

Comment améliorer le bien-être en fin de carrière ?

Analyse quantitative des conditions et des aménagements du travail contribuant au bien-être en fin de carrière

Hélène Henry — Service d'études

Remerciements à Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Ann Morissens et Sophie Cès

Résumé

À l'heure où le nombre de travailleurs et surtout de travailleuses âgées en incapacité de travail ou en invalidité ne cesse d'augmenter, cette étude s'intéresse aux conditions et aux aménagements du travail contribuant à la santé, au bien-être et au maintien dans l'emploi, en fin de carrière.

Au travers d'analyses corrélationnelles (régressions) de données quantitatives, récoltées via un questionnaire complété en ligne par des membres de la MC, âgés de 55 à 64 ans, cette étude a testé trois hypothèses.

- Les aménagements du travail en fin de carrière contribuent-ils positivement à la santé, au bien-être au travail, et au maintien dans l'emploi ?
- Ces relations potentiellement positives, sont-elles plus fortes chez les hommes ou chez les femmes, en fin de carrière ?
- Ces aménagements permettent-ils de préserver la santé, le bien-être au travail et le maintien dans l'emploi, malgré le vécu de difficultés personnelles et/ou professionnelles, en fin de carrière ?

Les résultats ont montré que l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et en termes de sécurité d'emploi ; et à des aménagements liés à l'espace, au temps et aux équipements de travail, sont les plus positivement liés à la santé, au bien-être au travail et au maintien dans l'emploi en fin de carrière. Ces effets sont plus prononcés

pour préserver le bien-être au travail des femmes en fin de carrière, mais ne suffisent pas pour préserver davantage leur santé mentale, physique, ou leur intention de continuer à travailler. Enfin, les aménagements et conditions de travail investigués permettent particulièrement de protéger la santé mentale des travailleurs et travailleuses en fin de carrière, qui vivent un niveau élevé de difficultés personnelles et/ou professionnelles.

Sur base de ces résultats, diverses recommandations sont formulées afin de préserver le bien-être et la santé en fin de carrière.

Mots-clés : Fin de carrière, aménagements du travail, conditions de travail, bien-être au travail, incapacité de travail, prévention, étude quantitative

1. Introduction

1.1. Contexte

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la force de travail, de nombreux pays européens ont pris des mesures ces dix dernières années, pour prolonger les carrières. En Belgique, le gouvernement Michel a ainsi décidé en 2012 de faire passer l'âge de la retraite à 66 ans d'ici 2025, et à 67 ans d'ici 2030. En 2021, les travailleurs et travailleuses de 55 ans et plus représentaient ainsi 19% de l'emploi total en Belgique (Institut pour un développement durable, 2022). Cependant, la proportion de salarié-es âgé-es de 50 à 64 ans en incapacité primaire ou en invalidité ne cesse d'augmenter : elle est ainsi passée de 11% en 2005 à 15% en 2019, avec une augmentation plus marquée chez les femmes de 50 à 64 ans, où la proportion de salariées absentes pour raisons de santé est passée de 11% en 2005 à 17% en 2019 (Institut pour un développement durable, 2022).

Si l'augmentation de l'espérance de vie est un argument souvent utilisé pour justifier l'allongement de la vie professionnelle, il ne faut pas oublier que vivre plus longtemps ne signifie pas forcément vivre plus longtemps en bonne santé. Il est ainsi important de tenir compte d'autres indicateurs pour tenir compte de l'état de santé au moment de la retraite, comme par exemple, l'espérance de vie en bonne santé. Elle est définie comme « la durée de vie moyenne en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation irréversible d'activités dans la vie quotidienne ni d'incapacités » (Insee, 2017). En 2020, l'espérance de vie en bonne santé atteignait 63,6 ans pour les hommes, et 64 ans pour les femmes en Belgique (Bureau Fédéral du Plan, 2022). Pour les personnes moins favorisées socio-économiquement, l'espérance de vie en bonne santé est encore plus faible : elles auront en moyenne une santé dégradée (voire décéderont) avant l'âge de 60 ans (Solidaris, 2023).

Par ailleurs, le contexte de travail dans nos sociétés occidentales est de plus en plus marqué par le risque de subir un dommage psychique et/ou physique lié(s) aux composantes du travail en termes d'organisation, de contenu, de conditions, de conditions de vie ou de relations interpersonnelles au travail, qui comportent un danger et sur lesquels l'employeur a un impact (on parle alors des risques psychosociaux¹). L'augmentation de la souffrance au travail, notamment en raison des nouvelles formes d'or-

ganisation du travail et d'une dégradation des conditions de travail, a été montrée dans plusieurs recherches ces dernières années (Périlleux & Vendramin, 2017; Vendramin & Parent-Thirion, 2019; Dejours & Duarte, 2018).

Ces risques psychosociaux affectent les travailleurs et travailleuses de tout âge. Néanmoins, les travailleurs et travailleuses âgé-es y sont particulièrement vulnérables (EuroHealthNet, 2022). Bien qu'ils-elles aient développé différentes ressources et compétences sur lesquelles compter au cours de leur carrière, celles-ci peuvent devenir obsolètes et difficiles à renouveler étant donné l'évolution rapide des environnements de travail. Les travailleurs et travailleuses âgé-es peuvent ainsi ressentir plus de stress lié aux contraintes du travail, souffrir davantage des changements professionnels, et percevoir davantage d'insécurité d'emploi, que les employés plus jeunes (EuroHealthNet, 2022). Ils-elles sont aussi plus susceptibles de rapporter un sentiment de fatigue générale, un manque de perspective de carrière, ou encore un faible niveau de bien-être psychique (Vendramin & Valenduc, 2016).

À côté de ces risques psychosociaux, qui peuvent donc particulièrement affecter le bien-être et la santé des travailleurs et travailleuses plus âgé-es, deux autres facteurs de risque sont également spécifiques à ces derniers : d'une part, la réalité de l'âgisme qui désigne les stéréotypes, les préjugés et les comportements de discrimination envers les personnes sur base de leur âge (Butler, 1980), très présent dans nos sociétés ; et d'autre part, leur plus grande probabilité de prendre soin de leur propre parent âgé en perte d'autonomie, ou de leurs grands ou petits-enfants, le cas échéant (génération « sandwich »). L'âgisme affecte négativement la santé mentale des personnes âgées, par exemple, en diminuant l'estime de soi, ou en augmentant le risque d'abus (Loriato, 2022). Au travail, en raison d'attitudes âgistes, les travailleurs et travailleuses âgé-es sont moins susceptibles de recevoir des formations et des opportunités d'avancement de carrière (Loriato, 2022). Quant au contexte de soin à un proche en perte d'autonomie, ce rôle est plus susceptible d'être assumé par des travailleurs et plus particulièrement, par des travailleuses en fin de carrière. Bien que prendre soin d'un proche puisse être une source importante de satisfaction et d'accomplissement personnel (Marino, 2017), plusieurs études ont aussi démontré que ce rôle augmente la surcharge de travail, le déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle, et peut avoir un impact négatif sur le bien-être et sur la santé mentale (Bastawrous, 2013; Loriato, 2022; Pinquart & Sörensen, 2003).

1 La définition des risques psychosociaux peut-être trouvée sur le site : <https://www.beswic.be/fr/themes/risques-psychosociaux-rps>

Dans ce contexte où l'espérance de vie en bonne santé est limitée à l'âge de 60 ans pour les personnes moins favorisées socio-économiquement, d'exposition croissante à des risques psychosociaux, d'obsolescence des compétences, d'âgisme et de soins aux proches, de plus en plus de travailleurs et travailleuses âgé-es de 55 à 64 ans ne s'estiment plus capables d'exercer le même travail jusqu'à 60 ans (Hansez, et al., 2012; Vendramin & Valenduc, 2016) ou jusqu'à l'âge de la retraite (Médecine pour le peuple, 2022).

Alors que promouvoir la santé tout au long de la carrière est une priorité au niveau mondial (voir par exemple, le guide de l'OMS pour la santé mentale au travail, 2022), européen (voir par exemple, le cadre européen stratégique pour la santé et la sécurité au travail, 2021-2027) et dans notre propre pays (voir par exemple, le plan national pour le bien-être au travail, 2022), dans les faits, en Belgique, à peine 43% des entreprises disposaient en 2021 d'un plan structurel visant à favoriser le bien-être au travail (Acerta, VUB, HR Square, 2021). Concernant le plan pour l'emploi des travailleurs et travailleuses âgé-es de 2012 (Conven-

Définition des concepts

Cette étude utilise quelques concepts qu'il convient de clarifier.

Tout d'abord, les **travailleurs et travailleuses en fin de carrière**. Alors que la CCT 104 considère les travailleurs et travailleuses comme étant en fin de carrière dès 45 ans, nous les définissons dans cette étude à partir de l'âge de 55 ans, jusqu'à l'âge de 64 ans. Il s'agit d'un critère d'âge très souvent utilisé dans la littérature scientifique (Kooij & Van De Voorde, 2011; Veth, Korzilius, Van der Heijden, Emans, & de Lange, 2017).

Ensuite, dans notre étude, les **aménagements du travail en fin de carrière** ne renvoie pas uniquement aux réductions du temps de travail (« crédits-temps fin de carrière ») mais plus largement, aux aspects de l'organisation du travail, des conditions de travail, du contenu de travail, des conditions de vie et des relations interpersonnelles au travail, qui peuvent contribuer au bien-être en fin de carrière. Dans la rubrique « opérationnalisation des variables » ci-dessous (point 2.2.), vous trouverez plus d'informations sur la manière dont ces éléments ont été mesurés puis regroupés sur base des analyses statistiques effectuées.

L'**accès aux aménagements du travail** en fin de carrière renvoie à la mesure dans laquelle les conditions et aménagements de travail sont perçus comme accessibles sur le lieu de travail du/de la répondant-e, dans le sens où ils-elles perçoivent qu'il est possible pour eux-elles de les utiliser. Cette étude évalue donc bien la perception de l'accessibilité des aménagements du travail, et non leur implémentation effective dans les organisations professionnelles des participant-es à cette étude.

Dans cette étude, nous avons défini la **santé générale** comme la mesure dans laquelle les répondant-es se perçoivent en bonne santé au niveau mental et au niveau physique.

Le **bien-être au travail** renvoie quant à lui à la mesure dans laquelle les participant-es sont satisfaits de leur travail ou épuisés au travail. Nous avons également abordé le bien-être au travail sous l'angle de l'incapacité de travail, en demandant aux participant-es s'ils-elles ont connu une période d'incapacité de travail, inférieure à un mois au cours des six derniers mois (incapacité de travail de courte durée) et supérieure à un mois (incapacité de travail de longue durée) dans leur emploi actuel.

Le **maintien dans l'emploi** a été appréhendé en demandant aux participant-es dans quelle mesure ils-elles souhaitent prendre une retraite anticipée, ou poursuivre une activité (rémunérée ou non rémunérée) après avoir pris leur retraite.

Dans la partie « méthode » (point 2), la manière dont ces variables ont été mesurées est détaillée.

tion Collective de travail n°104), une précédente étude menée par la MC sur le vécu en fin de carrière avait mis en évidence, au travers d'entretiens, que ce plan semblait très peu connu et trop peu appliqué dans les entreprises des participant-es interviewé-es (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Également en termes de recherche, malgré l'importance reconnue de créer des environnements de travail sains, en particulier pour les travailleurs et travailleuses âgé-es, peu d'études ont été menées sur ce qui peut fonctionner pour créer ces environnements favorables à la santé mentale et au bien-être en fin de carrière.

Afin de combler ces manquements et d'inspirer les employeurs et décideurs politiques sur la manière d'aménager les fins de carrière de manière à les rendre plus soutenables, cette recherche vise à investiguer quels aménagements et conditions de travail sont particulièrement bénéfiques pour y parvenir. Réalisée avec une méthodologie quantitative (par questionnaire), cette étude fait suite à la précédente recherche qualitative (par entretiens), menée par la MC sur ce sujet (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Elle avait mis en évidence les difficultés vécues par les travailleurs et travailleuses en fin de carrière, et leurs besoins d'aménagements du travail. Les entretiens menés dans cette étude ont permis de construire (en partie) le questionnaire utilisé dans cette nouvelle étude.

1.2. Revue de la littérature et hypothèses de recherche

1.2.1. Les effets positifs des aménagements du travail sur le bien-être, la santé et le maintien dans l'emploi

Comme souligné ci-dessus, il est illusoire de penser que tous les travailleurs et travailleuses, en particulier les plus âgé-es, peuvent continuer à travailler dans les conditions de travail actuelles, tout en préservant leur santé. Les chiffres de l'INAMI (2018) montrent que les travailleurs et travailleuses âgé-es entre 55 et 59 ans sont les plus touchés par l'invalidité (MC, 2021). Une récente étude menée en Belgique a également mis en évidence qu'une grande majorité des patient-es de 55 à 65 ans interrogés font état d'une charge de travail physique et mentale trop élevée (Médecine pour le peuple, 2022). Pas moins de sept personnes interrogées sur dix dans cette même étude trouvent leur travail mentalement éprouvant à très éprouvant, et la moitié craignent que leur santé ne leur permette pas de continuer jusqu'à l'âge de la retraite. Des résultats proches montrent que 38,7% des salarié-es belges néer-

landophones (40 ans ou plus) interrogé-es ne pensaient pas pouvoir exercer leur emploi actuel jusqu'à la retraite (Bourdeaud'hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021). Cependant, la plupart de ces employé-es pensaient qu'ils pourraient continuer à travailler jusqu'à l'âge de la retraite si le travail était aménagé. Les travailleurs et travailleuses interrogé-es par Médecine pour le Peuple (2022), qui ont droit à des aménagements de travail, ont également déclaré qu'ils ne tiendraient jamais sans ces mesures.

