorsqu'elles perçoivent de la discrimination liée à leur incapacité (Henry, 2025), ont plus de difficultés à sortir de l'incapacité. Ces résultats interrogent sur la **présence d'obstacles structurels sur le marché du travail**, comme la discrimination fondée sur l'âge ou sur l'origine, qui sont des formes d'exclusion encore très répandues en Belgique (Unia, 2022; Unia, 2025).

Concernant l'effet du type de travail, des études belges ont également trouvé que les ouvrier-ères recourent moins

souvent au travail autorisé et basculent davantage vers l'invalidité (Bruyneel et al., 2024 ; Mutualités Libres, 2023). Cette plus grande difficulté dans le retour au travail des ouvrier-ères pourrait être due à la plus grande difficulté d'aménager leurs postes de travail, mais aussi, à de plus grandes difficultés au niveau psychologique. Une récente étude de Inoue et al. (2025) a ainsi montré que des travailleur-euses manuel-les rapportent fréquemment une incertitude quant à leur capacité à reprendre les mêmes tâches physiquement exigeantes, dans un contexte marqué par une exposition chronique à des charges de travail élevées et à un faible contrôle sur leur emploi. Concernant les aménagements, les emplois physiquement exigeants sont par ailleurs perçus comme moins adaptables, les possibilités de modification du poste étant souvent limitées par les exigences des tâches et par les considérations de sécurité (Inoue et al., 2025).

4.2.2. L'effet du sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail

Concernant le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail, cette confiance de la personne dans sa capacité à reprendre le travail et à surmonter les obstacles liés à cette reprise, apparaît comme un prédicteur robuste de la sortie de l'incapacité, un résultat qui s'accorde avec d'autres travaux (Fisker et al., 2022; Lagerveld, Brenninkmeijer, Blonk, Twisk, & Schaufeli, 2017). Une récente étude du Conseil socio-économique de Flandre (SERV, 2025) souligne d'ailleurs que les personnes qui ont confiance en leurs capacités et qui manifestent le désir de reprendre le travail, trouvent plus facilement la motivation nécessaire à une reprise durable. Sur base d'entretiens approfondis, l'étude du SERV identifie ainsi **cinq leviers clés pour une réintégration durable** : la **confiance de la personne dans ses capacités et son envie de reprendre le travail**, le **soutien de relations significatives** (collègues, médecins, thérapeutes, jobcoachs), un **leadership centré sur l'humain**, des **aménagements du travail adaptés**, et enfin une **véritable marge pour le soin et le rétablissement**, permettant une reprise au bon moment.

Des analyses complémentaires montrent par ailleurs que ce sentiment d'efficacité est associé à certaines caractéristiques socio-professionnelles : il est plus élevé chez les personnes néerlandophones, disposant d'un niveau d'études supérieur, travaillant à temps plein avant l'incapacité ou ayant connu une incapacité primaire plutôt qu'une invalidité au premier temps de mesure. Ces résultats sont cohérents avec ceux de la littérature scientifique, qui souligne que les travailleur-euses ayant de plus lon-

gues périodes d'incapacité (Brouwer et al., 2011), qui ne sont pas en bonne santé (Lork & Holmgren, 2018), ou qui sont plus âgé-es (Horn, Spronken, Brouwers, de Reuver, & Joosen, 2022) croient moins en leurs capacités à réussir leur retour au travail. Cette variable peut néanmoins être influencée par l'environnement de travail. Par exemple, les travailleur-euses qui se sentent soutenu-es par leur-e supérieur-e hiérarchique (Brouwer et al., 2011; Lork & Holmgren, 2018), ou qui ont un emploi qui a du sens, qui est agréable et stimulant (Lork & Holmgren, 2018) croient davantage en leurs capacités à surmonter les obstacles liés au retour au travail.

4.3. Facteurs prédictifs pour les personnes suivies par des C-reat

Pour les **personnes** ayant été **suivies** par un-e coordinateur-ice du retour au travail, les résultats **exploratifs** (compte tenu de la faible taille de l'échantillon) suggèrent que les personnes **néerlandophones, en catégorie 3 ou ayant démarré un trajet de leur propre initiative** présentent de meilleures chances d'être sorties de l'incapacité au troisième temps de mesure. **Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence car ils ne concernent qu'un petit échantillon de personnes (n = 62).**

4.3.1. L'effet de la catégorie et de l'initiative du suivi

Contrairement aux personnes non suivies, un effet de la catégorie ressort significativement pour les personnes qui ont été suivies par un-e coordinateur-ice de retour au travail. Les résultats montrent ainsi que les personnes en catégorie 3 qui ont été suivies, ont plus de chances de sortir de l'incapacité que les personnes en catégorie 4. Cependant, les analyses ont également montré que ces personnes commencent plus fréquemment un suivi à leur propre initiative, contrairement aux personnes en catégorie 4. Il s'agit donc probablement de personnes qui s'estiment prêtes à reprendre le travail. De plus, les personnes en catégorie 3 de cet échantillon avaient des caractéristiques plus propices au retour au travail : elles étaient plus nombreuses que les personnes en catégorie 4, à exercer un métier intellectuel, à travailler à temps plein avant l'incapacité, et moins nombreuses à souffrir de troubles musculo-squelettiques.

