# MC-Informations Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

284

juin 2021

## L'incapacité de travail est l'antichambre des risques liés aux évolutions de la société

« Il est urgent de repenser le travail, la manière de gérer humainement les conditions de travail, l'homme ne peut pas être à la merci du travail, l'homme n'est pas une machine... ».

Au sein de l'assurance soins de santé et indemnités, le secteur des indemnités versées en cas d'incapacité de travail prend une importance grandissante. De 2004 à 2020, le nombre de personnes invalides a doublé. Derrière cette croissance spectaculaire, il y a des évolutions structurelles socio-démographiques de notre société, mais aussi des décisions politiques.

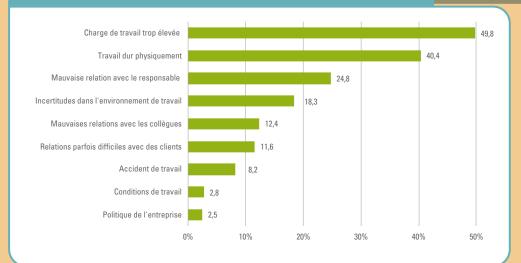
« Le fait qu'à mon travail, on a montré une grande compréhension, sans faire de difficulté, était la meilleure façon de faire pour moi. Il n'y avait pas de pression extérieure, je peux donc prendre le temps de retourner travailler à plein temps ».

Donner directement la parole aux personnes en incapacité de travail nous a permis d'accroître notre connaissance des trajets de l'incapacité de travail, a mis en lumière les besoins concrets qui sont autant de points d'attention pour tous les acteurs concernés par ce secteur de la sécurité sociale (pouvoirs publics, entreprises, mutualités).

L'étude présentée dans ce numéro se concentre sur trois étapes clés de l'incapacité de travail. Tout d'abord, que se passe-t-il avant l'incapacité de travail ? Quels sont les éléments qui n'ont pas pu être réglés et qui ont conduit à l'incapacité de travail ? Ensuite, quelles difficultés ont rencontré les personnes durant leur incapacité, quelles aides ontelles trouvé ? Enfin, nous avons voulu savoir ce qui avait permis de retrouver son travail ou un autre travail.

Figure 5 : Raisons de l'incapacité de travail lorsqu'elle est liée à la situation professionnelle.

Réponses à la question « Pouvez-vous expliquer en quoi votre situation professionnelle est en partie responsable de votre incapacité de travail ? »





### Édito

## L'incapacité de travail est l'antichambre des risques liés aux évolutions de la société

Je suis en incapacité. Cette formule, banale, est utilisée aujourd'hui par près d'un demi-million de Belges en situation d'invalidité (c'est-à-dire que leur incapacité de travail dépasse un an)¹. Elle a pourtant de quoi interpeller. Elle transforme ce qui est par définition une situation contextuelle en une détermination intrinsèque de l'individu, qui touche à son identité profonde. Être en situation d'incapacité sonne comme un état complet et permanent.

Or, s'il est bien une chose qu'une personne en 'incapacité de travail' est, c'est en capacité de nous expliquer ce qui l'a conduite à devoir interrompre son activité professionnelle, ce dont elle aurait eu besoin, et de nous indiquer quelles évolutions de la société conduisent le plus massivement à des incapacités de travail. En ce sens, notre étude rencontre deux objectifs : d'une part, d'avoir une connaissance incarnée de la réalité des trajets des personnes en incapacité de travail, d'autre part, d'identifier les facteurs de risque liés à l'incapacité de travail. Car si les chiffres sont alarmants aujourd'hui, leur évolution a aussi de quoi interpeller : croissance de 2,7% des jours indemnisés par an en incapacité primaire, croissance de 6,9% par an pour l'invalidité. Face à de telles évolutions, il faut un plan d'action concret, précis et qui dépasse la responsabilisation individuelle des personnes en incapacité de travail. Pour ce faire, nous sommes allés à la rencontre de nos membres qui vivent ou ont vécu un trajet d'incapacité de travail afin qu'ils nous aident à avoir la connaissance la plus fine possible de leurs besoins, leurs difficultés et leurs recommandations pour l'avenir.

Tout d'abord, quels sont les grands facteurs qui ont influencé le passage à l'incapacité ? Qui sont les personnes en incapacité de travail ? Que nous disent-elles ? D'une part, que la société n'a pas été à même d'adapter leur fin de carrière à l'évolution de leur état de santé, que leur employeur n'a pas entendu leurs difficultés à suivre un rythme trop rapide, ou une charge de travail trop élevée, que leur souffrance psychique ne pouvait être soulagée par un encadrement adéquat au sein de leur activité professionnelle ou en dehors. Dans la plupart des cas, c'est le travail qui est à la source des difficultés qui conduisent à l'incapacité de travail (tant pour la charge psychique que pour les difficultés musculosquelettiques).

L'étude présentée dans ce numéro se concentre sur trois étapes clés de l'incapacité de travail : Tout d'abord, que se passe-t-il avant l'incapacité de travail ? Quels sont les éléments qui n'ont pas pu être réglés et qui ont conduit à l'incapacité de travail ? Trop de charge mentale ou de pénibilité physique au travail, un rythme trop rapide, une évolution technologique grandissante, des relations difficiles avec les responsables hiérarchiques, des collègues ou des clients ?