Plusieurs études ont ainsi démontré les effets bénéfiques des aménagements du travail sur la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi des travailleurs et travailleuses âgé-es. Ainsi, une étude expérimentale menée en Finlande a démontré que les employé-es de plus de 55 ans ayant bénéficié d'aménagements (tels que des tâches physiquement moins exigeantes, la possibilité de participer à des programmes de réadaptation et de formation, l'exemption du travail en shift et l'octroi d'un bonus de congés supplémentaires) ont travaillé plus longtemps, et étaient moins à risque de quitter prématurément le marché du travail, ou d'avoir une pension d'invalidité, en comparaison aux employés du groupe contrôle, c'est-à-dire ceux n'ayant pas bénéficié de ces aménagements (Neupane, et al., 2022). D'autres études suggèrent que des aménagements et/ou des conditions de travail de qualité, tels que la possibilité de transmettre sa connaissance à ses collègues plus jeunes (Burmeister, Wang, & Hirschi, 2020), des pratiques de ressources humaines permettant le maintien des compétences (Kooij, et al., 2013), ou encore des arrangements de travail flexibles (Sewdas, et al., 2017), sont positivement liés au bien-être et à l'intention de rester en emploi des travailleurs et travailleuses âgé-es. Le climat organisationnel (par exemple, structure, leadership, pratiques managériales, processus de décision) influence également positivement le bien-être au travail de l'individu (Eisenberger & Stinglhamber, 2011), et l'intention de rester en emploi des travailleurs et travailleuses âgé-es (Armstrong-Stassen & Ursel, 2009).

Outre des mécanismes explicatifs tels que la récupération permise par certains aménagements (par exemple, la réduction du temps de travail), la théorie de l'échange social peut également être mobilisée pour expliquer ces effets positifs des aménagements du travail (Blau, 1964). Selon cette théorie, les échanges entre les organisations et les travailleurs et travailleuses constituent des interactions qui génèrent des obligations de réciproquer. En interprétant les aménagements du travail comme un indicateur de soutien organisationnel, les travailleurs et travailleuses réciproquent en adoptant des attitudes positives envers

leur organisation, comme une plus grande implication ou satisfaction au travail (Van De Voorde, Paauwe, & Van Veldhoven, 2011).

Malheureusement, alors qu'un travail aménagé est souvent nécessaire en fin de carrière, ce dernier n'est pas toujours disponible en Belgique, soit pour des raisons financières, soit en raison de difficultés liées à l'organisation du travail (Henry, Morissens, & Streel, 2022; Médecine pour le peuple, 2022). Pourtant, ces aménagements peuvent avoir des effets bénéfiques en fin de carrière. Afin de vérifier cette affirmation, le premier objectif de cette étude est d'investiguer si la perception d'un accès à des aménagements du travail en fin de carrière contribue positivement à la santé, au bien-être au travail et à l'intention de continuer à travailler.

Sur base des études précitées, nous faisons l'hypothèse suivante, qui est représentée dans la figure 1.

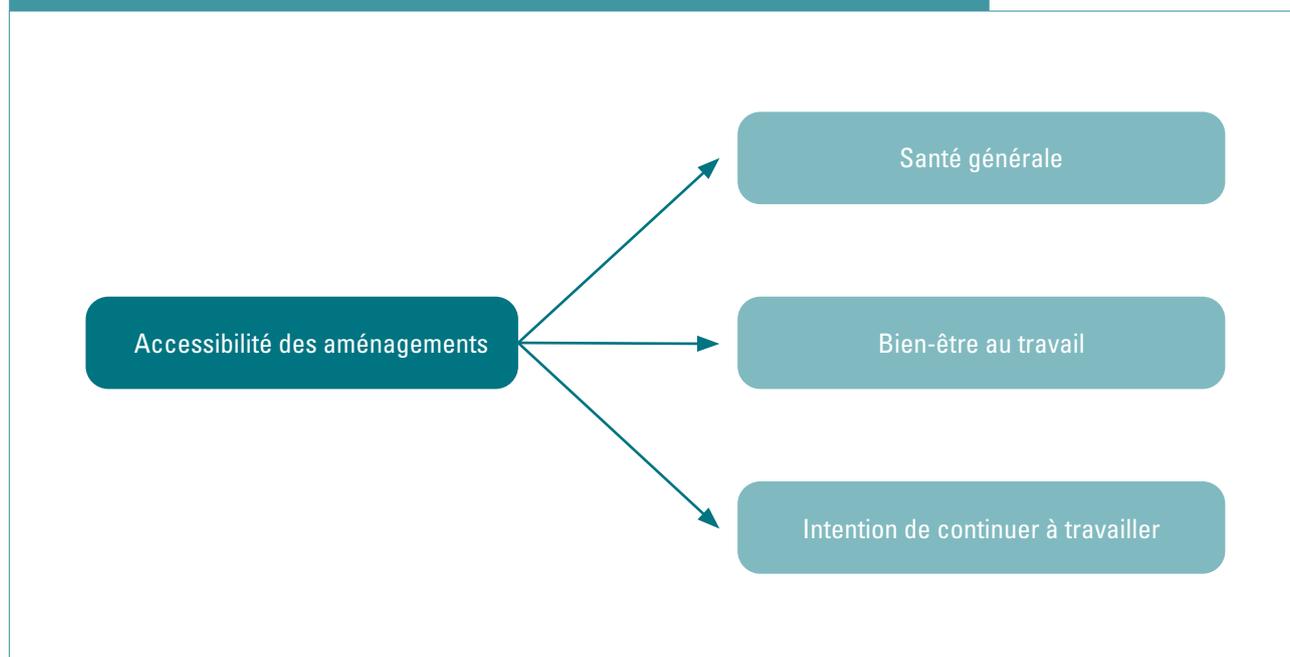
- Hypothèse 1 : L'accès à des aménagements du travail en fin de carrière contribue positivement à (a) la santé générale, (b) au bien-être au travail et (c) à l'intention de continuer à travailler.

1.2.2. Les effets plus positifs des aménagements du travail dans le cas des femmes en comparaison aux hommes

Il y a plusieurs raisons qui laissent penser que les femmes pourraient davantage bénéficier des effets positifs des aménagements du travail en fin de carrière.

Premièrement, les femmes sont plus fréquemment engagées dans des métiers à lourde charge émotionnelle², comme par exemple les métiers liés aux soins et à l'enseignement (Janssens, Bourdeaud'hui, & Vanderhaeghe, 2022), qui peuvent induire de l'épuisement émotionnel. Elles occupent également plus souvent et plus longtemps des emplois impliquant de longues stations assises ou debout, et/ou des tâches répétitives, ce qui peut augmenter le risque de souffrir des troubles musculo-squelettiques (TMS) (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017). Les femmes, et particulièrement les femmes plus âgées, sont plus susceptibles d'être harcelées, persécutées, de subir de la violence psychologique au travail, en comparaison aux hommes (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017; EuroHealthNet, 2022). Il est donc nécessaire de se pencher en particulier sur la manière dont des conditions de travail saines et de qualité peuvent être offertes aux femmes.

Figure 1 : Modèle de recherche de l'hypothèse 1



2 Les métiers à lourde charge émotionnelle sont des métiers qui nécessitent de se soucier et de prendre soin d'autrui, de lui créer un environnement confortable, parfois aux dépens de son propre confort.

Deuxièmement, et c'est malheureusement un sujet encore trop tabou : la ménopause affecte le bien-être au travail de nombreuses femmes. Les déséquilibres hormonaux peuvent ainsi engendrer chez certaines femmes ménopausées des symptômes tels que des bouffées de chaleur, des troubles de la concentration et de la mémoire, ou encore des problèmes de sommeil (Carter, Jay, & Black, 2021; EuroHealthNet, 2022). Dans la mesure où les œstrogènes sont connus pour être cardioprotecteurs par les mécanismes vasculaires qu'ils induisent, la perte d'une présence dominante d'œstrogènes, associée à un travail physique ou à des environnements chauds, pourrait exacerber davantage les risques connus de maladies cardiovasculaires chez les femmes ménopausées (Barnes & Charkoudian, 2021; Carter, Jay, & Black, 2021). De plus, la fatigue mentale engendrée par la déprivation de sommeil peut augmenter le temps passé sur les tâches, détériorer les performances et réduire la capacité de la travailleuse à se concentrer sur les tâches (Lorist, 2000; Carter, Jay, & Black, 2021). Malgré l'impact que la ménopause peut avoir sur les femmes lorsqu'elles travaillent, il y a encore trop de lacunes dans la recherche, et très peu d'interventions pratiques et politiques, pour prévenir et promouvoir la santé de ces travailleuses (EuroHealthNet, 2022).

Troisièmement et dernièrement, un nombre très élevé de personnes (44 millions en Europe) fournissent des soins de manière informelle à des proches (Loriato, 2022). Or ces responsabilités de soins sont majoritairement assumées par des femmes, ce qui engendre un « *gender employment gap* » (Loriato, 2022), c'est-à-dire une différence entre le taux d'emploi des hommes et des femmes âgés de 20 à 64 ans (Eurostat, 2022). Ce soin à prodiguer à un proche tout en essayant de poursuivre une carrière affecte le bien-être de nombreuses femmes tout au long de leur carrière, y compris en fin de carrière, en raison d'une surcharge de travail qui peut engendrer un déséquilibre permanent entre vie privée et professionnelle. Certaines femmes n'ont parfois pas d'autres solutions que de se retirer du marché du travail pour prendre soin de leurs parents (Loriato, 2022), ou de continuer à travailler tout en s'occupant d'eux, certaines travailleuses ne pouvant pas se permettre financièrement de diminuer leur temps de travail (Henry, Morissens, & Streel, 2022). La pandémie de COVID-19 a par ailleurs accentué certains effets négatifs du rôle d'aideur proche, en augmentant leur risque d'être en burnout, d'avoir une santé mentale détériorée, ou la crainte de perdre leur emploi (Loriato, 2022).

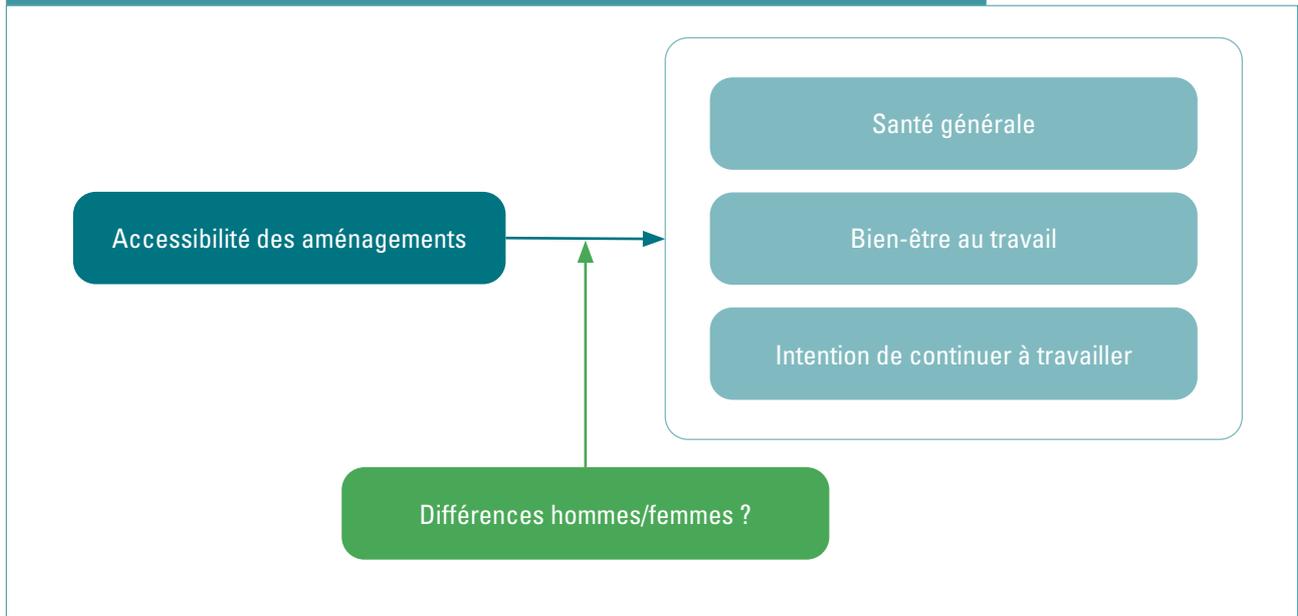
Dans la mesure où les femmes (en fin de carrière) sont plus susceptibles d'exercer des métiers à lourde charge émotionnelle ou impliquant de longues stations assises, debout ou des tâches répétitives ; d'être victimes de harcèlement et de violence au travail ; de ressentir les effets négatifs de la ménopause sur leur travail en fin de carrière ; et de prendre soin d'un ou de plusieurs proches de manière informelle, nous supposons que leur santé, leur bien-être au travail et leur intention de continuer à travailler seront plus positivement impactés par l'accès à des aménagements du travail, en comparaison aux hommes. Cette hypothèse est représentée dans la figure 2.

- Hypothèse 2 : L'accès à des aménagements du travail a plus d'impact sur (a) la santé générale, (b) le bien-être au travail et (c) l'intention de continuer à travailler, chez les femmes par rapport aux hommes.

1.2.3. L'effet protecteur des aménagements sur les difficultés vécues en fin de carrière

Notre étude précédente sur les vécus et les besoins des travailleurs et travailleuses en fin de carrière a révélé que certaines difficultés personnelles et professionnelles apparaissent de plus en plus avec l'âge (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Au niveau personnel, ces difficultés peuvent être d'ordre physique (par exemple, plus grande difficulté à récupérer, moins bonne audition), mental (sentiment de solitude), financier (charges financières à assumer) ou de conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Au niveau professionnel, ces difficultés peuvent être liées à la manière dont le travail est organisé (par exemple, changements organisationnels), aux conditions de travail (les horaires de travail), à son contenu (charge de travail), aux conditions de vie (bruit sur le lieu de travail) ou encore aux relations interpersonnelles. Ces difficultés peuvent influencer négativement le bien-être, la santé ou l'intention de continuer à travailler en fin de carrière. Cependant, les entretiens ont aussi suggéré que des aménagements comme le fait d'avoir un entretien systématique pour discuter des besoins et des difficultés vécues en fin de carrière, des aménagements au niveau de l'horaire, une reconnaissance ou encore une bonne ambiance de travail, peuvent contribuer au bien-être en fin de carrière. D'autres études suggèrent également que les aménagements en fin de carrière peuvent aider les travailleurs plus âgés à préserver leur santé et leur motivation en fin de carrière (Bourdeaud'hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021; Médecine pour le peuple, 2022).