De manière générale, ces résultats suggèrent que l'initiative personnelle dans le lancement d'un trajet de réintégration pourrait favoriser une reprise réussie. Ou pour le dire autrement, que les personnes se sentant prêtes à initier un tel trajet sont probablement dans les bonnes conditions pour reprendre le travail. L'importance pour la personne de diriger elle-même son processus de retour au travail a également été soulignée par des chercheur-euses aux Pays-Bas (Hoefsmit, 2015), certain-es ayant conclu que « permettre aux employés de diriger eux-mêmes leur processus de retour au travail et d'écouter leurs besoins peut être bénéfique pour une meilleure reprise du travail » (Smeets, Hoefsmit, & Houkes, 2019, p. 806, notre traduction). Prendre l'initiative du trajet témoigne d'une capacité à s'auto-déterminer, qui apparaît lorsque trois besoins fondamentaux psychologiques sont satisfaits (autonomie, compétence et relation) (Deci & Ryan, 1985). Mais encore faut-il être en capacité de combler ces besoins. Cela implique de se trouver dans les conditions de santé, les conditions matérielles, sociales, économiques, voire familiales, permettant de s'engager dans ce processus. Or nous avons vu que les individus ne sont pas tous égaux à cet égard.

Les résultats contrastés entre les catégories invitent également à poser un regard nuancé sur ce que ces catégories nous disent. L'état de santé d'individus dernièrement classés en catégorie 3 peut évoluer plus ou moins rapidement, permettant un retour à l'emploi. Et a contrario, un individu classé en catégorie 4 peut avoir toutes les peines du monde à concilier les difficultés multiples auquel il fait face. Si sa situation de santé est considérée comme permettant éventuellement un retour à l'emploi moyennement un soutien et des adaptations, sa situation générale peut rester en pratique extrêmement complexe et fragile. Autrement dit, plus que la dernière catégorie assignée, c'est la trajectoire de santé globale qui importe pour considérer le retour à l'emploi après une incapacité.

Concernant l'effet de la langue, ce résultat s'inscrit dans la continuité d'études belges suggérant des taux de réintégration plus élevés en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles (Bruyneel et al., 2024; Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024). Nous émettons **trois hypothèses** pour expliquer ces différences, sur base des constats dressés dans d'autres études (e.g., Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024).

Premièrement, comme le suggère le Conseil Supérieur de l'Emploi (2024), « le **caractère plus tendu du marché du travail en Flandre** augmente les chances aussi pour les personnes qui ont un problème de santé » (p. 82). Bien que la reconnaissance de l'incapacité repose sur une évaluation médicale, il est ainsi possible qu'un marché plus dynamique, qui peut augmenter les débouchés pour des personnes ayant un problème de santé, contribue à une sortie plus rapide de l'incapacité (Conseil Supérieur de l'Emploi, 2024).

Deuxièmement, les personnes habitant en Flandres semblent **utiliser davantage les instruments favorisant la réintégration**. Le Conseil note ainsi dans son rapport que les travailleur-euses flamand-es recouraient plus à l'ensemble des instruments de réintégration analysés jusqu'en 2020 (visite de pré-reprise du travail, reprise partielle du travail, et trajet d'accompagnement par les services de l'emploi), à l'exception des trajets de réintégration. Ces instruments sont également davantage utilisés par les travailleur-euses plus jeunes et avec un niveau d'éducation supérieur. De futures recherches s'intéressant aux différences régionales pourraient réaliser une analyse comparative sur les instruments de réintégration récents existant dans les trois régions, et sur leur accessibilité.

Enfin, la Flandre, via la Fondation Innovation et Travail du Conseil Socio-Economique de Flandre (SERV), **monitore la qualité de l'emploi** (*werkbaar werk*), via des indicateurs tels que la charge de travail, la variété des tâches, l'autonomie ou le soutien hiérarchique. Ce monitoring peut constituer un levier important pour promouvoir des emplois plus soutenables et plus durables, susceptibles de favoriser le maintien en emploi et, indirectement, les processus de réintégration.

5. Recommandations

Les résultats de cette étude montrent que **les personnes qui parviennent à sortir de l'incapacité ont généralement un profil plus favorisé sur le marché du travail** (origine belge, diplôme du supérieur, travail à temps plein avant l'incapacité), et sont celles qui **croient le plus à leurs capacités de surmonter les obstacles liés au retour au travail** (sentiment d'efficacité personnelle). À l'inverse, les profils qui semblent avoir plus de difficultés à sortir de l'incapacité sont des personnes peu diplômées, exerçant un métier manuel, souffrant de troubles musculosquelettiques, et croyant peu à leurs capacités de reprendre avec succès le travail. De là, quelles mesures envisager pour accompagner de manière adaptée les personnes en incapacité, dont l'état de santé le permet, vers le retour au travail ? Comment faire évoluer les dispositifs, les emplois, et notre culture de la maladie et du travail ? Plus largement, que nous disent ces résultats de notre société, dans laquelle un nombre important de personnes entrent et restent en incapacité, et où certains profils, plus exposés à des vulnérabilités, semblent avoir moins de chances d'en sortir ?