Ensuite, quelles difficultés ont rencontré les personnes durant leur incapacité, quelles aides ont-elles trouvé ? Dans cette partie, nous nous apercevons que les moments de transition sont particulièrement fragiles : la déclaration de l'incapacité de travail, la fin du salaire garanti, le passage à une invalidité. Dans ces moments, au cours desquels les procédures sont strictes et très lourdes de conséquences, la charge ad-

<sup>1.</sup> Pour les incapacités primaires, en 2019, nous sommes à 41,7 millions de journées indemnisées en 2019, soit une augmentation de 2,7 % par an depuis 2010.

ministrative peut venir s'ajouter à la difficulté liée à leur état de santé. Et ce n'est pas surprenant : si l'on est reconnu en incapacité de travailler, c'est qu'on rencontre des difficultés à effectuer ce type de tâches, qu'on est déjà dans une situation de vulnérabilité ou de surcharge.

Enfin, nous avons voulu savoir ce qui avait permis de retrouver son travail ou un autre travail. Dans les réponses des personnes qui nous ont partagé leur expérience, la première raison de retour au travail est la guérison. Dans cette dernière, le rôle d'un entourage attentif ou d'un suivi psychologique est très important. Beaucoup de personnes en incapacité de travail, quand elles le peuvent, se forment, se soignent, cherchent d'elles-mêmes des solutions. Mais les opérateurs en charge de les aider et de les soutenir ne parviennent pas toujours à jouer pleinement leur rôle, y compris, on doit le reconnaitre humblement, leur mutualité santé. Or, notre mission, c'est aussi d'être les porte-paroles des patients, des personnes en incapacité de travail.

Notre conviction, à la fin de ce long travail d'analyse, est que l'incapacité de travail, c'est l'antichambre des problèmes de la société : c'est là qu'il faut aller observer ses dysfonctionnements plutôt que stigmatiser les personnes en incapacité de travail. Parce que les incapacités de travail sont d'abord le reflet du monde du travail comme un des lieux de vie des travailleurs. Parce qu'elles reflètent les grandes évolutions de la société comme le vieillissement de la population active, le retard de la date d'entrée à la pension ou de durcissement dans

l'accès à d'autres dispositifs de protection sociale, et maintenant, dans cette crise sanitaire, le tsunami de difficultés de santé mentale qui nous attend. Les personnes en incapacité de travail ne doivent pas être perçues comme les bénéficiaires d'un système complaisant, mais comme les lanceurs d'alerte des dysfonctionnements du monde du travail.

Élise Derroitte Directrice du Service d'études

### Incapacité de travail

## Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité

Sigrid Vancorenland, Clara Noirhomme, Hélène Henry, Hervé Avalosse, Kristien Van der Elst, Louise Lambert – Service d'études Pieter Michiels – Département Politique ZIV-AMI

Nous remercions chaleureusement les volontaires et les collaborateurs d'Altéo et Samana, ainsi que les collaborateurs du Département médical, du Service social et du Service des indemnités qui nous ont aidés à mettre au point cette étude.

#### Résumé

Au sein de l'assurance soins de santé et indemnités, le secteur des indemnités versées en cas d'incapacité de travail prend une importance grandissante. De 2010 à 2019, les dépenses liées à l'incapacité primaire et à l'invalidité passent de 4,7 à 8,6 milliards d'euros, soit un rythme de croissance très élevé de 6,9% par an. De 2004 à 2020, le nombre de personnes invalides a doublé, passant de 221.000 à 471.000. Derrière cette croissance spectaculaire (souvent mise en exergue dans les médias), il y a des évolutions structurelles socio-démographiques de notre société (présence accrue des femmes sur le marché du travail, vieillissement de la population active), mais aussi des décisions politiques (alignement de l'âge de la pension des femmes sur celui des hommes, conditions plus strictes pour accéder à la retraite anticipée).

Nous faisons donc face (et pour longtemps) à un énorme défi sociétal ! Mais que faire ? Au-delà des choix budgétaires et des orientations politiques déjà prises, ne convient-il pas aussi de réfléchir à une politique pérenne de prévention du risque de l'incapacité et à un meilleur accompagnement dans le retour à une activité professionnelle ? Pour ce faire, il s'agit d'en savoir plus sur ce qui se passe une fois qu'une personne tombe en incapacité de travail. Quel est son parcours ? Comment peut-on aider une personne en incapacité de travail ? Quels sont les facteurs qui facilitent ou, au contraire, rendent difficile le retour au travail ? Pour trouver des réponses à ces questions, utiliser nos bases de données est inutile : les dossiers ne donnent que peu d'information sur l'expérience de vie des personnes. La méthode la plus appropriée est de donner la parole directement à ceux et celles qui vivent ou ont vécu un épisode d'incapacité de travail. C'est pourquoi la MC a organisé une enquête en ligne à laquelle 4.350 personnes ont répondu, durant les mois d'octobre et novembre 2019.

Dans cet article, nous présentons les résultats de cette vaste étude en trois grands volets, qui correspondent aux trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire).

Le premier volet concerne la situation avant l'incapacité de travail et a pour but d'en mettre en lumière les causes potentielles. En identifiant ce qui a pu déclencher l'incapacité, on peut alors réfléchir à la façon d'éviter ou de limiter ces facteurs déclencheurs et on est donc, ici, dans le niveau de prévention primaire.

- Une majorité de répondants (56%) considère que leur travail est (en partie) responsable de leur incapacité.
- Ces répondants invoquent principalement deux types de facteurs : ceux en relation avec l'organisation du travail et les relations interpersonnelles (charge de travail trop élevée, mauvaise relation avec le responsable) et ceux en relation avec les conséquences physiques de l'activité professionnelle (la pénibilité physique du travail).