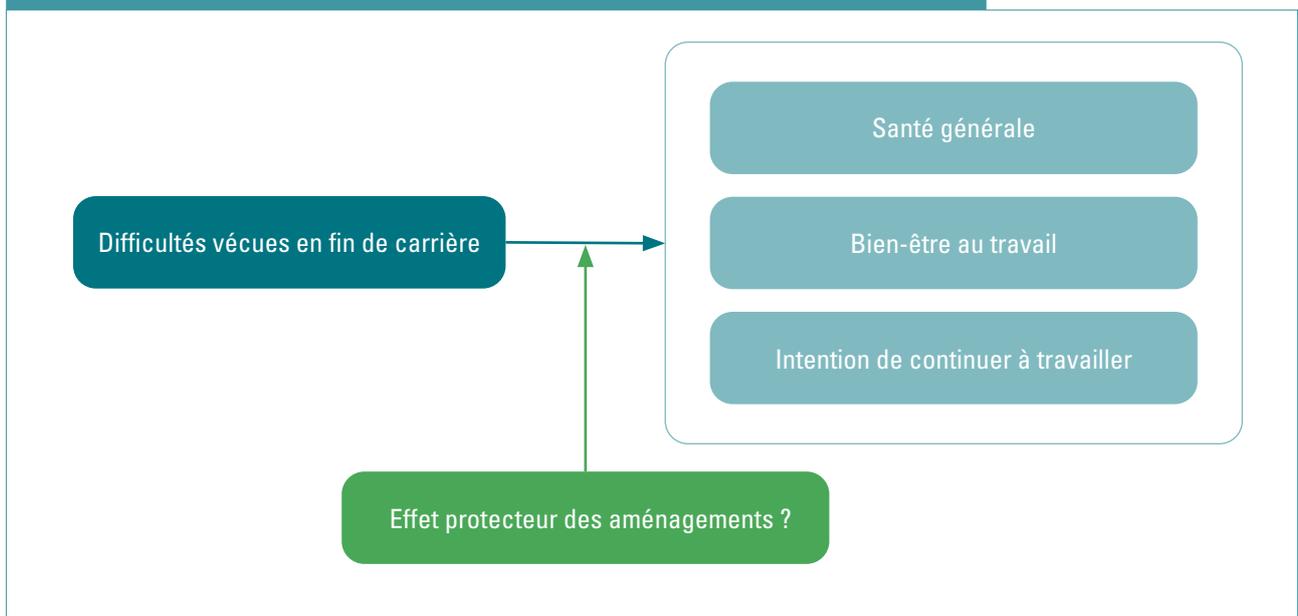
Figure 2 : Modèle de recherche de l'hypothèse 2



Sur base de ces constats, notre troisième hypothèse suppose, que l'accès à des aménagements du travail protège de l'impact négatif des difficultés vécues en fin de carrière sur la santé générale, le bien-être au travail, et l'intention de continuer à travailler. Cette hypothèse est représentée dans la figure 3.

- Hypothèse 3 : L'accès à des aménagements du travail protège de l'impact négatif des difficultés vécues en fin de carrière sur (a) la santé générale, (b) le bien-être au travail, et (c) l'intention de continuer à travailler.

Figure 3 : Modèle de recherche de l'hypothèse 3



2. Méthode

2.1. Collecte de données et profil des participant-es

Les données ont été recueillies par le biais d'une enquête en ligne envoyée début juin 2022 à un échantillon des membres de la MC âgés de 55 à 64 ans, qui étaient actuellement au travail. Au total, 66.746 personnes ont été contactées (20.850 francophones, 45.896 néerlandophones), ce qui a donné lieu à 4.639 questionnaires répondus entièrement. Un peu plus de la moitié des participant-es sont des femmes (54%), et le niveau d'éducation est relativement élevé (60% des répondant-es ont au moins un diplôme de l'enseignement supérieur de type court ou long). L'âge moyen des participant-es est de 59 ans (écart-type = 2,6 ans).

Au niveau familial, la majorité des participant-es sont en couple (73%) et ont des enfants (83%). Alors que trois participant-es sur quatre n'ont plus de personne à charge financièrement (76%), un tiers prend soin d'un parent proche en

perte d'autonomie (35%), le plus fréquemment entre 1h et 8h par semaine (62%).

Au niveau professionnel, la majorité des participant-es sont des employé-es (cadres compris) (84%), encore au travail (87%), et travaillent à temps plein (57%). Les participant-es sont actif-ves dans les secteurs privés marchands (41%), privés non-marchands (27%) et public (32%). Une description de l'échantillon est disponible dans le tableau 1.

2.2. Opérationnalisation des variables

Après avoir interrogé les participant-es sur leur situation socio-démographique (par exemple : âge, sexe, situation conjugale) et sur leur contexte d'emploi, le questionnaire comportait des questions (« items ») mesurant les variables d'intérêt du modèle de recherche.

- **Les difficultés vécues en fin de carrière**, dans le contexte personnel (par exemple, « Je me sens rapidement fatigué-e ») et professionnel (par exemple, « J'éprouve des difficultés face aux changements organisationnels »),

Tableau 1 : Description de l'échantillon

Critères	Description	N	%
Sexe	Homme	2.143	46
	Femme	2.496	54
Situation familiale	En couple ou marié	3.391	73
	Veuf-ve, divorcé-e ou séparé-e	547	12
	Célibataire	701	15
Niveau de formation	Enseignement primaire	68	2
	Enseignement secondaire inférieur	460	10
	Enseignement secondaire supérieur	1.317	28
	Enseignement supérieur de type court	1.867	40
	Enseignement supérieur de type long	927	20
Situation professionnelle	Actuellement au travail	4.061	87
	En incapacité de travail ou en invalidité complète	212	5
	En temps partiel au travail pour raisons médicales	159	3
	Demandeur-se d'emploi ou au foyer	45	1
	En prépension, en régime de chômage avec complément d'entreprise ou retraité-e	162	4
Régime de travail	Temps plein	2.638	57
	Temps partiel	2001	43
Fonction	Employé-e (cadre inclus)	3.879	84
	Ouvrier	726	15
	Indépendant	34	1
Secteur	Secteur privé - non marchand	1.224	27
	Secteur privé - marchand	1.912	41
	Secteur public (enseignement compris)	1.503	32

Note. N indique le nombre de participant-es.

ont été mesurées sur une échelle de Likert allant de un (jamais) à cinq (toujours) avec respectivement, 13 et 19 items. Les items ont été construits sur base des résultats de l'étude qualitative sur le vécu en fin de carrière, menée par la MC en 2022 (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Après avoir conduit une analyse factorielle³, nous avons dû retirer un item pour l'échelle des difficultés personnelles. Les échelles avaient des alpha de Cronbach⁴ satisfaisants ($\alpha = .84$ pour les difficultés personnelles et $\alpha = .88$ pour les difficultés professionnelles). Un score élevé à ces échelles signifie donc avoir un score élevé de difficultés personnelles et/ou professionnelles.

• **L'accès aux aménagements du travail en fin de carrière**, a été mesuré en demandant aux participant-es d'évaluer dans quelle mesure les conditions et aménagements du travail présentés sont accessibles, sur leur lieu de travail, dans le sens où il est possible pour eux-elles de les utiliser, sur une échelle de Likert allant de un (pas du tout accessible) à cinq (tout à fait accessible). Il s'agit donc, comme pour les autres échelles, d'une mesure auto-rapportée et subjective : nous n'avons pas mesuré dans quelle mesure les organisations proposent effectivement ces aménagements. Les items ont également été construits sur base de l'étude menée par la MC (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Sur base des analyses factorielles exploratoires, cinq grandes catégories de conditions ou d'aménagements du travail ont émergées⁵. Le tableau 2 ne reprend que quelques exemples.

Tableau 2 : Les cinq grandes catégories de conditions ou d'aménagements du travail investigués dans cette étude

Catégorie	Exemples du questionnaire Dans quelle mesure avez-vous accès à ... :
1) Conditions de travail de qualité liées aux aspects relationnels, motivationnels et de sécurité d'emploi (9 items, $\alpha = .86$)	<ul style="list-style-type: none"> • de bonnes relations avec votre responsable direct/ supérieur-e hiérarchique • un travail motivant, que vous prenez plaisir à faire • une sécurité d'emploi
2) Aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail (10 items, $\alpha = .84$)	<ul style="list-style-type: none"> • la possibilité de faire du télétravail • la possibilité d'aménager vos horaires de travail • des équipements de travail adaptés, ergonomiques
3) Aménagements organisationnels (7 items, $\alpha = .89$)	<ul style="list-style-type: none"> • un entretien systématique avec la direction en fin de carrière, où sont discutés les besoins et difficultés éventuellement vécus, et les possibilités d'aménagement du travail • une organisation favorisant des démarches participatives
4) Aménagements en termes de réduction du temps de travail (2 items, $r = .68^{***}$)	<ul style="list-style-type: none"> • une réduction du temps de travail vers un mi-temps ou un 4/5^{ème}
5) Aménagements liés à la santé et la préparation à la retraite (5 items, $\alpha = .71$)	<ul style="list-style-type: none"> • un check-up annuel médical pris en charge par votre employeur • des séances de sport ou de détente • un accompagnement dans votre préparation à la retraite

3 L'analyse factorielle est une méthode statistique qui a pour but de réduire une matrice de données obtenues par questionnaire fermé. Elle a pour objectif d'extraire des facteurs communs qui expliqueraient un maximum de la masse de variance totale. Autrement dit, cette méthode va permettre de rassembler les différentes questions qui abordent le même thème, en grands facteurs, chacun représentant un thème distinct.

4 L'alpha de Cronbach est une mesure de la cohérence interne (ou de l'homogénéité) d'une échelle composée de plusieurs items, les réponses aux items d'une même échelle portant sur un même sujet devant être corrélées. Il indique dans quelle mesure les items d'une échelle constituent une mesure équivalente d'un même concept.

5 Notons que la réduction de la charge de travail n'a pas été retenue parmi les aménagements investigués, car elle ne se rapportait à aucun des thèmes identifiés sur base des analyses factorielles.

2.2.1. Mesures de la santé générale

- La **santé mentale** a été mesurée sur une échelle de Likert allant de un (beaucoup moins que d'habitude) à cinq (beaucoup plus que d'habitude) avec douze items (par exemple, « Récemment, et en particulier ces dernières semaines : avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ? ») ($\alpha = .89$) de l'échelle « *General Health Questionnaire* » (Goldberg, 1972). Les items formulés négativement ont été retournés de sorte qu'un score élevé à cette échelle signifie avoir une bonne santé mentale.
- La **santé physique** a été mesurée sur une échelle de Likert allant de un (beaucoup moins que d'habitude) à cinq (beaucoup plus que d'habitude) avec six items (par exemple, « Récemment, et en particulier ces dernières semaines : avez-vous ressenti des maux de tête ? ») ($\alpha = .80$) adaptés du questionnaire sur les facultés de travail (Fonds pour l'expérience professionnelle, 2009). Les items ont été retournés de sorte qu'un score élevé à cette échelle signifie avoir une bonne santé physique.

2.2.2. Mesures du bien-être au travail

- L'**incapacité de travail inférieure ou supérieure à un mois** a été mesurée en demandant aux participant-es le nombre de fois (de 0 à 4 fois ou plus) où ils ont connu une période d'incapacité de travail, inférieure ou supérieure à un mois.
- La **satisfaction au travail** a été mesurée sur une échelle de Likert allant de un (pas du tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord) avec quatre items (par exemple, « Si un bon ami me disait qu'il est intéressé par le fait d'occuper un job comme le mien, je le lui recommanderais fortement »), ($\alpha = .90$) (Eisenberger, Cummings, Armeli, & Lynch, 1997). Un score élevé à cette échelle signifie donc avoir un score élevé de satisfaction au travail.
- Le **burnout** a été mesuré en demandant aux participant-es comment ils se sentent au travail, via les neuf items mesurant la composante d'épuisement émotionnel (par exemple, « Vous vous sentez émotionnellement vidée par votre travail ») ($\alpha = .92$) (Maslach & Jackson, 1981). L'échelle de réponse allait de un (jamais) à cinq (toujours), de sorte qu'un score élevé à cette échelle signifie donc avoir un score élevé de burnout.

2.2.3. Mesures du maintien dans l'emploi

- Les **intentions de retraite anticipée** ont été mesurées via 3 items (par exemple, « Si je le pouvais, je souhaiterais prendre une retraite anticipée ») ($\alpha = .83$) (Gaillard & Desmette, 2008), sur une échelle allant de un (pas du tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord). Un score élevé à cette échelle signifie donc avoir un score élevé d'intention de pré-retraite.
- L'**intention de poursuivre une activité (rémunérée ou non rémunérée)** après avoir pris sa retraite a été mesurée au travers de 5 items adaptés (Bennett, Beehr, & Lepisto, 2016), par exemple « Après avoir pris ma retraite, j'aimerais continuer à travailler à temps plein, de manière rémunérée », sur une échelle allant de un (pas du tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord). Suite aux analyses factorielles, un item a été enlevé, de sorte que chaque sous-échelle comportait 2 items qui corrôlaient bien entre eux⁶ ($r = .51$, $p < .001$ pour l'intention de poursuivre une activité rémunérée, et $r = .39$, $p < .001$ pour l'intention de poursuivre une activité non rémunérée).

Le questionnaire comportait enfin quelques questions supplémentaires (par exemple, des questions sur la connaissance de la CCT n°104 ou plan pour l'emploi des travailleurs et travailleuses âgés). Le questionnaire comportait au total 70 questions et a été encodé en ligne dans la plateforme *Checkmarket*.