Les résultats de notre étude montrent que **la confiance d'une personne dans sa capacité à surmonter les obstacles liés à la reprise** – autrement dit son sentiment d'efficacité personnelle – joue un rôle déterminant dans ses chances de sortir de l'incapacité : plus les personnes sont en état de croire en leurs capacités à surmonter les obstacles liés à la reprise du travail, plus elles sont susceptibles de sortir de l'incapacité. Cependant, cette perception ne dépend pas en premier lieu des personnes elles-mêmes : plusieurs chercheur-euses (Nieuwenhuijsen, Noordik, van Dijk, & van der Klink, 2013; Lagerveld et al., 2017) soulignent que renforcer le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail ne peut se faire **que si les conditions de travail permettent effectivement aux travailleur-euses de surmonter les obstacles présents**. Lorsque les exigences professionnelles sont trop élevées ou lorsque l'environnement de travail est défavorable, chercher à augmenter ce sentiment peut devenir irréaliste – voire contre-productif – car la personne risque d'être encouragée vers des objectifs qu'elle ne peut pas atteindre dans l'état actuel du poste. Comme l'indiquent Lagerveld et al. (2017), cela peut conduire à un échec, suivi d'une diminution encore plus importante de son sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail. D'autres équipes de recherche suggèrent également que des **exigences professionnelles excessives** peuvent nourrir la peur d'une rechute ou d'une aggravation de l'état de santé et diminuer indirectement la

motivation à reprendre le travail (Janssen et al., 2003).

Afin de favoriser le sentiment d'efficacité personnelle dans le retour au travail, et optimiser les chances pour tous et toutes de reprendre le travail **lorsque leur état de santé le permet**, nous développons ci-dessous les six recommandations suivantes :

1. Proposer un plan d'aménagements du travail afin de favoriser le retour au travail ;
2. Collecter des données sur la mise en place des aménagements afin de mesurer l'effectivité du système ;
3. Renforcer l'application de la législation sur les risques psychosociaux afin d'améliorer la prévention ;
4. Élaborer des trajets d'accompagnement ciblés afin de tenir compte des besoins spécifiques des personnes ;
5. Lutter contre la discrimination sur le marché du travail afin de réduire les obstacles structurels à la sortie de l'incapacité ;
6. Rendre le monde du travail moins producteur d'incapacité afin de prévenir l'incapacité.

5.1. Proposer un plan d'aménagements du travail afin de favoriser le retour au travail

Proposer des aménagements du travail lorsqu'une personne envisage de le reprendre peut augmenter son sentiment d'efficacité dans son retour au travail. La littérature scientifique souligne ainsi que les aménagements du travail constituent un **facteur essentiel pour améliorer les résultats de retour au travail**, que ce soit à la suite d'une incapacité en raison d'une pathologie physique ou mentale (Cancelliere et al., 2016). Les aménagements sont définis comme « des modifications ou des ajustements apportés aux procédures ou à l'environnement de travail afin de permettre à un-e travailleur-euse ayant des besoins spécifiques d'accomplir les tâches requises » (Villotti et al., 2020, page 13, notre traduction).

Après une **incapacité en raison d'un trouble mental** (par exemple, une dépression), les aménagements mis en place sont souvent directement liés aux aspects du travail, comme la **modification du temps de travail, la mise en place d'horaires flexibles, ou encore l'autorisation d'un retour progressif** (Bastien & Corbière, 2019). Cependant,

ces types d'aménagements sont efficaces seulement s'ils sont combinés à une **augmentation graduelle des tâches**, dans le **respect des limitations des travailleur-euses**, et lorsqu'ils sont mis en œuvre dans un **contexte de travail soutenant** (Bastien et Corbière, 2018). Plusieurs études ont ainsi montré que les effets bénéfiques des aménagements du travail peuvent être compromis lorsqu'ils sont perçus comme injustes par les collègues (Colella, 2001 ; Dunstan & Maceachen, 2014) ou lorsqu'ils s'inscrivent dans un environnement de travail marqué par de fortes exigences de performance, limitant le soutien social au travail (Saint Arnaud et al., 2006). Les **facteurs psychosociaux et l'implication des différentes parties prenantes** doivent donc également être pris en compte lors de la mise en place des aménagements.