 La mesure dans laquelle la situation professionnelle est considérée comme responsable de l'incapacité dépend du type de maladie, du type de travail (manuel ou intellectuel), du régime horaire, du degré d'autonomie au travail, des relations (bonnes ou mauvaises) avec les collègues et le supérieur hiérarchique, et du fait d'occuper ou non une fonction dirigeante.

Le deuxième volet est consacré aux besoins pendant la période d'incapacité de travail. Les témoignages recueillis nous ont permis d'identifier de nombreux besoins, qui sont autant de points d'attention pour les différents acteurs impliqués dans l'incapacité de travail. C'est le niveau de la prévention secondaire : en répondant au mieux à ces besoins, on évite d'aggraver la situation et on favorise le passage à l'étape suivante, le retour au travail.

- Prendre et pouvoir accorder suffisamment de temps pour se rétablir complètement est vu comme crucial par les répondants. Dans le processus de rétablissement, le soutien de personnes qui écoutent vraiment, qui font preuve de compréhension et qui apportent leur soutien, est également important.
- Être en incapacité de travail implique une grande charge administrative. Les personnes interrogées sont demandeuses de plus d'informations et d'aide pour y faire face. Elles suggèrent également d'aller plus loin dans l'optimisation, voire la réduction, des démarches administratives, d'améliorer la communication envers les personnes en incapacité (langage simple), mais aussi de développer la digitalisation des échanges d'informations permettant ainsi une communication plus directe entre les différentes parties.
- Les répondants expriment aussi le besoin d'avoir un médecin-conseil qui puisse les accompagner: qui écoute, comprend, prend en compte tous les éléments du dossier et offre aide et soutien tant dans le rétablissement de la personne que dans son retour au travail. Pour cela, nos répondants demandent plus de temps et que le rôle du médecin-conseil soit bien expliqué à l'avance afin qu'ils puissent se rendre à l'entretien avec les bonnes attentes.

Le troisième volet porte sur les facteurs qui facilitent ou, au contraire, compliquent la reprise du travail. C'est le niveau de la prévention tertiaire : on se concentre sur un retour réussi au travail afin d'éviter, plus tard, une rechute en incapacité de travail.

- Le fait d'être suffisamment rétabli est le principal facteur favorisant le retour au travail, mais le soutien des proches, des collègues, du médecin traitant ou d'un autre prestataire de soins de santé, et du supérieur hiérarchique sont jugés également importants.
- Le premier facteur limitant la reprise du travail est le fait d'être rétabli insuffisamment ou d'avoir repris le travail trop tôt, le soutien insuffisant du supérieur hiérarchique étant le deuxième.
- Les aménagements du travail sont également importants. Travailler moins d'heures qu'avant ou avoir un contenu de travail adapté (moins stressant, moins exigeant physiquement) facilite le retour au travail. Le fait de ne pas se voir proposer un contenu de travail approprié et de devoir travailler plus d'heures qu'on ne peut en supporter complètent le top quatre des facteurs qui compliquent le retour au travail.
- Globalement, 40% des répondants qui avaient besoin d'aménagements ne les ont pas obtenus. Travailler moins d'heures est l'aménagement le plus facile à obtenir, tandis que bénéficier d'un meilleur accompagnement et suivi de la part du supérieur hiérarchique est le plus difficile à obtenir.

À la suite de la présentation des résultats de cette étude, nous formulons un certain nombre de recommandations. Elles s'adressent à tous les acteurs liés à l'incapacité de travail : les travailleurs, les entreprises, les mutuelles et les pouvoirs publics.

<u>Mots-clés</u> : Enquête, incapacité de travail, reprise du travail, suivi administratif, médecin-conseil, aménagements au travail, prévention

#### 1. Introduction

L'incapacité de travail est un des risques sociaux couverts par notre sécurité sociale fédérale. En l'occurrence, lorsqu'un travailleur du secteur privé (demandeur d'emploi, salarié ou indépendant) est dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie ou d'accident, sa mutuelle lui verse une indemnité, compensant ainsi partiellement la perte de ses revenus.

Ces dernières années, ce secteur des indemnités prend une importance grandissante (à ce sujet, une sélection de chiffres et d'indicateurs liés à l'incapacité de travail sont repris en annexe du présent article, à la rubrique 'En bref'). On le voit, par exemple, dans l'évolution du nombre de journées indemnisées pour l'incapacité primaire (c'est-à-dire la première année d'incapacité de travail). On passe de 32,8 millions en 2010 à 41,7 millions de journées indemnisées en 2019. Les dépenses liées à l'indemnisation des incapacités primaires passent de 1,3 milliard d'euros en 2010 à 2,1 milliards d'euros en 2019, soit une croissance annuelle moyenne de 4,8%.

Mais c'est surtout l'invalidité (c'est-à-dire lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une année), qui retient l'attention. Les dépenses liées à l'indemnisation de l'invalidité passent de 3,4 milliards d'euros en 2010 à 6,7 milliards d'euros en 2019. La croissance annuelle moyenne des dépenses est, ici, encore plus élevée : 7,7% par an. Le moteur de cette croissance est largement attribuable à l'évolution du nombre de personnes invalides : il a doublé en 16 ans, passant de 221.000 en 2004 à 471.000 en 2020.