2.3. Analyses

Pour répondre aux questions de recherche et tester les hypothèses, de nombreuses analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

Dans nos analyses, nous avons traité nos variables indépendantes et dépendantes, codées de un à cinq, de manière quantitative. Les variables indépendantes sont celles dont on suppose qu'elles auront un effet sur nos variables dépendantes. Il s'agit dans notre étude de :

- l'accès aux aménagements du travail pour le test de l'hypothèse 1 ;
- l'accès aux aménagements du travail et le genre pour le test de l'hypothèse 2 ;
- les difficultés personnelles et professionnelles et l'accès aux aménagements pour le test de l'hypothèse 3.

6 Lorsqu'une échelle ne comporte que 2 items, il est préférable de calculer un coefficient de corrélation plutôt qu'un alpha de Cronbach. Ce coefficient indique également la force de la relation entre les deux variables et indique donc si elles mesurent bien le même construit.

Les variables dépendantes sont la santé, le bien-être au travail et l'intention de continuer à travailler, pour les trois hypothèses.

Nous avons tout d'abord réalisé un tableau de corrélations (voir l'annexe à cette étude), qui nous a permis de voir comment les variables indépendantes et dépendantes sont liées une à une, et d'identifier les variables socio-démographiques qui sont significativement liées à nos variables dépendantes, et qui seront contrôlées dans les analyses de régressions multiples (variables contrôles). Ensuite, nous avons réalisé nos analyses de régression linéaires multiples, en intégrant dans un premier temps uniquement les variables contrôles, puis en y ajoutant les variables indépendantes dont on teste l'effet sur les variables dépendantes⁷. Ces analyses nous fournissent des coefficients de régression (β), qui nous indiquent la mesure dans laquelle les variables dépendantes (Y) (ici, la santé par exemple), sont liées aux variables indépendantes (X) (ici, l'accès aux aménagements par exemple) sur base de l'équation ci-dessous (p étant le nombre de prédicteurs intégrés dans la régression) :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p X_p + \varepsilon$$

Le coefficient de régression et son signe indiquent donc dans quelle mesure la variable dépendante varie en fonction du niveau pris sur la variable indépendante : s'il est positif, cela signifie qu'au plus le score sur la variable indépendante augmente, au plus le score sur la variable dépendante augmente également. S'il est négatif, cela signifie qu'au plus le score sur la variable indépendante augmente, au plus le score sur la variable dépendante diminue. Par exemple, un coefficient de régression positif entre l'accès aux aménagements en termes d'espace, de temps et d'équipements de travail (variable indépendante) et la santé physique (variable dépendante) nous indique qu'au plus l'accès à ces aménagements est perçu comme élevé, au plus le score en santé physique sera élevé.

Dans la mesure où l'étude a été réalisée sur un échantillon de participant-es, des tests statistiques sont nécessaires pour vérifier si les relations observées entre les variables dans l'échantillon peuvent être inférées à la population à laquelle appartient cet échantillon. À chaque coefficient de régression est donc associé une p-valeur : il s'agit du niveau de signification représentant la probabilité de l'occurrence d'un événement donné, dans un test d'hypothèse statistique. Si la p-valeur associée au coefficient de régression est inférieure à .05, .01 ou .001, cela veut dire que la relation entre nos variables est significative, c'est-à-dire qu'elle a peu de chances d'être due au hasard et qu'elle peut être inférée à la population.

Lorsque nous testons un effet d'interaction sur notre variable dépendante (Y) dans les hypothèses 2 et 3, nous testons si la relation entre la variable indépendante x_1 et la variable dépendante y varie en fonction du niveau pris sur la variable modératrice x_2 :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_1 x_2 \dots + \beta_p X_p + \varepsilon$$

Par exemple, dans l'hypothèse 3 de cette étude, nous testons si l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi (variable indépendante x_1), a des effets plus positifs sur la santé mentale (variable dépendante Y), lorsque les répondant-es sont des femmes (variable modératrice x_2).

7 Cette manière de procéder, où nous introduisons simultanément plusieurs variables dans notre modèle, nous permet de tester l'effet de variables indépendantes sur nos variables dépendantes, en tenant compte de l'effet des autres variables indépendantes introduites dans le modèle. Ceci permet d'identifier les variables (les plus) significatives, compte tenu des autres variables présentes dans le modèle. Pour avoir les relations entre les variables sans tenir compte d'autres variables, vous pouvez vous référer au tableau de corrélations présenté en annexe.

3. Résultats

Avant de présenter les résultats des hypothèses testées, nous présentons les résultats des corrélations, c'est-à-dire des relations entre les variables prises une à une (tableau en annexe). Concernant la santé (santé mentale et physique) et le bien-être au travail, toutes les relations sont significatives et vont dans le sens attendu : l'accès à chaque type d'aménagement est positivement lié à ces variables. Par exemple, les aménagements en termes relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi sont positivement liés à la santé mentale ($r = .41, p < .001$), et négativement au burnout ($r = -.48, p < .001$). Concernant l'incapacité de travail, presque tous les types d'aménagements y sont négativement liés. Seuls les aménagements en termes de réduction du temps de travail ne sont pas liés à l'incapacité de courte durée, et sont positivement liés à l'incapacité de longue durée ($r = .08, p < .001$). Une hypothèse explicative à ce résultat serait que certaines personnes qui ont accès à la réduction du temps de travail ont plus souvent connu une période d'incapacité de longue durée dans leur emploi actuel. Enfin, concernant le maintien dans l'emploi, tous les aménagements, à l'exception de la réduction du temps de travail, sont bien négativement liés à l'intention de pré-retraite, et sont positivement liés à l'intention de poursuivre une activité rémunérée après la retraite. Seuls deux types d'aménagements (aménagements en termes relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi et aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail) sont positivement liés à l'intention de poursuivre une activité non-rémunérée après la retraite. Dans ce qui suit, nous présentons les résultats obtenus suite aux ana-

lyses effectuées pour tester les hypothèses. Les résultats seront ensuite discutés dans la partie « Discussion ».

3.1. L'association entre l'accès à des aménagements et la santé, le bien-être, et le maintien dans l'emploi (hypothèse 1)

Pour cette première hypothèse, nous avons investigué si l'accès à des aménagements du travail est significativement lié à la santé, au bien-être au travail, et à l'intention de continuer à travailler en fin de carrière. Des tableaux avec les résultats pour chaque variable dépendante sont présentés dans ce qui suit (Tableaux 3, 4 et 5). Les résultats rapportés dans les tableaux concernent ici la dernière étape des analyses de régressions hiérarchiques (« bloc 2 »).

3.1.1. Santé générale

Conformément à l'hypothèse 1a, les résultats ont montré que l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, et l'accès à des aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail, sont positivement liés à la santé mentale et à la santé physique. Le coefficient de régression β étant positif et significatif ($p < .001$), cela signifie que plus la personne perçoit qu'elle a accès à ces aménagements, plus elle évaluera positivement sa santé mentale et physique. Les aménagements organisationnels contribuent également positivement à la santé mentale puisqu'ils sont positivement liés à celles-ci. Par contre,

Tableau 3 : Résultats des analyses de régression sur la santé mentale et la santé physique

		Variables dépendantes	
		Santé mentale	Santé physique
Variables de contrôle	Langue	-.05***	
	Sexe	-.12***	-.10***
Variables indépendantes d'accès aux aménagements	Relationnels, motivationnels, sécurité d'emploi	.35***	.18***
	Espace, temps, équipements de travail	.07***	.11***
	Réduction du temps de travail	-.00	.01
	Organisationnels	.04*	.00
	Santé et préparation à la retraite	.01	-.01

Note. $N = 4639$. Les coefficients de régression standardisés (β) sont indiqués. Le sexe est codé 0 = masculin et 1 = féminin. La langue est codée 0 = néerlandophone et 1 = francophone.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

l'hypothèse 1a n'est pas soutenue pour les aménagements en termes de réduction de temps de travail ou ceux liés à la santé et à la préparation à la retraite, puisqu'ils ne sont pas significativement liés à la santé (mentale et physique) dans ce modèle. Cela signifie que dans ce modèle, ces types d'aménagements n'ont pas d'influence sur la santé mentale et physique.

3.1.2. Bien-être au travail / incapacité de travail

De nouveau, l'hypothèse 1b est vérifiée pour l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, et pour l'accès à des aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail, qui sont positivement liés à la satisfaction au travail et négativement au burnout, et négativement à l'incapacité de travail de courte et de longue durée. Plus les participant-es perçoivent un accès élevé à ces deux types d'aménagements, plus ils et elles sont en moyenne, satisfaits de leur travail, et moins leurs scores de burnout ou d'incapacité de travail sont élevés. L'hypothèse 1b est partiellement vérifiée pour l'accès à des aménagements organisationnels, qui sont positivement liés à la satisfaction au travail, et négativement à l'incapacité de travail de longue durée.

Par contre, l'hypothèse 1b est infirmée pour l'accès à des aménagements en termes de réduction du temps de travail et ceux portant sur la santé/préparation à la retraite : la réduction du temps de travail est négativement liée à la satisfaction au travail, et positivement à l'incapacité de travail de longue durée, alors que les aménagements en termes de santé et de préparation à la retraite sont positivement liés au burnout et aux deux types d'incapacité de travail. Ces résultats sont cependant à interpréter avec prudence. Premièrement, dans le tableau de corrélations en annexe, ces deux aménagements sont positivement corrélés à la satisfaction au travail, et négativement au burnout. Un changement de signe dans l'analyse de régression peut parfois se produire en raison des autres variables introduites dans le modèle. Deuxièmement, il se peut que les personnes qui ont réduit leur temps de travail sont celles en moins bonne santé ou moins satisfaites de leur travail. De la même manière, il est possible que celles qui ont accès à des aménagements liés à la santé/préparation à la retraite soient celles qui ont connu un épisode d'incapacité de travail ou un burnout. Pour vérifier si ces aménagements améliorent la santé et le bien-être au travail, il faudrait faire une étude de type longitudinal⁸.

Tableau 4 : Résultats des analyses de régression sur la satisfaction au travail, le burnout et l'incapacité de travail

		Variables dépendantes			
		Satisfaction au travail	Burn-out	Incapacité de travail < 1 mois	Incapacité de travail > 1 mois
Variables de contrôle	Âge		-.08***		
	Sexe		.10***		
	Niveau d'éducation			-.10***	-.13***
Variables indépendantes d'accès aux aménagements	Relationnels, motivationnels, sécurité d'emploi	.52***	-.38***	-.10***	-.06**
	Espace, temps, équipements de travail	.12***	-.21***	-.10***	-.16***
	Réduction du temps de travail	-.03*	-.01	.01	.12***
	Organisationnels	.07***	-.02	-.01	-.05**
	Santé et préparation à la retraite	-.01	.03*	.05*	.07***

Note. N = 4639. Les coefficients de régression standardisés (β) sont indiqués. Le sexe est codé 0 = masculin et 1 = féminin. L'âge est une variable continue. Le niveau d'éducation est codé de 1 (enseignement primaire) à 5 (enseignement supérieur de type long).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

8 Une étude longitudinale suit une population au cours du temps. Elle permettrait par exemple d'évaluer si les individus qui ont réduit leur temps de travail dans un premier temps ont une meilleure santé ou un meilleur bien-être au travail, dans un second temps.

3.1.3. Maintien dans l'emploi

À l'exception de l'accès à la réduction du temps de travail, qui est positivement liée à l'intention de pré-retraite et négativement à l'intention de poursuivre une activité rémunérée après avoir pris la retraite, les quatre autres types d'aménagements sont positivement liés au maintien dans l'emploi (H1c) dans notre modèle. Ainsi, plus les répondant-es perçoivent un accès élevé aux conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, et aux aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail, moins ils souhaitent prendre une retraite anticipée. Ils-elles souhaitent davantage poursuivre une activité rémunérée après leur retraite lorsqu'ils-elles ont accès à des aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail, à des aménagements organisationnels et liés à la santé/préparation à la retraite. Par contre, concernant la poursuite d'une activité non rémunérée, seuls les aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail semblent avoir une influence significative et positive.

3.1.4. Résumé des résultats

Les aménagements qui semblent le plus favoriser la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi en fin de carrière sont les conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, et les aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail. Les aménagements organisationnels contribuent également, mais dans une moindre mesure, à préserver du risque d'incapacité de travail de longue durée, et à préserver la santé mentale, la satisfaction au travail et la poursuite d'une activité rémunérée après la retraite. Les effets potentiellement positifs des aménagements en termes de réduction du temps de travail ou liés à la santé/préparation à la retraite étaient moins concluants, peut-être en raison du fait que les personnes qui ont accès à ces aménagements sont celles ayant déjà une moins bonne santé.

Tableau 5 : Résultats des analyses de régression sur l'intention de pré-retraite, et l'intention de poursuivre une activité rémunérée ou non rémunérée après la retraite

		Variables dépendantes		
		Intention de pré-retraite	Intention de poursuivre une activité rémunérée	Intention de poursuivre une activité non-rémunérée
Variables de contrôle	Âge	-.09***		
	Sexe		-.07***	
	Éducation	-.17***		.21***
	Statut conjugal	.12***		
	Nombre de personnes à charge		.11***	
Variables indépendantes d'accès aux aménagements	Relationnels, motivationnels, sécurité d'emploi	-.17***	.00	-.02
	Espace, temps, équipements de travail	-.14***	.08***	.08***
	Réduction du temps de travail	.09***	-.11***	-.01
	Organisationnels	-.02	.04*	-.01
	Santé et préparation à la retraite	.01	.06**	.02

Note. N = 4639. Les coefficients de régression standardisés (β) sont indiqués. Le sexe est codé 0 = masculin et 1 = féminin. L'âge est une variable continue. L'éducation est codée de 1 = enseignement primaire à 5 = enseignement supérieur de type long. Le statut conjugal est codé 0 = seul ou 1 = en couple.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

3.2. Les différences entre les hommes et les femmes concernant les effets bénéfiques des aménagements (hypothèse 2)

Pour cette deuxième hypothèse, nous avons investigué si l'accès à des aménagements du travail en fin de carrière est davantage bénéfique pour les femmes que pour les hommes.