Chez les personnes présentant des **troubles musculo-squelettiques**, les aménagements du travail peuvent notamment inclure la réduction du temps de travail, l'octroi de temps supplémentaire pour accomplir les tâches et les objectifs, la mise en place de pauses régulières, ou encore la possibilité de modifier sa posture et sa position de travail (Liedberg et al., 2021). En Belgique, une **nouvelle réglementation entrée en vigueur en 2024** vise précisément à **améliorer la prévention des troubles musculo-squelettiques**. L'Arrêté Royal du 19 mars 2024 prévoit notamment que lors de la conception, de l'aménagement et de l'adaptation des postes de travail, l'employeur-euse tienne compte de l'ergonomie²² au travail afin de prévenir ces troubles (Moniteur belge, 2025). Pour **accompagner les employeur-euses dans l'amélioration de l'ergonomie**, le SPF met à disposition plusieurs outils (exemple : guide pour la prévention, fiches pour prévenir les troubles musculo-squelettiques dans 36 métiers), disponibles sur le site <https://beswic.be/fr/themes/troubles-musculosquelettiques-tms>.

5.2. Collecter des données sur la mise en place des aménagements afin de mesurer l'effectivité du système

La mise en place de ces aménagements peut s'inscrire dans le cadre d'une **politique collective de retour au travail ambitieuse**. Cependant, comme le rappellent Inoue et al. (2025), « la simple existence de politiques [de retour au travail] ne suffit pas : le soutien au retour au travail doit intégrer des mécanismes garantissant une application

22 Définie dans l'AR comme « une approche visant à adapter le travail, y compris le poste de travail et l'environnement de travail, à l'humain en tenant compte de ses caractéristiques physiques, mentales, psychiques et sociales, et qui doit être appliquée dans tous les domaines du bien-être au travail ».

équitable et effective, en particulier dans les emplois physiquement exigeants » (p. 15, notre traduction). Afin de s'assurer d'une mise en place équitable et effective des aménagements pour tou·tes les travailleur·euses, il pourrait être utile que les **décisions concernant l'octroi ou le refus d'aménagements fassent l'objet d'un suivi systématique par les autorités (monitoring)**. Il serait également intéressant que ces données puissent être croisées avec d'autres variables, comme par exemple, le sexe, l'âge ou le type de métier, afin de pouvoir réaliser des analyses statistiques qualitatives sur l'octroi des aménagements en fonction du profil du·de la travailleuse. Cela permettrait d'identifier plus précisément les obstacles à la mise en place des aménagements lors du retour au travail, et de dégager des pistes de solutions.

5.3. Renforcer l'application de la législation sur les risques psychosociaux afin d'améliorer la prévention

Dans un récent rapport du Conseil Supérieur de l'Emploi (2025) sur l'état des lieux du marché du travail en Belgique, le Conseil souligne que la prévention de l'incapacité de travail est insuffisamment abordée dans les récentes réformes fédérales. Étant donné la croissance des incapacités en raison de troubles psychosociaux ces dernières années (+44% des incapacités de travail de plus d'un an pour cause de dépression ou de burnout entre 2018 et 2023) (INAMI, 2023b), prévenir ces risques doit rester une priorité. Cependant, des recherches suggèrent que les **analyses de risques, qui sont pourtant obligatoires, ne sont pas toujours réalisées par les employeur·euses** (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025). Comme le souligne Lorthioir (2021) : « la politique de prévention telle qu'elle devrait être mise en place et évaluée dans l'entreprise selon la législation n'est pas appliquée ou de manière partielle et incorrecte. Cela commence par des analyses de risques trop

rares, opaques, insuffisamment prises en compte dans la politique de prévention » (page 7). De plus, les **recommandations émises par les conseiller·ères en prévention spécialisés dans les risques psychosociaux**, qui ont un statut consultatif plutôt que décisionnel, ne **semblent pas suffisamment suivies** (Lorthioir, 2021; De Greef & Tesse, 2025).

Pour améliorer l'effectivité du dispositif, **Lorthioir (2021)** émet plusieurs recommandations :

1. Mettre au point un **modèle unique minimal sur la base duquel les analyses de risques devront être effectuées** afin de garantir la qualité de celles-ci et un contrôle plus aisé de leur suivi ainsi que des mesures prises sur la base de celles-ci ;
2. Garantir la **transparence de cette analyse de risques** auprès des représentant·es des travailleur·ses ;
3. Lorsque l'employeur·euse choisit de ne pas suivre un avis ou une mesure préconisée par le ou la conseiller·ère en prévention, qu'il doive **motiver formellement ce refus auprès du Comité pour la Prévention et la Protection au travail (CPPT)** (ou à défaut, de la Délégation Syndicale).

Dans leur rapport d'évaluation de la dimension collective de la législation relative aux risques psychosociaux, les chercheur·euses **De Greef et al. (2024)** soulignent également la nécessité de renforcer l'effectivité du cadre existant. Leurs recommandations convergent vers quatre axes principaux : **(1) améliorer la collecte des données relatives au bien-être²³, systématiser l'analyse des risques psychosociaux²⁴** et la communication de leurs résultats ; **(2) renforcer la mise en œuvre concrète des obligations de prévention**, en tendant vers une logique d'obligation de résultat assortie de sanctions effectives²⁵ ; **(3) améliorer la collaboration et la formation** des acteurs et actrices du bien-être au travail²⁶; **(4) accroître les actions de sensibilisation²⁷ et penser le bien-être des PME²⁸** et de leurs travailleur·euses.