Les études de l'INAMI montrent qu'un certain nombre de facteurs expliquent cette augmentation (INAMI, 2018): le vieillissement de la population active, la participation croissante des femmes au marché du travail et l'alignement de l'âge de la pension des femmes sur celui des hommes. L'INA-MI pointe également l'importance croissante des problèmes psychiques et locomoteurs : « [...] diverses études et rapports concluent de manière identique que le stress chronique au travail, l'équilibre rompu entre vie privée et travail et les affections musculosquelettales sont les causes des incapacités de longue durée » (INAMI, 2018, p. 32). Les changements dans d'autres régimes de sécurité sociale, tels que le chômage et les pensions, ont également une incidence sur le nombre de malades (de longue durée). Si les possibilités de retraite anticipée sont réduites ou rendues plus restrictives, et que cela amène les salariés à rester plus longtemps sur le marché du travail, le nombre de personnes malades augmentera.

En réaction à l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail, la politique de ces dernières années s'est de plus en plus concentrée sur le retour au travail des malades de longue durée. La ministre De Block a pris toute une série de mesures à cet effet, dont la création du parcours de réintégration (en vigueur depuis le 1er mars 2017).

En soi, le fait de créer des dispositifs qui aident les malades de longue durée à reprendre le travail est positif. Mais trop souvent dans les médias, les malades de longue durée sont considérés négativement : comme des personnes qui ne veulent plus travailler, qui profitent du système, qui coûtent cher à l'État et qui devraient être remises au travail le plus rapidement possible.

Il est bon de rappeler que les personnes en incapacité de travail sont vraiment malades (Di Zinno et al., 2019), que la situation financière des personnes en invalidité est souvent précaire (Avalosse et al., 2016), que des tendances lourdes (démographiques, sociétales) expliquent largement la croissance du nombre d'invalides (INAMI, 2018; Saks, 2017). Nous faisons donc face (et pour longtemps) à un énorme défi! Mais que faire? Au-delà des choix budgétaires et des orientations politiques déjà prises, ne convient-il pas aussi de réfléchir à une politique pérenne de prévention du risque de l'incapacité et à un meilleur accompagnement dans le retour à une activité professionnelle? Et, dans tout ce débat, nous ne devons pas perdre de vue les besoins des personnes elles-mêmes.

Il s'agit dès lors d'en savoir plus sur ce qui se passe avant, pendant et après l'incapacité de travail. La seule méthode pertinente est de donner la parole directement à ceux et celles qui vivent ou ont vécu un épisode d'incapacité de travail. C'est pourquoi, la MC a organisé une enquête en ligne, anonyme, à laquelle 4.350 personnes ont répondu, durant les mois d'octobre et novembre 2019. Ces personnes ont pu s'exprimer sur diverses thématiques: quelles sont les causes de leur incapacité de travail ? Comment ont-elles vécu leur période d'incapacité de travail ? Comment les aider durant cette période ? Et comment le retour au travail a-t-il été mis en place et vécu ? Qu'est-ce qui a aidé ou, au contraire, a compliqué le retour au travail ?

Le but du présent article est de présenter les résultats de cette vaste étude en trois grands volets, que nous avons placés sous le signe de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire).

- En connaissant mieux les facteurs à l'origine de l'incapacité de travail, on peut réfléchir à la façon d'éviter ou de limiter ces facteurs déclencheurs. On est dans la prévention primaire.
- Grâce aux témoignages des répondants, nous avons pu identifier de nombreux besoins durant l'incapacité de travail. Ces besoins sont autant de points d'attention pour les différents acteurs impliqués dans l'incapacité de travail. Nous sommes bien dans la prévention secondaire : en répondant au mieux à ces besoins, on évite d'aggraver la si-

tuation et on favorise le passage à l'étape suivante qui sera le retour au travail.

À ce sujet, les réponses apportées au questionnaire permettent aussi de mettre en lumière les principaux facteurs qui facilitent ou, au contraire, compliquent la reprise du travail. C'est la prévention tertiaire qui se concentre sur un retour réussi au travail afin d'éviter, plus tard, une rechute en incapacité de travail.

La richesse des témoignages et des informations apportées par nos répondants est énorme, malgré un questionnaire long, compliqué (à l'image des parcours très divers des personnes en incapacité de travail) et parfois délicat (exprimer son ressenti à sa mutuelle, qui verse l'indemnité dont on vit, ne va pas forcément de soi). Cette contribution de nos membres nous permet d'accroitre notre connaissance des besoins concrets et des éléments pertinents pour améliorer l'accompagnement des personnes pendant leur incapacité de travail et lorsque le retour au travail est envisagé. C'est pourquoi l'étude se conclut sur des recommandations à l'intention des pouvoirs publics, des employeurs, des malades de longue durée et des médecins-conseils.

#### 2. Objectifs et méthode de l'étude

#### 2.1. Objectifs

Cette étude est née de la volonté de comprendre concrètement la situation des personnes en incapacité de travail et de déconstruire les préjugés et la stigmatisation qui les entourent. En plus de comprendre leurs besoins avant, pendant et après l'incapacité de travail, il s'agit aussi de cartographier leurs trajets et d'identifier les facteurs facilitant et entravant la reprise du travail.

L'idée qui sous-tend cette étude est d'impulser une politique centrée sur les personnes et leurs problèmes. Dans cette optique, la prévention est primordiale puisque la responsabilité de l'incapacité de travail ne doit pas reposer uniquement sur les personnes elles-mêmes. Au contraire, les efforts à mettre en œuvre doivent être partagés entre tous les acteurs, y compris les entreprises.