Avant de présenter le résultat des tests d'hypothèse, les différences entre hommes et les femmes au niveau des variables de santé, de bien-être au travail et de maintien dans l'emploi ont été examinées. Les résultats montrent que les femmes ont des scores de santé, de bien-être au travail et d'intention de poursuivre une activité après la retraite, inférieurs à ceux des hommes sur toutes les variables, à l'exception de l'intention de pré-retraite, dans le sens où les femmes ont en moyenne moins l'intention de prendre une retraite anticipée que les hommes.

3.2.1. Santé générale

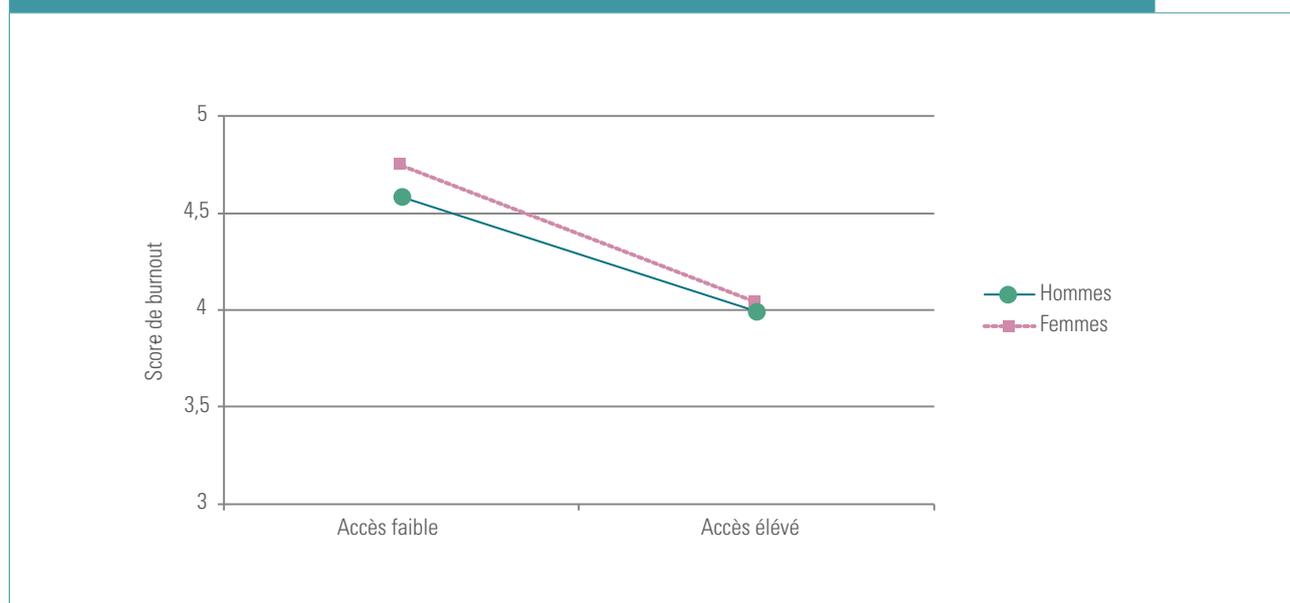
Les analyses n'ont pas montré que l'accès à certains types d'aménagements est plus bénéfique pour la santé mentale et physique des femmes en comparaison à celle des hommes. L'hypothèse 2a est donc infirmée.

3.2.2. Bien-être au travail / incapacité de travail

Par contre, l'hypothèse 2b est partiellement confirmée : les analyses ont ainsi montré que lorsque l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi est faible, cela impacte davantage négativement la satisfaction au travail des femmes. En d'autres termes, lorsque les femmes ont un faible accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, leur score de satisfaction est plus bas que celui des hommes. Au niveau du burnout, l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité, ainsi qu'à des aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail sont également plus négativement associés au burnout chez les femmes que chez les hommes. Autrement dit, ces deux types d'aménagements contribuent à diminuer le niveau de burnout, et c'est encore plus le cas chez les femmes que chez les hommes. La figure 4 permet de visualiser cet effet d'interaction. L'axe vertical indique le score de burnout dans ce modèle, mesuré sur une échelle allant de un à cinq. Attention, il ne s'agit pas ici du score moyen de burnout dans cette étude, qui est de 2.70, avec un écart-type de 0.83. La figure montre ainsi que lorsque les femmes (ligne rose) ont un accès faible à des aménagements en termes d'espace, de temps et d'équipements de travail, leur score de burnout est plus élevé que celui des hommes (ligne verte).

Par contre, aucun effet différencié, selon le sexe, de l'accès aux aménagements, n'a été trouvé sur l'incapacité de travail.

Figure 4 : L'effet du niveau d'accès aux aménagements en termes d'espace, de temps et d'équipement de travail, sur le niveau de burnout, selon le sexe



3.2.3. Maintien dans l'emploi

Par rapport aux variables de maintien dans l'emploi : un seul effet différencié est apparu, mais cette fois, c'est pour les hommes qu'il est apparu de manière plus prononcée. Ainsi, un accès élevé à des aménagements liés à la santé et à la préparation à la retraite est plus positivement lié à l'intention d'exercer une activité rémunérée après la retraite chez les hommes par rapport aux femmes. Aucun autre effet différencié selon le sexe n'a été trouvé sur les autres variables liées au maintien dans l'emploi (intention de pré-retraite et activité non rémunérée). Comme nous supposions un effet plus prononcé de tous les aménagements chez les femmes, l'hypothèse 2c est donc infirmée.

3.2.4. Résumé des résultats

En résumé, c'est uniquement sur des variables liées au bien-être au travail (burnout et satisfaction au travail) que des effets de genre apparaissent : un accès élevé à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité, ainsi qu'à des aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail, protège davantage les femmes du burnout, et préserve davantage leur satisfaction au travail.

3.3. L'effet protecteur de l'accès à des aménagements du travail (hypothèse 3)

Avant de présenter les résultats des effets potentiellement protecteurs de l'accès à des aménagements du travail quand des difficultés s'ajoutent avec l'âge, nous avons d'abord vérifié via des analyses de corrélations, si les difficultés vécues en fin de carrière sont délétères pour la santé générale, le bien-être et l'intention de continuer à travailler. Il ressort des résultats que tant les difficultés personnelles que professionnelles sont effectivement négativement liées à ces variables ($p < .001$). Nous avons par ailleurs vu dans le test de l'hypothèse 1, que l'accès à des aménagements du travail contribue à une meilleure santé, un meilleur bien-être au travail et une plus grande intention de continuer à travailler. Dans cette section, nous allons tester si l'accès aux aménagements protège d'au-

tant plus la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi, de ceux et celles qui vivent un nombre élevé de difficultés en fin de carrière, que ce soit au niveau personnel et/ou professionnel. Nous testons donc ici l'effet d'interaction entre le vécu de difficultés et l'accès aux aménagements (variables indépendantes), sur la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi (variables dépendantes).

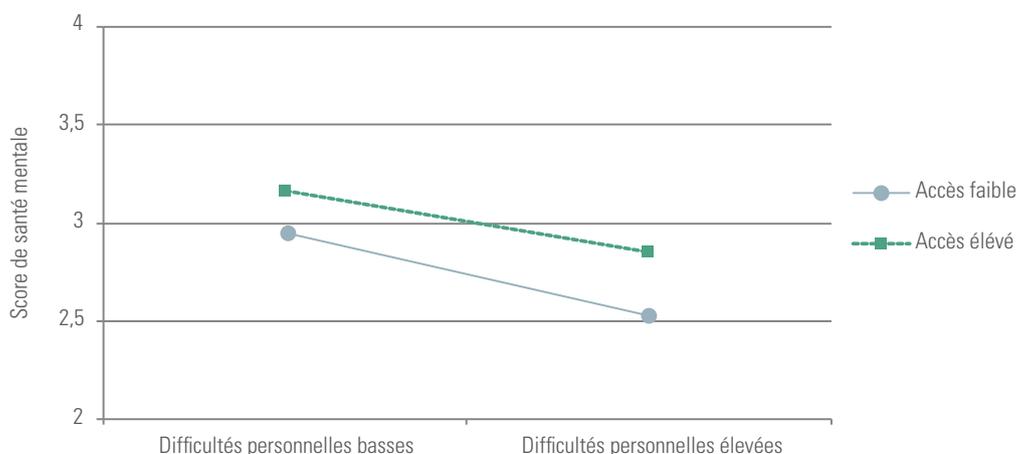
3.3.1. Conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi

Lorsque les travailleurs et travailleuses en fin de carrière vivent des difficultés au niveau *personnel* (par exemple, plus grande difficulté à récupérer, difficultés financières) *et/ou au niveau professionnel* (par exemple, changements organisationnels, manque de reconnaissance), avoir des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi les aident à **préserver leur santé mentale**. Cet effet est représenté dans la figure 5, qui montre que lorsque les participant-es ressentent beaucoup de difficultés au niveau personnel, le fait d'avoir un accès élevé (ligne verte) à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, leur permet d'avoir un score de santé mentale plus élevé, que dans la situation où ils ont un faible accès (ligne grise) à ces conditions.

Lorsqu'ils-elles vivent beaucoup de difficultés sur le *plan personnel*, les travailleurs et travailleuses qui ont un accès élevé à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, ont **moins l'intention** de prendre une **retraite anticipée**, **connaissent moins d'épisodes d'incapacité de travail de courte durée**, et ont une **santé physique** légèrement **meilleur**, que les travailleurs et travailleuses qui ont un accès faible à ces aménagements.

Les travailleurs et travailleuses qui vivent beaucoup de difficultés sur le *plan professionnel* mais qui ont accès à ces conditions de travail rapportent légèrement **moins d'épisodes d'incapacité de travail de courte durée**, et ont des scores de **burnout moins élevés**.

Figure 5 : L'effet protecteur des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi sur la santé mentale, face aux difficultés personnelles



3.3.2. Aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail

Les répondant-es qui vivent de nombreuses difficultés *au niveau personnel et/ou professionnel*, mais qui ont accès à des aménagements qui permettent d'organiser leur temps de travail, de décider où travailler et avec de bons équipements de travail, ont une **meilleure santé mentale**, et connaissent légèrement **moins d'épisodes d'incapacité de travail inférieure à un mois**.

En cas de difficultés *personnelles* élevées, ces aménagements contribuent à diminuer leur souhait de prendre une **retraite anticipée**, alors qu'en cas de difficultés élevées au niveau *professionnel*, l'accès à ces aménagements permet de **préserver** des scores légèrement plus faibles de **burnout**.

3.3.3. Aménagements en termes de réduction du temps de travail

Lorsque les difficultés sont élevées au *niveau personnel et/ou professionnel*, l'accès à une réduction du temps de travail permet de **préserver** des scores de **santé mentale** légèrement plus élevés que lorsqu'on n'a peu accès à ces aménagements. Par contre, le fait d'avoir un accès élevé à un temps de travail réduit est plus fortement associé au fait **d'avoir connu un ou plusieurs épisodes d'incapacité de travail supérieure à un mois**. Une hypothèse explicative est

que certaines personnes qui ont connu des périodes d'incapacité de longue durée ont probablement vécu des difficultés au niveau personnel et/ou professionnel, et ont ensuite repris le travail à temps partiel à leur retour d'incapacité.

3.3.4. Aménagements organisationnels

Lorsque les *difficultés personnelles et/ou professionnelles* sont élevées, avoir accès à des aménagements de type organisationnel peut contribuer à **préserver la santé mentale**. Par contre, en cas de *difficultés professionnelles* élevées, avoir accès à des aménagements organisationnels est lié à un niveau de **burnout** légèrement **supérieur** à celui des individus ayant un faible accès à ces aménagements. Il s'agit d'un résultat surprenant, même si la différence est très faible. Nous en discutons plus amplement dans la discussion ci-dessous.

3.3.5. Aménagements liés à la santé et à la préparation à la retraite

Comme les quatre autres types d'aménagements, le fait d'avoir accès à des aménagements liés à la santé (séances de sport, soutien psychologique) et de préparation à la retraite peut aider à **préserver la santé mentale**, lorsque les *difficultés personnelles et/ou professionnelles* sont élevées. Mais contrairement aux autres aménagements, ils aident aussi à **préserver la satisfaction au travail** en cas de difficultés élevées.

Les participant-es qui ont accès à ces types d'aménagements et qui vivent des difficultés élevées au niveau *professionnel* uniquement, semblent avoir très légèrement **moins d'épisodes d'incapacité de travail inférieure à un mois**, mais leur **intention de pré-retraite** est cependant **plus élevée**.

3.3.6. Résumé des résultats

De manière générale, l'hypothèse 3a (effet sur la santé générale) est confirmée pour la variable de santé mentale : lorsque les travailleurs et travailleuses sont confrontés à beaucoup de difficultés en fin de carrière, le fait d'avoir accès aux aménagements investigués dans cette étude va les aider à préserver leur santé mentale. Les hypothèses 3b (effet sur le bien-être au travail) et 3c (effets sur l'intention de continuer à travailler) sont partiellement soutenues également : des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel, et de sécurité d'emploi, et des aménagements en termes d'espace, de temps et d'équipements de travail, diminuent le risque de burnout et d'incapacité de travail de courte durée, lorsque les difficultés professionnelles sont élevées ; lorsque les difficultés personnelles sont élevées, ces aménagements diminuent l'intention de pré-retraite. Les aménagements organisationnels semblent être liés à un score plus élevé de burnout en cas de difficultés professionnelles élevées. Enfin, les aménagements liés à la santé et à la préparation à la retraite semblent quant à eux avoir un effet particulièrement bénéfique pour préserver la satisfaction au travail lorsque des difficultés se ressentent en fin de carrière.

4. Discussion

4.1. Limites et futures recherches

Avant de discuter des résultats et de présenter les recommandations, il est important de souligner les limites méthodologiques et conceptuelles inhérentes à cette étude.