23 Notamment : réintroduire l'obligation pour les entreprises d'effectuer et d'envoyer les rapports annuels effectués par les services internes de prévention et de protection au travail.

24 Notamment : prévoir un délai endéans lequel toutes les entreprises du pays envoient à un acteur étatique, par exemple le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et/ ou l'inspection du Contrôle du bien-être, leur analyse des risques, y compris le volet psychosocial.

25 Actuellement, les obligations existantes ne semblent pas systématiquement suivies d'effet.

26 Conseiller·ères en prévention, personnes de confiance, représentant·es des travailleur·euses, employeurs et ligne hiérarchique, médecins.

27 Faire connaître les projets pilotes sur les RPS et le burnout, les outils gratuits développés par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

28 Plutôt que de déroger aux règles relatives au bien-être au travail (les PME étant délaissées en matière de bien-être au travail).

5.4. Élaborer des trajets d'accompagnement ciblés afin de tenir compte des besoins spécifiques des personnes

Afin de tenir compte des inégalités dans les chances de reprise du travail identifiées dans cette étude, nous proposons de **développer une approche inspirée de l'universalisme proportionné dans le champ du retour au travail**. Le concept d'universalisme proportionné a été formulé par Michael Marmot dans le rapport *Fair Society, Healthy Lives* (Marmot, 2010), pour réduire les inégalités sociales de santé, définies comme des différences injustes et évitables en matière de santé au sein de la population et entre différents groupes de la société²⁹. Ces inégalités s'observent quand on voit les indicateurs de santé et de bien-être se dégrader à mesure que l'on occupe une position plus basse sur l'échelle sociale (Mackenbach et al., 2008; Wilkinson & Pickett, 2010), sur base de critères tels que les revenus, le niveau de formation ou la situation socio-professionnelle (« gradient social ») (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Pour réduire la pente de ce gradient social, le rapport de Marmot stipule que « les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de désavantage » (Marmot et al., 2010, p. 10, notre traduction).

L'universalisme proportionné peut être une source d'inspiration structurante pour les mesures d'accompagnement au retour au travail. Partant du constat que les individus ne sont pas égaux dans la réponse qu'ils sont en capacité de donner aux initiatives d'accompagnement, des approches ciblées en fonction des besoins de chacun pourraient être envisagées. Ces mesures pourraient être modulées en fonction du profil de chacun et chacune, de la pathologie, du niveau d'éducation, du type d'emploi et des adaptations à éventuellement y implémenter. **Dans cette logique, il ne s'agit donc pas d'activer plus ceux et celles qui sont loin du retour au travail, mais d'accompagner mieux chacun et chacune en fonction de ses besoins, et pour autant qu'un retour soit envisageable**. C'est d'ailleurs ce que Cancelliere et al. (2016) souligne dans une revue systématique de la littérature, sans faire une référence explicite au principe de l'universalisme proportionné, où elle y suggère que le niveau d'interventions de retour au travail peut varier en fonction du pronostic de retour au travail. Par exemple,

des interventions plus complexes, comprenant des composantes physiques, professionnelles et psychologiques, pourraient davantage être réservées à des personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques chroniques ou ayant souffert d'affections complexes. De plus, vu la prégnance et les effets structurels du gradient social dans la sous-utilisation des soins et la prévalence des pathologies (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022), il faut également **veiller à améliorer l'accessibilité aux soins** et plus généralement la santé des **personnes en invalidité vulnérables financièrement**. Sous peine d'alimenter un cercle vicieux.

5.5. Lutter contre la discrimination sur le marché du travail afin de réduire les obstacles structurels à la sortie de l'incapacité

Notre étude souligne que les chances de réintégration après une incapacité de travail sont moins élevées pour les personnes plus âgées ou issues de l'immigration. Ces résultats suggèrent donc également des **obstacles structurels à la sortie de l'incapacité**, tels que la discrimination liée à l'âge ou à l'origine, ou la difficulté de retrouver un emploi adapté avec un plus faible niveau d'études. D'après les études d'UNIA, la discrimination fondée sur l'âge ou sur l'origine restent très répandues dans la société belge (Unia, 2022; Unia, 2025). De plus, la discrimination en raison du fait d'avoir été en incapacité semble également exister : selon une précédente étude de la MC, presque une personne sur dix **affirme avoir été victime de discrimination en raison de sa période d'incapacité de travail, lorsqu'elle a repris le travail** (Henry, 2025).

Dans la mesure où des publics plus vulnérables sont sur-représentés parmi les personnes en incapacité (femmes, travailleur-euses âgé-es, ouvrier-ères, des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée) et ont moins de chance d'en sortir, comment diminuer les chiffres de l'invalidité, si le marché du travail continue de discriminer des personnes sur base de leur âge, de leur origine ou de leur état de santé ? Afin de veiller au respect de la loi anti-discrimination, les institutions qui veillent à son application (services d'inspection du travail, UNIA) **doivent avoir suffisamment de temps et de ressources** pour accomplir correctement leurs missions. Il faut également **lutter contre**

29 What are healthcare inequalities?, www.england.nhs.uk, consulté le 3 octobre 2022.

les stéréotypes et préjugés négatifs envers les personnes plus âgées, issues de l'immigration, ou malades de longue durée, et **sensibiliser** les acteurs et les actrices du retour au travail à la double discrimination que peuvent subir ces personnes.