Les questions de recherches peuvent dès lors être résumées comme suit :

 Comprendre les causes de l'incapacité de travail et les besoins des personnes en incapacité de travail

<u>Questions de recherche</u>: Quelle maladie a donné lieu à l'incapacité de travail ? Le travail en est-il (en partie) responsable et si oui, pour quelles raisons ? De quoi ont besoin les personnes en incapacité de travail et qui peut les aider dans ce domaine ?

 Cartographier le trajet des individus en incapacité de travail

<u>Questions de recherche</u>: Les personnes malades (de longue durée) reviennent-elles sur le marché du travail ? Si oui, reviennent-elles chez le même employeur (éventuellement avec un travail modifié) ou ont-elles changé d'employeur ? Ou bien les gens restent-ils en invalidité ? Ou bien finissent-ils au chômage ?

Identifier les facteurs facilitant et entravant la reprise du travail

<u>Questions de recherche</u>: Comment s'est passée la reprise du travail après l'incapacité de travail ?" Qu'est-ce qui l'a aidée ou compliquée?" "Quels sont les besoins lors de la reprise du travail?"

#### 2.2. Méthode

S'il ne s'agit pas de la première étude menée par le service d'études de la Mutualité chrétienne en matière d'incapacité de travail – une enquête a été menée en 2016 et mettait en lumière les difficultés financières des personnes en invalidité (Avalosse et al., 2016) – cette étude est toutefois la première d'une telle ampleur, visant à mieux connaître l'ensemble du trajet de l'incapacité depuis le point de vue des personnes qui vivent ce trajet. Afin d'obtenir des résultats sur les déclencheurs de l'incapacité, sur la façon dont les personnes vivent cette période, les efforts entrepris pour revenir au travail, etc., il est, en effet, essentiel de donner directement la parole à celles et ceux qui vivent ou ont vécu un épisode d'incapacité de travail.

La méthodologie choisie pour cette étude est une analyse quantitative des résultats d'une enquête en ligne et totalement anonyme, envoyée avec un courriel d'accompagnement à un échantillon de membres de la MC.

Un échantillon représentatif a été constitué à partir des membres de la MC qui ont reçu des indemnités d'incapacité de travail en 2018 et/ou 2019. Au total, 51.721 personnes ont été sélectionnées (13.777 francophones et 37.944 néerlandophones).

Les critères de sélection étaient les suivants :

- être dans le régime des salariés;
- avoir entre 18 et 65 ans;
- avoir perçu une indemnité d'incapacité de travail au moins un jour au cours de la période comprise entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2019 (cela comprend à la fois des personnes qui sont encore en incapacité au moment de l'envoi du courriel et des personnes qui ont repris le travail ou le chômage);
- être en incapacité depuis maximum trois ans<sup>1</sup>;
- les personnes suivantes ont été exclues de l'échantillon : personnes décédées, membres ayant changé de mutuelle, personnes en maisons de repos (MRPA) et de soins (MRS), personnes admises en psychiatrie (séjours en hôpital psychiatrique, en maisons de soins psychiatriques (MSP), en initiatives d'habitation protégée (IHP), personnes ayant reçu des soins palliatifs, et cela pour 2018 et 2019.

L'échantillon des personnes contactées est représentatif de la distribution au sein des membres de la MC en incapacité de travail (maximum trois ans) pour les variables suivantes : âge, sexe et province.

Mi-octobre 2019, le courriel d'invitation a été envoyé aux 51.721 personnes de l'échantillon pour leur demander de répondre à l'enquête en ligne. Cette dernière a été clôturée à la mi-novembre 2019. Au total, 4.350 personnes ont répondu

1. Ce choix s'explique par la baisse significative des chances de retourner au travail après trois ans en incapacité de travail.

à l'enquête, soit un taux de participation de 8,4%. Il s'agit d'un taux relativement faible, malgré le nombre élevé de répondants en valeur absolue, mais très similaire au taux de participation moyen des enquêtes en ligne de la Mutualité chrétienne, qui se situe entre 5 et 10%.

Afin d'élaborer le questionnaire, un travail de préparation a été mené avec Altéo et Samana. Tout d'abord, de novembre 2018 à mars 2019, Samana a organisé plusieurs focus groups autour de l'incapacité et de la reprise (éventuelle) du travail. Les résultats de ces focus groups ont été utilisés afin de dresser un tableau de la manière dont les personnes ont vécu leur situation. Sur base de ces informations, les thèmes à aborder dans le questionnaire de l'étude « Trajets de l'incapacité de travail » ont été identifiés afin de pouvoir englober l'ensemble des trajets des personnes en incapacité de travail. Ce questionnaire a été élaboré par le Service d'études de la MC en collaboration avec Samana et Altéo, le Service social, le Département médical et le Service des indemnités. L'enquête en ligne a ensuite été testée par des volontaires de Samana et d'Altéo ayant une expérience de l'incapacité de travail et du retour au travail. Sur la base de leurs commentaires, le guestionnaire a été affiné, adapté et finalisé afin que les propositions de réponses répondent au mieux aux réalités du terrain.