Tout d'abord, dans la mesure où toutes les mesures ont été prises au même moment, on ne peut pas déduire de relations de cause à effet. C'est uniquement l'association positive entre les variables qui est observable. Pour identifier une relation de cause à effet, de futures études pourraient prendre les mesures en deux temps (étude longitudinale), où l'accès perçu aux aménagements du travail serait mesuré dans un premier temps, et les variables de santé, de bien-être et de maintien dans l'emploi, dans un second temps.

De plus, il s'agit de mesures autorapportées. Nous n'avons pas évalué dans quelle mesure les organisations proposent des aménagements de fin de carrière aux travailleurs et travailleuses interrogé-es. Ce que nous avons mesuré, ce sont les perceptions des répondant-es. Il s'agit donc de mesures subjectives et non objectives.

Par ailleurs, malgré une taille d'échantillon très importante ($N = 4.639$), nous ne pouvons pas dire que nos résultats sont représentatifs de l'ensemble des travailleurs et travailleuses en fin de carrière de la population de la Belgique. Cette étude incluait ainsi uniquement des membres francophones et néerlandophones de la MC, âgés entre 55 et 64 ans, et qui sont encore actifs sur le marché du travail, tous secteurs confondus. Par rapport à la population belge, notre échantillon comportait davantage d'employé-es (83,6%) que d'ouvrier-es et d'indépendants, et le niveau d'éducation de notre échantillon était également plus élevé (60,2% ont au moins un diplôme de l'enseignement supérieur de type court ou long). Les résultats de notre étude sont donc davantage généralisables pour les employé-es et les personnes ayant des niveaux d'éducation plus élevés, et ils auraient probablement été différents si d'autres profils avaient été plus représentés. Il serait intéressant que de futures recherches sur le sujet puissent davantage atteindre ces publics, au travers de méthodologie de terrain (par exemple, via des entretiens).

Enfin, d'un point de vue conceptuel, cette étude s'est intéressée à la thématique du genre concernant les effets des aménagements. Ce faisant, nous n'avons traité qu'une partie de la question liée aux inégalités. Afin de tenir compte

de facteurs liés aux inégalités sociales et à la pénibilité des métiers, de futures études pourraient investiguer la façon dont les aménagements de fin de carrière interagissent avec d'autres formes d'inégalités sociales, comme les inégalités économiques, les discriminations raciales, ou encore d'autres facteurs liés au travail, comme la pénibilité.

4.2. Recommandations

Malgré ces quelques limites, cette étude a permis de tester avec des analyses robustes, les relations entre l'accès perçu à des aménagements en fin de carrière et la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi, parmi un grand échantillon de répondant-es (N = 4.639). Les résultats obtenus permettent de formuler une série de recommandations que nous présentons dans des tableaux ci-dessous, après avoir résumé et discuté les résultats liés à chaque hypothèse. Notons que ces recommandations se basent sur la législation en vigueur au moment de la publication de cette étude (juin 2023).

4.2.1. Recommandation n°1 : rendre le travail soutenable, en proposant des aménagements et des conditions de travail de qualité, à toutes les étapes de la carrière

Nos analyses montrent que, parmi ceux investigués, les aménagements les plus favorables pour la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi en fin de carrière (hypothèse 1), sont d'une part les aménagements relationnels, motivationnels et de sécurité d'emploi, et d'autre part, les aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail.

Ces résultats soulignent l'importance d'avoir de bonnes relations au travail, d'avoir un travail motivant, qui a du sens, pour lequel les travailleurs et travailleuses se sentent reconnus, et une sécurité d'emploi. Ces résultats sont cohérents avec de nombreuses recherches sur le vieillissement au travail, qui ont démontré que les aspects socio-émotionnels au travail sont très importants pour les travailleurs âgés, en se basant sur la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999). Selon cette théorie, le vieillissement s'accompagne d'une perception du temps restant à vivre comme étant de plus en plus limité. Ce faisant, les aspects relationnels et de sens de la vie deviennent de plus en plus importants. Cependant, des aménagements plus matériels, comme le fait de pouvoir télétravailler, d'aménager ses horaires ou encore de prendre des congés supplémentaires pour récupérer, ainsi que des aménagements de type ergonomique (équipements adaptés, ne pas porter de

charges lourdes) sont aussi particulièrement importants. En effet, la théorie de la sélection, de l'optimisation et de la compensation (Baltes, 1997), suggère qu'il est important de mettre en place des stratégies pour faire face au déclin de ressources qui survient au cours du vieillissement. Ces deux aspects, socio-émotionnels et matériels, sont donc cruciaux en fin de carrière.

Par contre, **dans les modèles testés**, la réduction du temps de travail ne contribuait pas à une meilleure santé, un meilleur bien-être au travail ou au maintien dans l'emploi, ce qui peut s'expliquer par le fait que les personnes qui travaillent à temps partiel sont peut-être celles qui ont connu ou qui connaissent davantage de problèmes de santé. L'absence de lien entre la réduction du temps de travail et le burnout a également été trouvée dans une récente étude en Belgique démontrant que les travailleurs et travailleuses à temps partiel étaient tout autant susceptibles de développer un burnout, que leurs collègues à temps plein (du Bois, Sterkens, Lippens, Baert, & Derous, 2023).

Enfin, les aménagements de type organisationnels (par exemple, autonomie, démarches participatives), et les aménagements en termes de santé (check-up médicaux, séances de détente) et de préparation à la retraite, semblent moins fortement liés à la santé, au bien-être au travail et au maintien dans l'emploi, en comparaison aux autres aménagements. Ces résultats suggèrent que les variables plus proximales, liées au travail lui-même (sens du travail, aspects relationnels, équipements de travail) importent plus en fin de carrière, que des variables plus distales comme les aspects organisationnels, ou des aménagements tels que des check-up médicaux ou des séances de détente au travail.

Afin d'éviter que les travailleurs et travailleuses finissent leur carrière en étant usés et épuisés, il est important, à toutes les étapes de la carrière, de rendre le travail soutenable, décrit comme un travail « qui motive de manière intrinsèque, qui donne suffisamment d'opportunités pour apprendre, qui ne stresse pas et qui laisse suffisamment de liberté pour la famille, le sport et les hobbies » (Vendramin, 2016, p. 3). **Sur base de nos résultats, notre première recommandation est donc de rendre le travail soutenable, en proposant des aménagements et des conditions de travail de qualité, à toutes les étapes de la carrière.** Ceci dans le cadre d'une concertation permanente entre le travailleur-euse et l'employeur-euse. Dans le tableau 6, nous développons cette recommandation, en présentant des éléments fondamentaux afin de rendre le travail soutenable, sur base des résultats de cette étude.

Tableau 6 : Recommandation n°1: rendre le travail soutenable, en proposant des aménagements et des conditions de travail de qualité, à toutes les étapes de la carrière

<p><i>Sensibiliser les managers à l'importance du relationnel et du sens au travail</i></p>	<p>Le travail doit être aménagé en tenant compte de conditions extrinsèques, comme les aménagements de l'horaire, de l'espace et des équipements de travail, mais aussi en tenant compte des conditions intrinsèques, comme les aspects relationnels et de sens au travail, qui sont importants pour tous les types d'emploi, y compris les peu qualifiés (Coutrot & Perez, 2021). Or les aspects relationnels et de sens au travail posent grandement problème dans l'organisation du travail actuelle. Plusieurs études ont ainsi montré que les mauvaises relations avec le-la responsable hiérarchique sont très souvent responsables du mal-être au travail (Solidaris, 2019; Vancorenland, et al., 2021), et que de plus en plus d'employé-es considèrent souvent que leur travail perd son sens (Ouvrier-Bonnaz, 2011; Coutrot & Perez, 2021), comme en témoigne le grand nombre de démissions et de reconversions professionnelles enregistrées récemment chez les jeunes travailleurs et travailleuses. Il faut donc agir sur ces facteurs et que veiller au bon climat relationnel et au sens du travail à toutes les étapes de la carrière, fasse bien partie des responsabilités des managers.</p>
<p><i>Annuler les mesures diminuant l'accès aux crédits-temps (indemnisés)</i></p>	<p>Bien que les résultats de cette étude aient montré que la réduction du temps de travail est moins liée au bien-être que les autres aménagements, cela ne signifie pas que cette mesure n'est pas importante. D'une part, quand on analyse l'effet de cette variable seule (sans contrôler pour les autres, voir le tableau en annexe), elle contribue positivement à la santé et au bien-être au travail. D'autre part, l'effet de cette mesure sur la santé est difficile à évaluer, étant donné que les participant-es qui en bénéficient sont peut-être ceux-celles qui sont déjà en moins bonne santé.</p> <p>La réduction du temps de travail reste donc un aménagement important pour le bien-être, cependant, ces dernières années en Belgique, on constate que les crédits-temps indemnisés, sont rendus de moins en moins accessibles. Alors qu'il était auparavant possible d'avoir un crédit-temps fin de carrière indemnisé par l'ONEM à partir de 55 ans, pour la plupart des travailleurs, cette indemnisation n'est désormais possible qu'à partir de 60 ans. Très récemment, des mesures ont été prises pour diminuer l'accès aux crédits-temps permettant de prendre soin de son enfant en bas âge⁹. Réduire l'accès à ces dispositifs diminue les possibilités de récupération des travailleurs, et complique la conciliation des vies privées et professionnelles, alors que c'est justement l'inverse qu'il faut faire si l'on veut rendre les carrières plus soutenables et plus longues. Afin de rendre le travail soutenable, l'accès aux crédits-temps indemnisés devrait être facilité, au lieu d'être rendu de plus en plus difficile.</p>
<p><i>Proposer des aménagements centrés sur les conditions de travail dans le cadre de la prévention primaire (pas seulement lors de la réintégration)</i></p>	<p>À l'instar d'autres études (Bourdeaud'hui, Janssens, & Vanderhaeghe, 2021; Médecine pour le peuple, 2022), nous avons également trouvé dans cette étude que 93% des travailleurs en fin de carrière interrogés sont convaincus que les aménagements en fin de carrière peuvent avoir un impact positif sur leur santé et sur leur bien-être au travail. Comme préconisé par l'OMS (2022), des interventions organisationnelles visant à offrir un environnement et des conditions de travail de qualité doivent être mises en place, et pas seulement lors du retour au travail. Ces interventions doivent agir directement sur les conditions de travail. Nos résultats ont par exemple montré qu'avoir des séances de sport ou de détente sur le lieu de travail est moins fortement lié à la santé et au bien-être, ce qui laisse penser que les politiques de bien-être au travail ne doivent pas se résumer à donner des séances de yoga ou de méditation sur le lieu de travail, comme c'est parfois trop souvent le cas.</p>

⁹ Plus d'informations sont disponibles sur le site de la CSC : <https://www.lacsc.be/actualite/actualites-et-communiqués-de-presse/newsdetail/2023/01/20/nouvelle-r-glementation-sur-le-cr-dit-temps---partir-du-1er-f-vrier>

<p><i>Renforcer les contrôles en matière de bien-être au travail et d'aménagement des fins de carrière</i></p>	<p>Des cadres législatifs existent pour garantir le respect du bien-être au travail et les aménagements des fins de carrière. Ainsi, la loi sur le bien-être au travail du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, est la loi de base dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Cette loi stipule que l'employeur assume la responsabilité finale de la politique de bien-être à mener dans son entreprise. Pourtant, selon une étude d'Acerta, de la Vrije Universiteit Brussel et de HR Square, en janvier 2021, à peine 43% des entreprises possédaient un plan structurel visant à favoriser le bien-être du personnel (Acerta, VUB, HR Square, 2021).</p> <p>Un autre dispositif existe depuis 2012 pour favoriser l'emploi des travailleurs et travailleuses âgées de plus de 45 ans : la CCT n°104. Cependant, comme souligné dans l'étude sur les vécus et besoins des travailleurs et travailleuses en fin de carrière (Henry, Morissens, & Streel, 2022), la majorité des participant-es à cette étude-ci (71%) ont déclaré ne pas connaître la CCT 104, ou en avoir vaguement entendu parler (19,5%), et seulement environ un-e travailleur-se sur six (17,5%) affirme qu'elle est appliquée au sein de son organisation.</p> <p>Ces constats nous poussent à recommander aux politiques et aux services d'inspection de contrôler davantage la mise en application de ces dispositifs au sein des entreprises. Il est fondamental d'agir avant que l'individu ne tombe malade, grâce à des mesures de prévention collectives visant l'amélioration des conditions de travail. Actuellement, les politiques belges semblent se focaliser davantage sur la réintégration, après que l'individu soit tombé malade. Ce faisant, elles ne s'attaquent pas aux causes de l'incapacité de travail et de l'invalidité. Si toutes les incapacités de travail ne sont pas forcément dues au travail, les résultats d'une précédente étude de la MC ont tout de même montré que 56% des participant-es considèrent que leur travail est (en partie) responsable de leur incapacité (Vancorenland, et al., 2021). L'OMS a également reconnu que le burnout est largement lié à l'organisation du travail, et l'a classé comme un phénomène professionnel (OMS, 2019).</p>
--	--

4.2.2. Recommandation n°2 : développer une politique de bien-être au travail qui tient compte des problèmes de santé spécifiques aux femmes (en fin de carrière)

Les résultats de nos analyses montrent que la différence de genre de l'effet des aménagements apparaît uniquement sur le bien-être au travail (satisfaction au travail et burnout) (hypothèse 2). Nous avons ainsi trouvé que l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi peut davantage impacter positivement la satisfaction au travail des femmes, et les préserver du burnout, en comparaison aux hommes. Lorsque les aménagements de l'espace, du temps et des équipements de travail sont absents, cela est plus fortement associé à un risque de burnout chez les femmes par rapport aux hommes. Dans la mesure où les femmes occupent plus souvent des métiers relationnels à lourde charge émotionnelle qui augmentent davantage leur risque de burnout, et qu'elles s'occupent toujours da-

vantage des tâches domestiques et de soins aux enfants (Institut pour l'égalité des hommes et des femmes, 2016), nos résultats soulignent l'importance de leur fournir des aménagements qui atténuent l'impact de ces risques sur leur bien-être au travail.