5.6. Rendre le monde du travail moins producteur d'incapacité afin de prévenir l'incapacité

Enfin, s'il est indispensable de mieux comprendre les dynamiques de retour à l'emploi après une période d'incapacité de travail, il apparaît tout aussi essentiel d'**interroger plus fondamentalement notre rapport collectif au travail** et la place que celui-ci occupe dans nos vies. Cette réflexion ne peut se limiter aux seules trajectoires individuelles de réintégration professionnelle : elle doit également porter sur l'organisation du travail elle-même, sur les cultures managériales et sur les exigences imposées aux travailleur-euses. Mais aussi sur tous les dispositifs qui permettent aux personnes de pouvoir travailler tout en tenant compte des situations personnelles et familiales qui jalonnent naturellement une vie.

À cet égard, pensons notamment aux dispositifs de réduction du temps de travail à différents moments de la vie (congés de naissance, congés parentaux, crédits-temps de fin de carrière, crédit-temps pour soin à un enfant ou à un proche malade) qui peuvent constituer des outils de prévention de l'incapacité, et dans lesquels il faudrait davantage investir.

Il est en effet primordial, et avant toute chose, que **le monde du travail ne soit pas lui-même producteur d'incapacités**, de fragilités ou d'exclusions durables. La première forme de prévention consiste dès lors à agir en amont, en veillant à ce que les emplois proposés soient véritablement épanouissants, que les conditions de travail soient soutenables sur le long terme et que l'environnement professionnel respecte à la fois la santé physique, la santé mentale et l'équilibre de vie des personnes. Une culture de l'emploi plus respectueuse, attentive aux contraintes humaines et sociales, constitue à cet égard un levier central de prévention des incapacités et de promotion d'un travail compatible avec la santé au sens large.

Conclusion

Depuis plusieurs années, le gouvernement belge déploie différentes mesures afin de favoriser la réintégration des personnes en incapacité de travail de longue durée. Ces initiatives reposent notamment sur une **responsabilisation** accrue des acteurs et actrices du retour au travail. Nos résultats mettent toutefois en évidence plusieurs facteurs déterminants dans les chances de reprise du travail : l'âge, l'origine, la nature du métier, le sentiment d'efficacité personnelle et l'initiative du-de la travailleur-euse dans le démarrage du trajet de retour au travail. Les personnes plus âgées, issues de l'immigration, occupant un emploi manuel, doutant de leurs capacités à surmonter les obstacles du retour au travail, ou engagées dans un trajet de retour au travail imposé, ont moins de chances de sortir de l'incapacité. Les premiers éléments suggèrent des **obstacles structurels persistants** auxquels se heurtent les personnes, tandis que les seconds soulignent l'importance de **permettre le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle** chez les individus, ce qui implique d'**implémenter les aménagements nécessaires** dans l'organisation ou le poste de travail. Tous ces éléments participent à l'évaluation par la personne elle-même de ses chances de reprise.

À la lumière de ces constats, il est donc essentiel, pour les accompagnant-es vers le retour au travail, d'aider les personnes en incapacité à **restaurer leur confiance dans leurs capacités** et d'**examiner avec elles les obstacles** concrets qui entravent leur reprise. Mais cet accompagnement ne peut être pleinement efficace que si, au **niveau organisationnel**, les employeur-euses s'engagent pleinement dans le processus de retour au travail, via une **politique collective de retour au travail ambitieuse**, capable de garantir de véritables possibilités de reprise dans un cadre de travail **adapté à l'état de santé**.

De plus, afin de tenir compte des inégalités dans les chances de reprise du travail identifiées dans cette étude, **le principe de l'universalisme proportionné peut être inspirant**. Dans la mesure où les individus ne sont pas égaux dans la réponse qu'ils sont en capacité de donner aux initiatives d'accompagnement, des approches ciblées en fonction des besoins de chacune et chacun pourraient être envisagées. Dans cette logique, il ne s'agit donc pas d'activer plus celles et ceux qui sont loin du retour au travail, mais d'**accompagner mieux chacune et chacun en fonction de ses besoins**, et pour autant qu'un retour soit envisageable.

Enfin, au-delà de ces éléments, il est essentiel de reconnaître que le fonctionnement actuel du marché du travail – marqué par des exigences élevées de performance et de flexibilité, et de la discrimination fondée sur l'âge, l'origine ou l'état de santé – peut compliquer, voire rendre impossible, l'insertion de personnes dont l'état de santé ne permet pas un rendement immédiat. **Lutter contre les discriminations sur le marché du travail, et rendre ce dernier moins producteur d'incapacité**, sont donc des conditions indispensables pour permettre à chacun et chacune de travailler dans un environnement compatible avec ses capacités, et pour favoriser des parcours de retour au travail durables et de qualité.