Il a été décidé, afin de prendre en compte toutes les expériences et les recommandations des répondants, de laisser des questions totalement ouvertes dans le questionnaire. Cela a ainsi permis d'avoir des témoignages extrêmement riches et un réel aperçu des besoins des personnes interrogées. Cela a également mis en lumière un certain nombre de problèmes que nous n'aurions pas découverts si nous n'avions posé que des questions fermées. L'étude ne se limite ainsi pas à un simple traitement statistique de données puisqu'il a été décidé, dans le choix de la méthode, de donner de la place aux témoignages individuels. Afin d'exploiter les données recueillies dans les questions ouvertes, un travail conséquent de recodage et d'analyse a été mené par les chercheurs permettant de faire l'inventaire des besoins des répondants. Au-delà des chiffres, des citations sont aussi incluses afin d'illustrer les résultats. Celles-ci permettent de mieux comprendre les expériences des personnes en incapacité dans les différentes phases de leur trajet.

#### 2.3. Limites et considérations méthodologiques

Avant de détailler les résultats de l'enquête, il est nécessaire de mentionner certaines limites posées par la méthodologie choisie pour cette étude.

Tout d'abord, il s'agit d'une enquête en ligne, pour laquelle les participants ont été contactés par courriel. Cela signifie donc que les personnes qui y ont participé avaient accès à un ordinateur, que leur courriel était repris dans notre base de données et qu'elles nous avaient autorisés à les contacter. La fracture numérique a donc pour conséquence la sous-représentation des grands précaires. Toutefois, il est important de souligner que, quelle que soit la forme de l'enquête (en ligne ou en version papier), ces groupes sont difficiles à atteindre car participer à une enquête peut être considéré comme long et fastidieux.

Cette enquête comportait un questionnaire très étendu pour rendre compte de tous les différents « trajets » des répondants (certains travaillaient avant l'incapacité de travail, d'autres étaient au chômage, certains ont repris le travail, d'autres sont retombés en incapacité de travail, etc.). Opter pour la méthode d'enquête en ligne a rendu possible la navigation automatique entre ces différents « trajets », ce qui aurait été presque impossible avec un questionnaire papier. De cette façon, les questions posées étaient pertinentes pour tous les répondants et 'adaptées' à leur situation spécifique. Cela constituait en soi un avantage pour les répondants et sans cela, le taux de participation aurait probablement été plus faible.

Nous l'avons dit, l'échantillon sélectionné était représentatif des membres de la Mutualité chrétienne en situation d'incapacité de travail (maximum 3 ans) en termes d'âge, de sexe et de province. Il n'était toutefois pas possible d'aller plus loin dans la représentativité de l'échantillon, en tenant compte de critères socio-économiques comme le niveau de revenus, le degré d'éducation, la situation familiale, etc., car nous ne disposons pas de ces informations pour nos membres.

Parmi nos répondants, peu étaient au chômage avant l'incapacité de travail, ce qui ne nous permet pas de tirer de conclusion pour ce groupe de répondants. Pourtant, nous le verrons par la suite (voir Figure 3), la trajectoire, notamment en matière de retour au travail après l'incapacité de travail, est différente pour les personnes qui étaient au chômage avant l'incapacité de travail de celle de ceux qui étaient au travail. Notre étude ne nous permet pas de donner des résultats probants pour les chômeurs et il serait intéressant de mener des recherches spécifiques pour ce groupe.

Enfin, les données de cette étude sont autorapportées, c'està-dire qu'elles ne sont pas basées sur des éléments objectifs tels que des diagnostics médicaux ou des informations administratives liées au dossier de l'incapacité de travail, mais sont les témoignages des répondants. Ces témoignages, s'ils peuvent contenir des erreurs, représentent toutefois ce que les répondants ressentent et vivent, ce que des données objectives ne permettent pas de capter. Ainsi, si un témoignage négatif peut être dû à une mauvaise compréhension du répondant, ce témoignage met toutefois en lumière son vécu.

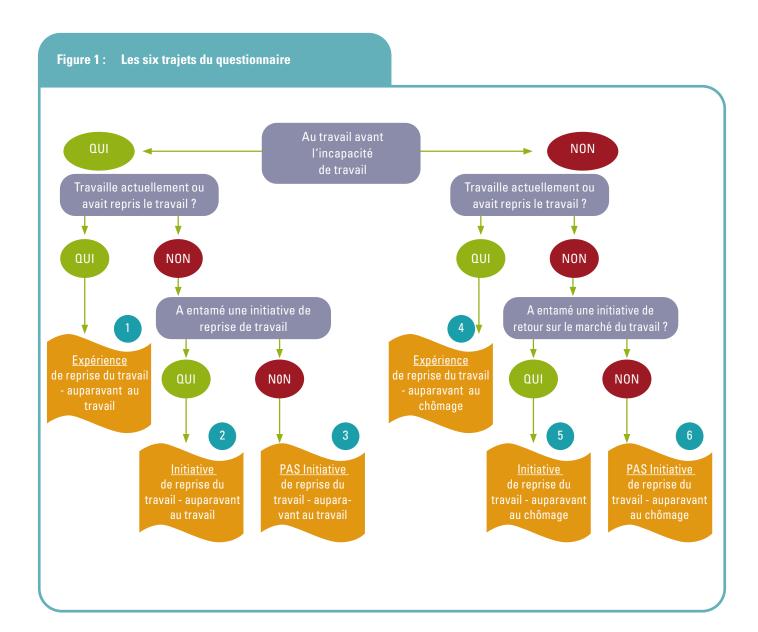
#### 3. L'enquête

## 3.1. La structure de l'enquête : la variété des trajets en incapacité

Le questionnaire visait à saisir autant de situations différentes que possible. La seule chose que l'on savait sur le répondant était le fait qu'il était en incapacité au moins un jour en 2018 et/ou 2019. Aucune autre information n'était disponible sur le trajet que le répondant avait suivi ensuite : incapacité de travail continue, reprise du travail, etc. Le questionnaire devait donc proposer un certain nombre de trajets possibles. La réponse à un certain nombre de questions principales déterminait automatiquement le trajet du questionnaire que le répondant devait suivre. Il y avait six trajets possibles, chacun comportant un certain nombre de questions spécifiques. En d'autres termes, tous les répondants n'ont pas reçu exactement les mêmes questions.