Par contre, alors que ces deux types d'aménagements permettent de protéger davantage le bien-être au travail des femmes, ils ne permettent pas de protéger davantage leur santé mentale, physique, leur risque d'être en incapacité de travail ou leur maintien dans l'emploi. Ces résultats suggèrent que des aménagements agissant sur le travail peuvent aider à préserver particulièrement le bien-être au travail des femmes, mais qu'ils ne sont pas suffisants pour préserver leur santé plus globale. De futures recherches pourraient tester si d'autres types d'aménagements, plus ciblés sur la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, pourraient (davantage) contribuer à préserver la santé des femmes.

Concernant le maintien dans l'emploi, l'accès à des aménagements favorables pour la santé (par exemple, check-up médical, séances de sport ou de détente au travail) et de préparation à la retraite, semble davantage inciter les hommes à prolonger leur carrière après la retraite.

Sur base de ces résultats, nous ne pouvons que recommander aux politiques et aux employeurs de mettre l'accent sur le développement d'une politique de bien-être au travail qui tient compte des problèmes (de santé) spécifiques aux femmes (en fin de carrière). Il est important de

créer des cultures d'entreprise favorables aux femmes et d'intégrer la dimension du genre dans les politiques de prévention. De manière plus large, les mesures luttant contre la discrimination à l'égard des femmes, que ce soit à l'embauche ou pour l'obtention de promotions doivent être renforcées. Aujourd'hui, trop de femmes souffrent encore de discriminations sur le lieu de travail, notamment liées à la grossesse ou à la maternité (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2017). Le tableau 7 présente plus en détail cette recommandation, avec quelques exemples concrets de mesures existant dans d'autres pays.

Tableau 7: Recommandation n°2: développer une politique de bien-être au travail qui tient compte des problèmes de santé spécifiques aux femmes (en fin de carrière)

<p><i>Fournir aux femmes un environnement de travail sécurisant, et de qualité au niveau relationnel et motivationnel, ainsi que des possibilités d'aménager leur temps et leur lieu de travail</i></p>	<p>Nos résultats ci-dessus ont montré que les conditions de travail liées aux aspects relationnels, motivationnels et de sécurité d'emploi, ainsi que les aménagements liés au temps de travail, au télétravail et aux équipements de travail, protègent davantage le bien-être au travail des femmes. Il est donc particulièrement important de proposer aux travailleuses ces types d'aménagements, et ce, d'autant plus que des analyses complémentaires ont montré que les femmes de notre étude avaient des scores de santé et de bien-être au travail systématiquement inférieurs à ceux des hommes.</p>
<p><i>Intégrer la dimension de genre dans les analyses de risque et les stratégies de prévention</i></p>	<p>Chaque employeur doit mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de préserver la santé et la sécurité de ses travailleurs et travailleuses. L'employeur est ainsi responsable de la mise en place d'un système dynamique de gestion et d'analyse des risques¹⁰ (Beswic). Intégrer la dimension de genre est une nécessité afin d'analyser si les femmes sont plus spécifiquement exposées à certains risques que les hommes (ou inversement), et afin que des mesures de préventions spécifiques soient prises, le cas échéant. Ceci est d'autant plus important dans certains secteurs (par exemple, construction), où les équipements de protection ne sont pas toujours adaptés aux normes des standards féminins.</p> <p>Un exemple concret de ce type de démarche est donné par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2017) : « Les femmes employées dans cette entreprise [imprimerie française] souffraient d'un taux particulièrement élevé de TMS. Par conséquent, l'entreprise a analysé le temps passé dans chaque fonction par sexe et a découvert que les hommes qui occupaient des postes impliquant la réalisation de tâches répétitives pendant de longues durées étaient plus rapidement promus que les femmes. L'une des recommandations issues de cette évaluation fut de promouvoir le développement de plans de carrière et la reconnaissance des compétences des femmes dans l'entreprise afin de prévenir leur maintien à long terme sur des postes impliquant la réalisation de tâches répétitives » (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2017).</p>

10 L'analyse de risques vise à identifier tous les dangers et risques (par exemple, sécurité, produits dangereux, risques spécifiques en matière de troubles musculosquelettiques (TMS), risques psychosociaux) présents dans l'entreprise.

<p><i>Tenir compte de la ménopause dans les politiques d'aménagements des fins de carrière</i></p>	<p>La ménopause peut affecter le bien-être au travail de nombreuses femmes. Par exemple, dans une enquête réalisée en Belgique en 2016, 77% des femmes interrogées déclaraient que leur qualité de vie s'était détériorée depuis la (péri)ménopause¹¹ (Depypere, Pintiaux, Desreux, & Hendrickx, 2016). Une enquête réalisée par la Chambre des communes britannique (UK Parliament, 2022) a également mis en évidence qu'une femme sur trois est régulièrement absente du travail en raison de symptômes liés à la (péri)ménopause, tels que des problèmes de concentration, de sommeil ou des céphalées. Seulement 11% des femmes concernées sollicitent un travail adapté. La (péri)ménopause devrait donc être traitée sur le lieu de travail avec la même attention que d'autres événements distinguant les femmes des hommes, comme la grossesse, l'accouchement, les cycles, etc.</p> <p>Dans certains pays, la sensibilisation des entreprises à la ménopause et à ses implications sur la santé des femmes est plus avancée¹². Par exemple, au Royaume-Uni, un réseau d'expert-es et de professionnel·les a développé un programme d'aide aux organisations pour sensibiliser, éduquer et soutenir les femmes qui souffrent des effets de la ménopause sur le lieu de travail. Au terme de ce programme, l'entreprise reçoit une accréditation (« Menopause friendly accreditation »¹³). Au Canada, la fondation pour la ménopause propose également d'aider les organisations à créer un lieu de travail vigilant à cette problématique¹⁴.</p>
<p><i>Tenir compte des problèmes de santé spécifiques aux femmes tout au long de la carrière</i></p>	<p>Ce focus sur la santé des femmes et la prise en compte de leurs problèmes de santé spécifiques dans l'aménagement de l'environnement de travail peut également être étendu à toutes les étapes de la carrière. Un grand nombre de femmes peuvent en effet souffrir de symptômes prémenstruels (dysménorrhées ou « règles douloureuses ») (20 à 50% des femmes), d'endométriose (présence de cellules de l'endomètre ailleurs que dans l'utérus) (10 à 15%) ou d'adénomyose (endométriose interne à l'utérus) (11 à 13%) et de (péri)ménopause (presque 100% des femmes) (De Bie, 2023).</p> <p>Afin de prendre en compte l'impact de ces souffrances spécifiques des femmes sur leur bien-être au travail, la Belgique pourrait, à l'instar de l'Espagne depuis 2023, opter pour un congé menstruel pour les femmes souffrant de règles douloureuses. Quant à l'endométriose, elle pourrait être reconnue, comme en France depuis 2022, comme une pathologie chronique, et donner lieu à des aménagements du travail. Enfin, on pourrait encore faciliter les parcours de fertilité souvent lourds via quelques aménagements du travail.</p>

4.2.3. Recommandation n°3 : renforcer une politique des fins de carrière qui tient compte de la dégradation de la santé, des inégalités de genre et des inégalités socio-économiques

Dans cette étude, nous avons trouvé que tous les aménagements peuvent particulièrement protéger la santé mentale des travailleurs et travailleuses qui vivent des difficultés en fin de carrière.

Les différents types d'aménagements tant au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi; qu'en termes d'espace, de temps, et d'équipements de travail, peuvent inciter à continuer à travailler malgré un niveau élevé de difficultés personnelles. Ces deux types d'aménagements peuvent aussi atténuer l'influence négative des difficultés professionnelles sur le burnout et sur l'incapacité de travail inférieure à un mois. Quant aux aménagements liés à la santé et à la préparation à la retraite, ils peuvent préserver la satisfaction au travail malgré le vécu de certaines difficultés.

11 La périménopause correspond à la période juste avec la ménopause. Il s'agit du moment où une femme commence à avoir ses premiers symptômes de ménopause jusqu'au moment de la ménopause. La ménopause correspond au moment où une femme a ses dernières règles.

12 Notons tout de même qu'en Belgique, une association sur la ménopause existe (la « Société Belge de la Ménopause ») et organise des ménopauses-café pour les particuliers, où une introduction sur le sujet est donnée et au cours de laquelle les participantes peuvent poser leurs questions et partager leurs expériences. Plus d'informations sont disponibles via les sites <https://www.menopausesociety.be/home/> et <http://www.menopausecafe.be/>

13 Plus d'informations sont disponibles via le site : <https://menopausefriendly.co.uk/>

14 Plus d'informations sont disponibles via le site : <https://menopausefoundationcanada.ca/resources/menopause-inclusive-workplace/>

Notons cependant qu'aucun aménagement n'atténue l'impact de difficultés personnelles ou professionnelles sur l'incapacité de travail de longue durée (autorapportée), alors qu'ils ont pourtant une relation directement négative avec cette variable (cf. hypothèse 1). Lorsque des difficultés viennent s'ajouter aux éventuels problèmes de santé en fin de carrière, d'autres pistes doivent donc être explorées pour aider les travailleurs et travailleuses à préserver leur santé et leur bien-être.

Enfin, nous avons également mis en évidence que lorsque les individus rencontrent beaucoup de difficultés au niveau professionnel, des aménagements organisationnels (par exemple, autonomie, implication dans les processus décisionnels) peuvent s'avérer contre-productifs pour préserver les individus du burnout. Bien que généralement positif pour le bien-être (comme indiqué dans le tableau

de corrélations en annexe), le fait d'avoir beaucoup d'autonomie ou d'être fortement impliqué dans les prises de décision peut aussi avoir des effets négatifs sur le bien-être, car ils consomment des ressources de l'individu (Zhou, 2020). Lorsqu'un individu rencontre beaucoup de difficultés au niveau professionnel, il faut donc s'assurer de lui fournir des aménagements adéquats.

En fin de carrière, des difficultés au niveau personnel et professionnel spécifiques sont susceptibles d'apparaître et de nuire à la santé, au bien-être et au maintien dans l'emploi. **Les politiques des fins de carrière doivent tenir compte de la dégradation de la santé, des inégalités de genre et des inégalités socio-économiques, qui peuvent accentuer ces difficultés.** Quelques propositions de mesures tenant compte de ces facteurs sont proposées dans le tableau 8.

Tableau 8 : Recommandation n°3: développer une politique des fins de carrière qui tient compte de la dégradation de la santé, des inégalités de genre et des inégalités socio-économiques

<p><i>Avoir comme objectif de santé publique, que chacun-e arrive en fin de carrière en bonne santé</i></p>	<p>Ce n'est pas parce qu'on vit plus longtemps qu'on vit plus longtemps en bonne santé. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 2020, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance atteignait en Belgique, 63,6 ans pour les hommes, et 64 ans pour les femmes (Bureau Fédéral du Plan, 2022). Ces chiffres sont très proches de l'âge limite auquel les participant-es à cette étude se sentent capables de travailler (63,1 ans). Cette dégradation de la santé à partir d'un certain âge se reflète aussi dans les chiffres d'invalidité de l'Inami : pour les personnes en invalidité du régime général, 43% d'entre elles ont plus de 55 ans (MC, 2021).</p> <p>Étant donné la faible probabilité d'atteindre l'âge de 64 ans sans avoir des problèmes de santé, nous pensons qu'un objectif de santé publique doit être que chacun-e arrive en fin de carrière en bonne santé. La notion d'espérance de vie en bonne santé doit être prise en compte dans les discussions sur la réforme des pensions.</p>
<p><i>Tenir compte des inégalités sociales de santé et de la pénibilité des carrières</i></p>	<p>Alors que 13% des personnes les plus riches décèdent avant 67 ans en Belgique, cette proportion s'élève à 27% parmi les personnes les plus pauvres (Solidaris, 2023). Un grand nombre de personnes, d'autant plus parmi les précarisées, décèdera donc avant même de pouvoir accéder à une pension pour laquelle elles ont cotisé toute leur vie (Solidaris, 2023). Le relèvement de l'âge légal de la pension basé sur une moyenne d'espérance de vie à la naissance nie donc l'existence des inégalités sociales de santé, démontrées encore une fois dans une autre étude récente de la MC (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Sur base de ces éléments, nous pensons qu'il serait essentiel de (r)établir un accès plus facile à la pension anticipée, particulièrement pour les travailleurs et travailleuses plus précarisés-es et/ou qui exercent un métier pénible.</p>

<p><i>Renforcer les dispositifs qui permettent l'assimilation des périodes non travaillées au cours de la carrière (congrés parentaux, crédits-temps, etc.)</i></p>	<p>Notre étude a confirmé que les femmes sont plus susceptibles de prendre soin d'un parent proche en perte d'autonomie : parmi nos participant-es aidant-es proches, 63,2% sont des femmes. De plus, les femmes réduisent davantage leur temps de travail au cours de leur carrière, afin de prendre soin de leurs enfants ou de leurs parents âgés (Conseil supérieur de l'emploi, 2023).</p> <p>Dans notre étude, nous avons également trouvé que 73,8% des hommes en fin de carrière interrogés travaillent à temps plein, contre 42,3% parmi les femmes. Parmi les hommes (26,2%) et les femmes (57,7%) travaillant à temps partiel, 71,2% des hommes le font dans le cadre d'un crédit-temps fin de carrière, alors que seulement 37,5% des femmes en temps partiel utilisent ce mécanisme pour réduire leur temps de travail en fin de carrière. On notera encore que selon de récents chiffres de pensionstat.be, la différence entre les montants des pensions totales des femmes et celles des hommes atteignait 21% en 2021 (Pensionstat.be, 2023).</p> <p>Il est donc fondamental de renforcer les dispositifs (par exemple, en allongeant leur durée) qui permettent l'assimilation des périodes non travaillées au cours de la carrière, afin de réduire les inégalités de genre, notamment au niveau de la pension. En moyenne, beaucoup de femmes ne comptabilisent pas autant d'années de carrière que les hommes, non pas parce qu'elles n'ont pas voulu travailler, mais parce qu'elles ont réduit leur temps de travail afin de prendre soin de leurs proches (enfants, petits-enfants, parents âgés, proches en perte d'autonomie, etc.). Des mesures devraient également être prises pour que les pères prennent davantage leurs congés parentaux, et que le congé de naissance soit allongé.</p>
---	--

5. Conclusion

La fin de carrière correspond à un moment où la personne a vécu et a accumulé beaucoup d'évènements au cours de sa vie et de sa carrière, que ce soit au niveau personnel ou professionnel. Beaucoup de personnes arrivent en fin de carrière en se sentant usées, avec de plus en plus de problèmes de santé (Henry, Morissens, & Streel, 2022). Afin de préserver la santé et le bien-être en fin de carrière, il est important de créer des conditions de travail soutenables durant toute la carrière, tout en proposant des aménagements du travail qui tiennent compte des spécificités des travailleurs et travailleuses. En particulier, cette étude a démontré que l'accès à des conditions de travail de qualité au niveau relationnel, motivationnel et de sécurité d'emploi, et à des aménagements liés à l'espace, au temps et aux équipements de travail, ont des effets particulièrement positifs pour la santé, le bien-être au travail et le maintien dans l'emploi. Certains de ces aménagements ont des

effets encore plus prononcés, d'une part pour préserver le bien-être au travail des femmes en fin de carrière, et d'autre part pour préserver la santé mentale de ceux et celles qui vivent beaucoup de difficultés personnelles et/ou professionnelles dans ce segment de leur vie.