Bibliographie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. *Santé et Société*, 4, 6-31.
- Baanders, A. N., Rijken, P., & Peters, L. (2002). Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. *The European Journal of Public Health*, 12(2), 124-130.
- Bastien, M. F., & Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432.
- Blais, M., Vallerand, R., Pelletier, L., & Brière, N. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210.
- Botticello, A., Chen, Y., & Tulskey, D. (2012). Geographic variation in participation for physically disabled adults: the contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury. *Social Science & Medicine*, 75(8), 1505-1513.
- Brouwer, S., Franche, R., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. (2011). Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 244-258.
- Brouwer, S., Reneman, M., Bültmann, U., Van der Klink, J., & Groothoff, J. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., ... & Roelants, E. (2024). Incapacité de travail de longue durée et invalidité dues à des troubles psychosociaux – Profil socio-démographique, médical et de consommation de soins (Rapport). *Agence Intermutualiste-INAMI*.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stockkendahl, M., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, 24(1), 32.
- Carstensen, L., & Lang, F. (1996). *Future orientation scale*. Stanford University: Unpublished manuscript.
- Colella, A. (2001). Coworker distributive fairness judgments of the workplace accommodation of employees with disabilities. *The Academy of Management Review*, 26(1), 100-116.
- Chambre des représentants de Belgique. (2026). *Note de politique générale. Emploi*. Récupéré sur <https://www.dekamer.be/doc/FLWB/pdf/56/1282/56K1282003.pdf>
- Chapureau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 2499(4), 37-56.
- Conseil des ministres. (2026, 02 14). *Politique « Retour au travail » : mise en œuvre de la quatrième vague de réformes*. Récupéré sur <https://news.belgium.be/fr/politique-retour-au-travail-mise-en-oeuvre-de-la-quatrieme-vague-de-reformes>
- Conseil Supérieur de l'Emploi. (2024). *Incapacité de travail et réintégration des salariés sur le marché de l'emploi*. Récupéré sur <https://cse.belgique.be/fr/accueil/rapports-avis/tous-les-rapports/rapports-2024/incapacite-de-travail-et-reintegration-des-salaries-sur-le-marche-de-lemploi-mars-2024>
- Conseil Supérieur de l'Emploi. (2025). *Etat des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions*. Récupéré sur <http://cse.belgique.be>
- De Greef, V., & Tesse, J. (2025). L'absence ou la mauvaise organisation du travail comme cause de risque psychosocial au travail. *Journal des tribunaux du travail*, 1520, 253-257.
- De Greef, V., Verdonck, M., Carlier, J., Duchene, C., Tesse, J., Mechelynck, A., ... Bingen, A. (2024). *Evaluation de la législation relative*

à la prévention des risques psychosociaux liés au travail.

- de Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2018). Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: a scoping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(3), 393-417.
- Deci, E., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Dunstan, D. A., & Maceachen, E. (2014). A theoretical model of co-worker responses to work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 189-198.
- Dekkers-Sanchez, P. (2013). *Work ability assessment of employees on long term sick leave in insurance*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Fisker, J., Hjorthøj, C., Hellström, L., Mundy, S., Rosenberg, N., & Eplov, L. (2022). Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 95(7), 1-13.
- Fonds pour l'expérience professionnelle. (2009). *Le VOW / QFT: Instrument de mesure des facultés de travail*. Récupéré sur <https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail>
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gagnano, A., Villotti, P., Larivière, C., Negrini, A., & Corbière, M. (2021). A systematic search and review of questionnaires measuring individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(3), 491-511.
- Heerkens, Y., de Brouwer, C., Engels, J., van der Gulden, J., & Kant, I. (2017). Elaboration of the contextual factors of the ICF for Occupational Health Care. *Work*, 57(2), 187-204.
- Henry, H. (2025). La discrimination en raison de l'incapacité : le paradoxe du retour au travail. *Santé et Société*, 14, 6-29.
- Henry, H., Avalosse, H., & Vancorenland, S. (2024). Comment les membres de la MC perçoivent-ils l'accompagnement vers le retour au travail? Résultats de l'enquête menée par la MC auprès de ses membres en incapacité de travail ou en invalidité en 2023. *Santé & Société*, 11, 42-70.
- Hoefsmit, N. (2015). *Self-direction in return-to-work: bottlenecks, facilitators and an intervention*. [Doctoral Thesis]. Maastricht : Dattawyse / Universitaire Pers.
- Horn, L., Spronken, M., Brouwers, E., de Reuver, R., & Joosen, M. (2022). Identifying return to work self-efficacy trajectories in employees with mental health problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(1), 64-76.
- INAMI. (2022). Le "Trajet Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés. *Bulletin d'information 2022/4*, 53-65. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2022_4_directives_IV.pdf
- INAMI. (2023a). *Statistiques sur les indemnités d'incapacité de travail en 2023*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2023>
- INAMI. (2023b). *Incapacités de travail en 2023 : Combien d'invalidités en raison d'une dépression ou d'un burnout ? Quel coût pour l'assurance indemnités ?* Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-sur-les-incapacites-de-travail-decoulant-d-un-burnout-ou-d-une-depression/incapacites-de-travail-en-2023-combien-d-invalidites-en-raison-d-une-depression-ou-d-un-burnout-quel-c>
- INAMI. (2025). *Web Reporting Tool: Effectifs*. Récupéré sur Statistiques sur les personnes affiliées à une caisse de maladie (nombre de membres) - 2025S1: <https://webapps.riziv.inami.fgov.be/wrt/fr>
- INAMI (2026a). Statistiques portant sur les indemnités d'invalidité en 2025. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2025>
- INAMI. (2026b). *Baromètre Retour au Travail pour les salariés*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/barometre-retour-au-travail-pour-les-salaries>
- Inoue, S., Tateishi, S., Harada, A., Hosoda, E., Nagata, M., & Mori, K. (2025). Differences in Perceived Return-to-Work Barriers Between Manual and Non-Manual Workers. *Journal of Occupational Health*, uiaf075.
- Janssen, N., Van den Heuvel, W., Beurskens, A., Nijhuis, F., Schröer, C., & Van Eijk, J. (2003). The demand-control-support model as a predictor of return to work. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(1), 1-9.
- Lagerveld, S., Blonk, B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359-375.
- Lagerveld, S., Brenninkmeijer, V., Blonk, R., Twisk, J., & Schaufeli, W. (2017). Predictive value of work-related self-efficacy change on RTW for employees with common mental disorders. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(5), 381-383.
- Liedberg, G. M., Björk, M., Dragioti, E., & Turesson, C. (2021). Qualitative evidence from studies of interventions aimed at return to work and staying at work for persons with chronic musculoskeletal pain. *Journal of clinical medicine*, 10(6), 1247.
- Lork, K., & Holmgren, K. (2018). The experience of return to work self-efficacy among people on sick leave. *Work*, 59(4), 479-490.
- Lorthioir, L. (2021). Risques psychosociaux au travail : une meilleure législation s'impose. *Démocratie*, 6(6), 5-9.
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Mäkikangasa, U., Kinnunen, T., & Wilmar, S. (2016). The longitudinal development of employee well-being: a systematic review. *Work & Stress*, 30(1), 46-70.

- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary.
- Mutualités Libres. (2023). *Analyse des reprises de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail*. https://www.mloz.be/sites/default/files/2023-08/etude_rtp_fr.pdf
- Moniteur Belge (2024). Arrêté royal du 19 mars 2024 relatif à l'ergonomie au travail et à la prévention des troubles musculo-squelettiques. <https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?numac=2024201403>
- Nieuwenhuijsen, K., Noordik, E., van Dijk, F., & van der Klink, J. (2013). Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(2), 290-299.
- OECD. (2010). *Maladie, invalidité et travail: Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*. Éditions OCDE.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T., & Feinstein, A. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), 1373–1379.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg self-esteem scale (RSES)*. [Database record]. APA PsycTests.
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J., Martínez, J., . . . Benavides, F. (2012). Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *Journal of occupational rehabilitation*, 22(1), 15-26.
- SERV. (2025). *Vanuit wederkerige relaties terug naar werk*. Brussel: de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Smeets, J., Hoefsmit, N., & Houkes, I. (2019). Self-directing return-to-work: Employees' perspective. *Work*, 64(4), 797-807.
- Solidaris. (2026). *Revenir au travail sans y laisser sa santé. Potentiel et limites du retour au travail à temps partiel*. Bruxelles: Solidaris.
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. (2025, 05 27). *Code du bien-être au travail - Nouvelle réglementation TMS et définitions ergonomie (vidéo)*. Récupéré sur <https://emploi.belgique.be/fr/blog/code-du-bien-etre-au-travail-nouvelle-reglementation-tms-et-definITIONS-ergonomie-video>
- Unia. (2022). *Marché du travail et origine*. Bruxelles: UNIA.
- Unia. (2025). *Étude sur la discrimination fondée sur l'âge en Belgique. Improving equality data collection in Belgium III*. Bruxelles: UNIA.
- Vandenbroucke, F. (2025, 09 25). *Une troisième vague de mesures dans le cadre de la politique de retour au travail dans le respect de la santé*. Récupéré sur <https://vandenbroucke.belgium.be/fr>
- Villotti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C., & Corbière, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders: a systematic search and review. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(1), 7-25.
- Villotti, P., Kordsmeyer, A. C., Roy, J. S., Corbière, M., Negrini, A., & Larivière, C. (2024). Systematic review and tools appraisal of prognostic factors of return to work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders. *Plos one*, 19(7), e0307284.
- Vlayen, J., Meulders, A., Bamelis, L., & Masuy, R. (2025). *"FearedBack": Generalization of fear and avoidance behavior as predictors of work resumption after back surgery*. Leuven.
- Vooijs, M., Leensen, M., Hoving, J., Daams, J., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *International archives of occupational and environmental health*, 88(8), 1015-1029.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining time and opportunities at work: Relationships between age, work characteristics, and occupational future time perspective. *Psychology and Aging*, 24, 478-493.