La Figure 1 schématise les six trajets possibles dans le questionnaire et les principales questions à partir desquelles ces trajets étaient définis.

- Les trajets 1, 2 et 3 correspondent aux répondants qui travaillaient avant de passer en incapacité de travail, tandis que les parcours 4, 5 et 6 correspondent aux répondants qui étaient auparavant au chômage.
- Les trajets 1 et 4 correspondent aux répondants qui avaient repris le travail au moment de l'enquête ou qui avaient repris le travail pendant un certain temps (et qui sont ensuite retombés en incapacité de travail, par exemple). Il s'agit donc de répondants qui ont eu l'expérience du retour au travail après une incapacité de travail.
- Les trajets 2 et 5 correspondent aux répondants qui n'ont pas repris le travail à un moment donné, mais qui ont pris une ou des initiative(s) en ce sens.
- Enfin, les trajets 3 et 6 correspondent aux répondants qui n'ont aucune expérience de retour au travail et n'ont pas encore pris d'initiative en ce sens.



#### 3.2. Le profil des répondants

4.350 personnes ont rempli le questionnaire en ligne. Les résultats ont été repondérés en fonction du sexe, de l'âge et du régime linguistique afin de fournir une image représentative des membres de la MC en situation d'incapacité de travail (et qui sont dans cette situation depuis un maximum de 3 ans).

Le nombre de répondants par trajet est le suivant (voir Figure 1 pour les différents trajets)<sup>2</sup>:

- 1: n=2.247 personnes (soit 52% des répondants) (expérience de retour au travail, auparavant au travail);
- 2: n=669 (15%) (initiative de reprise du travail, auparavant au travail);
- 3 : n=659 (15%) (aucune initiative de reprise du travail, auparavant au travail) ;
- 4: n=73 (2%) (expérience de retour au travail, auparavant au chômage);
- 5: n=101 (2%) (initiative de reprise du travail, auparavant au chômage);
- 6: n=139 (3%) (aucune initiative de reprise du travail, auparavant au chômage).

Dans la présentation des résultats de l'enquête, selon l'objectif de chaque chapitre, seront discutés soit les résultats de l'ensemble des répondants, soit les résultats d'un sous-groupe spécifique d'entre eux.

- Au point 3.3. (la situation des répondants au moment de l'enquête), les résultats pour les personnes qui travaillaient avant leur incapacité (trajets 1, 2 et 3) sont examinés et comparés à ceux des personnes qui étaient auparavant au chômage (trajets 4, 5 et 6). C'est le seul endroit de l'étude où une telle comparaison est faite.
- Dans le point 4.1. (avant l'incapacité de travail), les résultats pour l'ensemble des répondants sont d'abord examinés (section 4.1.1. Les maladies à l'origine de l'incapacité de travail).
   Ensuite, dans la section 4.1.2. (Le travail en lui-même et les conditions de travail sont-ils à l'origine de l'incapacité de travail ?), seuls les résultats des répondants qui travaillaient avant leur incapacité sont discutés (trajets 1, 2 et 3).
- Le point 4.2. (pendant l'incapacité de travail) porte principalement sur la manière dont est vécue l'incapacité de travail elle-même. Tous les répondants en ont fait l'expérience et cette partie présente donc des résultats pour l'ensemble des répondants.
- Dans le point 4.3. (après une incapacité de travail / reprise du travail), seuls les résultats des répondants qui travaillaient avant leur incapacité de travail et qui ont eu une expérience de reprise du travail (trajet 1) sont discutés.

En ce qui concerne le profil des répondants, nous discutons ci-dessous des résultats pour l'ensemble des répondants.

Le Tableau 1 montre la répartition de certaines données sociodémographiques parmi les répondants à l'enquête. Il y a une petite majorité de femmes (53%), un bon mélange de différents groupes d'âge (une répartition approximativement égale entre les personnes de moins de 35 ans, les personnes de 35 à 44 ans, les personnes de 45 à 54 ans et les personnes de 55 ans et plus) et 77% des répondants parlent le néerlandais. Sur base de ces trois variables (sexe, âge et régime linguistique), la population de nos répondants (4.350 personnes) a été repondérée afin qu'elle soit bien représentative de la population cible de notre étude (i.e. les membres de la MC en incapacité de travail depuis maximum trois ans).