Malgré l'existence de dispositifs légaux visant à promouvoir le bien-être au travail et l'emploi en fin de carrière, le nombre de personnes en fin de carrière en invalidité n'a jamais été aussi élevé. Des politiques de bien-être au travail visant à rendre le travail soutenable tout au long de la carrière doivent être mises en place dans les organisations, et les problèmes de santé spécifiques aux femmes, aux plus âgés et aux métiers pénibles doivent être pris en compte dans l'élaboration de ces politiques. Les employeurs et politiques ont donc un rôle important à jouer, car malgré l'existence d'un cadre légal relatif au bien-être au travail et d'un plan pour l'emploi des travailleurs âgés, ces dispositifs semblent encore trop peu connus et/ou trop peu appliqués.

Bibliographie

- Acerta, VUB, HR Square. (2021). *Seules quatre entreprises sur dix misent sur le bien-être mental au travail de manière structurelle*. Récupéré sur [acerta.be](https://www.acerta.be/fr/insights/dans-la-presse/seules-quatre-entreprises-sur-dix-misent-sur-le-bien-etre-mental-au-travail-de-maniere-structurelle): <https://www.acerta.be/fr/insights/dans-la-presse/seules-quatre-entreprises-sur-dix-misent-sur-le-bien-etre-mental-au-travail-de-maniere-structurelle>
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2017). *Les femmes et le vieillissement de la main-d'œuvre : implications pour la sécurité et la santé au travail*. Bruxelles: EU-OSHA.
- Armstrong-Stassen, M., & Ursel, N. D. (2009). Perceived organizational support, career satisfaction, and the retention of older workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 82(1), 201-220.
- 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 & Société*, 4, 6-31.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychology*, 52(4), 366-380.
- Barnes, J., & Charkoudian, N. (2021). Integrative cardiovascular control in women: regulation of blood pressure, body temperature, and cerebrovascular responsiveness. *The FASEB Journal*, 35(2), e21143.
- Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden? A critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 431-441.
- Bennett, M., Beehr, T., & Lepisto, L. (2016). A Longitudinal Study of Work After Retirement: Examining Predictors of Bridge Employment, Continued Career Employment, and Retirement. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(3), 228-255.
- Beswic. *Analyse des risques*. Récupéré sur Beswic: <https://www.beswic.be/fr/politique-du-bien-etre/analyse-des-risques>
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New-York: Wiley.
- Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., & Vanderhaeghe, S. (2021). *Haalbaarheid om tot het pensioen door te werken. Analyse bij werknemers en zelfstandige ondernemers op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2019*. Brussel: Stichting Innovatie & Arbeid.
- Bureau Fédéral du Plan. (2022). *Espérance de vie en bonne santé*. https://www.indicators.be/fr/i/G03_HLY/fr.
- Burmeister, A., Wang, M., & Hirschi, A. (2020). Understanding the motivational benefits of knowledge transfer for older and younger workers in age-diverse coworker dyads: An actor-partner interdependence model. *Journal of Applied Psychology*, 105(7), 748-759.
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.
- Carter, S., Jay, O., & Black, K. I. (2021). Talking about menopause in the workplace. *Case Reports in Women's Health*, 30, e00306.
- Conseil supérieur de l'emploi. (2023). *La participation des femmes au marché du travail*. Bruxelles.
- Coutrot, T., & Perez, C. (2021). *L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie*. Université de Paris 1: Centre d'économie de la Sorbonne.
- De Bie, C. (2023). *Santé des femmes au travail*. Bruxelles: Atelier participatif préparé pour Bruxeo.
- Dejours, C., & Duarte, A. (2018, Mars). La souffrance au travail: révélateur des transformations de la société française. *Modern and Contemporary France*, 26(3), 1-12.
- Depypere, H., Pintiaux, A., Desreux, J., & Hendrickx, M. (2016). Coping with menopausal symptoms: an internet survey of Belgian post-menopausal. *Maturitas*, 90, 1-20.
- du Bois, K., Sterkens, P., Lippens, L., Baert, S., & Derous, E. (2023). Beyond the Hype: (How) Are Work Regimes Associated with Job Burnout? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 1-11.
- Eisenberger, R., & Stinglhamber, F. (2011). *Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S., & Lynch, P. D. (1997). Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 812-820.
- EuroHealthNet. (2022). *Psychosocial risks and older workers' health*.
- Eurostat. (2022). *Gender employment gap, by type of employment*. Bruxelles: Eurostat.
- Fonds pour l'expérience professionnelle. (2009). *Le VOW / QFT: Instrument de mesure des facultés de travail*. Récupéré sur [emploi.belgique.be](https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail): <https://emploi.belgique.be/fr/le-vow-qft-instrument-de-mesure-des-facultes-de-travail>
- Gaillard, M., & Desmette, D. (2008). Intergroup predictors of older workers' attitudes towards work and early exit. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(4), 450-481.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hansez, I., Angenot, A., Faulx, D., Burnay, N., Lurkin, F., Braeckman, L., & Van Risseghem, M. (2012). *Recherche sur la gestion des âges dans les entreprises belges*. Bruxelles: Direction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail (DIRACT).
- Henry, H., Morissens, A., & Streel, C. (2022). Vécus et besoins des travailleurs en fin de carrière. *Santé & Société*, 1, 6-37.

- Insee. (2017). *Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS. Définition*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017>.
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2017). *Grossesse au travail. Expériences de candidates, d'employées et de travailleuses indépendantes en Belgique*. Bruxelles: Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.
- Institut pour l'égalité des hommes et des femmes. (2016). *Organisation des responsabilités professionnelles et familiales et combinaison de celles-ci chez les femmes et les hommes en Belgique*. Bruxelles: Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.
- Institut pour un développement durable. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève de l'IDD*, 1-7.
- Institut pour un développement durable. (2022). L'importance des travailleurs âgés et leur état de santé. *Note de l'IDD*, 1-14.
- Janssens, F., Bourdeaud'hui, R., & Vanderhaeghe, S. (2022). *Werkbaar werk door een genderbril*. Brussel: Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid.
- Kooij, D. T., & Van De Voorde, K. (2011). How changes in subjective general health predict future time perspective, and development and generativity motives over the lifespan. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 228–247.
- Kooij, D. T., Guest, D. E., Clinton, M., Knight, T., Jansen, P. G., & Dikkers, J. S. (2013). How the impact of HR practices on employee well-being and performance change with age. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 18-35.
- Loriato, S. (2022). Mental health and ageing – friend or foe? What's at stake? *EuroHealthNet webinar: Addressing psychosocial risks and supporting mental health of older workers: policy and practice in action*. Brussels.
- Lorist, M. (2000). Mental fatigue and task control: planning and preparation. *Psychophysiology*, 37(5), 614-625.
- Marino, V. H. (2017). Beyond hedonia: A theoretical reframing of caregiver well-being. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(4), 400–409.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- MC. (2021). Incapacité de travail – chiffres et indicateurs. *MC-Informations*, 284, 56-66.
- Médecine pour le peuple. (2022). *La moitié des patients âgés de 55 à 65 ans craignent de ne pas pouvoir travailler jusqu'à l'âge de la retraite*. Bruxelles.
- Neupane, S., Kyrönlähti, S., Oakman, J., Siukola, A., Riekhoff, A.-J. K., & Nygard, C.-H. (2022). Can workplace intervention prolong work life of older workers? A quasiexperimental study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(2), 1-10.
- OMS. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Récupéré sur OMS: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- OMS. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization.
- Ouvrier-Bonnaz, R. (2011). Analyse de l'ouvrage d'Yves Clot (2010). Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. *Activités*, 8(1), 154-160.
- Pensionstat.be. (2023). Réforme des pensions - L'écart de pension entre les femmes et les hommes a atteint 23% en 2021. *Belga - Communiqué de presse*.
- Péruilleux, T., & Vendramin, P. (2017). Le travail est-il devenu insoutenable? *Société en changement*, 1-8.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250-267.
- Sewdas, R., de Wind, A., van der Zwaan, L., van der Borg, W., Steenbeek, R., van der Beek, A., & Boot, C. (2017). Why older workers work beyond the retirement age: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-9.
- Solidaris. (2019). *Grande Enquête Solidaris - Sudpresse. Stress et travail*. Bruxelles: Institut Solidaris.
- Solidaris. (2023). *Inégalités sociales de santé et relèvement de l'âge de la pension*. Bruxelles: Institut Solidaris.
- UK Parliament. (2022). *Considerable stigma faced by women going through menopause in the workplace*. <https://committees.parliament.uk/work/1416/menopause-and-the-workplace/news/161313/considerable-stigma-faced-by-women-going-through-menopause-in-the-workplace>.
- Valenduc, G., & Vendramin, P. (2020). *Baromètre 2019. De la qualité de l'emploi et du travail*. Bruxelles; Louvain-la-Neuve: CSC & Chaire Travail-Université.
- Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Van Veldhoven, M. (2011). Employee Well-being and the HRM-Organizational Performance Relationship: A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Management Reviews*, 14(4), 391-407.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., Lambert, L., & Michiels, P. (2021). Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité. *MC-Informations*, 284, 4-55.
- Vendramin, P. (2016). *Travail soutenable, faisable, durable : de quoi parle-t-on ?* Namur; Bruxelles: Fondation Travail-Université (FTU).
- Vendramin, P., & Parent-Thirion, A. (2019). Redéfinir les conditions de travail en Europe. *Revue internationale de politique de développement*, 11, 1-19.

Vendramin, P., & Valenduc, G. (2016). Chapitre 10. Dans M. Lamberts, L. Szeker, S. Vandekerckove, G. Van Gyes, G. Van Hootegem, Y. Vereycken, . . . P. Vendramin, *La qualité de l'emploi en Belgique en 2015. Analyse sur la base de l'Enquête européenne sur les conditions de travail EWCS 2015 (Eurofound) - Résumé analytique* (pp. 16-18). KU Leuven & HIVA (Onderzoeksinstituut voor arbeid en samenleving): Leuven.

Vendramin, P., & Valenduc, G. (2016). *Travailleurs âgés et travail soutenable*. Bruxelles: Rapport pour le SPF Emploi, travail et concertation sociale.

Veth, K. N., Korzilius, H. P., Van der Heijden, B. I., Emans, B. J., & de Lange, A. H. (2017). Which HRM practices enhance employee outcomes at work across the life-span? *The International Journal of Human Resource Management*, 30(19), 2777-2808.

Zhou, E. (2020). The "Too-Much-of-a-Good-Thing" Effect of Job Autonomy and Its Explanation Mechanism. *Psychology*, 11(2), 299-313.



Annexe. Tableau de corrélations entre l'accès aux aménagements du travail, la santé, le bien-être et le maintien dans l'emploi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Aménagements relationnels, motivationnels, sécurité d'emploi	-													
2. Aménagements espace, temps, équipements de travail	.50***	-												
3. Aménagements organisationnels	.61***	.45***	-											
4. Aménagements réduction du temps de travail	.20***	.27***	.13***	-										
5. Aménagements santé/ préparation retraite	.53***	.51***	.49***	.24***	-									
6. Santé mentale	.41***	.28***	.30***	.09***	.26***	-								
7. Santé physique	.23***	.21***	.16***	.07***	.15***	.51***	-							
8. Satisfaction au travail	.61***	.39***	.43***	.11***	.35***	.43***	.24***	-						
9. Burnout	-.48***	-.41***	-.34***	-.13***	-.29***	-.57***	-.45***	-.58***	-					
10. IT < 1 mois	-.14***	-.15***	-.09***	-.03	-.05**	-.20***	-.21***	-.14***	.22***	-				
11. IT > 1 mois	-.12***	-.16***	-.11***	.08***	-.03	-.17***	-.17***	-.16***	.24***	.24***	-			
12. Intention de pré-retraite	-.24***	-.22***	-.16***	.02	-.11***	-.20***	-.20***	-.31***	.36***	.12***	.17***	-		
13. Activité rémunérée	.07***	.11***	.09***	-.08***	.09***	.09***	.07***	.13***	-.15***	-.04**	-.11***	-.39***	-	
14. Activité non-rémunérée	.04**	.10***	.03	.02	.02	.02	.06***	.07***	-.06***	-.05**	-.05**	-.14***	.27***	-

Note. N = 4639. * p < .05; ** p < .01, *** p < .001. Les variables 1 à 5 (en bleu, en colonnes et en lignes) sont les variables indépendantes, les variables 6 à 14 (en gris, en colonnes et en lignes) sont les variables dépendantes. Les valeurs en gras indiquent les corrélations entre les variables indépendantes et les variables dépendantes.