Tableau 1: Profil des répondants

		% répondants
Sexe	Homme	46,7%
	Femme	53,3%
Âge	<35	27,7%
	35-44	23,2%
	45-54	27,4%
	55+	21,7%
Régime	Francophone	23,2%
linguistique	Néerlandophone	76,8%
Niveau de	Bas	23,7%
formation	Moyen	39,0%
	Haut	36,4%
	Inconnu	0,9%
Durée de	<=5 mois	28,6%
l'incapacité de	6-11 mois	14,7%
travail	12-24 mois	20,5%
	>24 mois	10,4%
	Inconnu/non calculable	25,9%
Situation familiale	Personne isolée	18,3%
	Isolé avec enfants	8,5%
	Couple sans enfant	27,3%
	Couple avec en- fants	37,0%
	Inconnu	8,9%

On observe une variété de niveaux de formation. Un quart des répondants (24%) a un faible niveau de formation (pas de diplôme de l'enseignement secondaire) tandis que le reste des répondants

<sup>2.</sup> Tous les répondants n'ont pas pu être affectés à un trajet particulier. C'est le cas lorsqu'une des questions principales n'a pas reçu de réponse. Comme il y avait encore plusieurs questions en dehors des questions liées aux six trajets, ces répondants ont tout de même été inclus dans l'étude. En revanche, les répondants qui n'ont répondu qu'aux questions sociodémographiques n'ont pas été pris en compte dans l'étude.

Figure 2 : La situation actuelle - pour les répondants qui travaillaient avant leur incapacité (% des répondants)

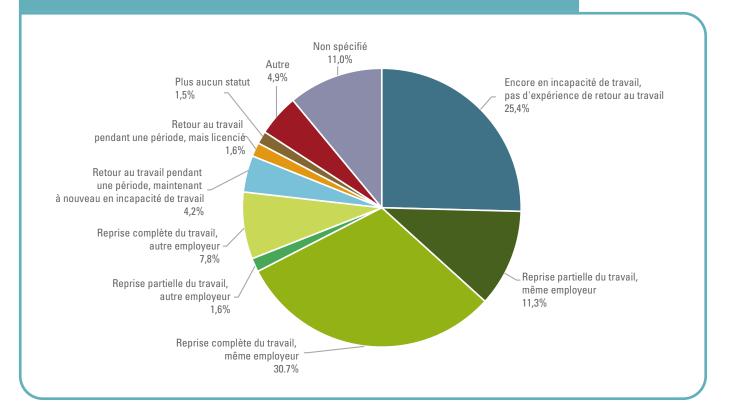
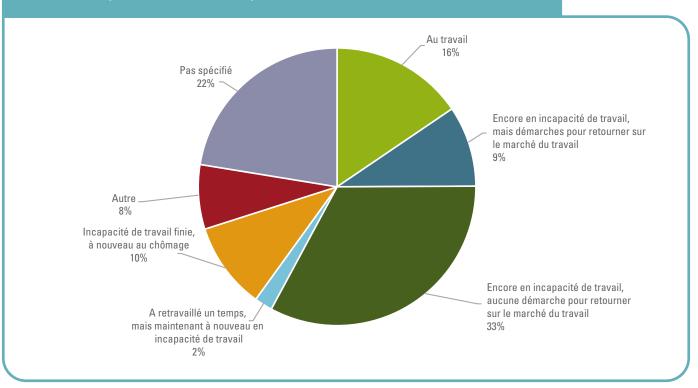


Figure 3 : La situation actuelle - pour les répondants qui étaient au chômage avant leur incapacité de travail (% des répondants)



se répartit plus ou moins également entre un niveau de formation moyen (diplôme de l'enseignement secondaire) (39%) et un niveau de formation élevé (diplôme de l'enseignement supérieur) (36%).

On observe également une bonne répartition en termes de durée de l'incapacité de travail. Il y a à la fois suffisamment de répondants qui ne sont pas en incapacité depuis très longtemps (29% pour un maximum de cinq mois) et de répondants qui sont en incapacité depuis plus longtemps (31% pour plus d'un an). Le groupe intermédiaire (entre six mois et un an) est également suffisamment représenté (15%). Cependant, il n'a pas toujours été possible de calculer la durée de l'incapacité de travail (pour 26% des répondants, elle était inconnue ou ne pouvait être calculée). Pour rappel : l'échantillon excluait les personnes en incapacité de travail depuis plus de trois ans.

En ce qui concerne la situation familiale, 18% des répondants sont des personnes isolées et 9% sont des parents isolés. La majorité des répondants sont soit en couple (27%), soit en couple avec enfants (37%).

#### 3.3. La situation des répondants au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, la moitié des répondants (51%) qui travaillaient avant leur incapacité avaient repris le travail (voir Figure 2). Une majorité a repris le travail chez le même employeur (42%), tandis qu'une minorité a changé d'employeur au retour de l'incapacité (9%). Dans les deux cas, la majorité a opté pour une reprise du travail à temps plein, tandis que les autres ont repris le travail à temps partiel.

Au total 30% des répondants étaient encore en incapacité de travail au moment de l'enquête (voir les deux zones bleues à la Figure 2). Pour la majorité d'entre eux (25%), cette incapacité n'a pas été interrompue, tandis que 4% ont brièvement repris le travail mais sont retombés en incapacité de travail. Enfin, 2% des répondants ont repris le travail pendant un certain temps avant d'être licenciés.

Les répondants qui étaient au chômage avant leur incapacité de travail ont une trajectoire différente (voir Figure 3). Seuls 16% d'entre eux travaillaient au moment de l'enquête (contre 51% de ceux qui travaillaient avant leur incapacité de travail). 43% sont toujours en incapacité de travail : 41% l'ont été de manière continue et 2% ont travaillé pendant une période, mais sont ensuite retombés en incapacité de travail. 10% sont retournés au chômage après leur incapacité de travail. La situation de 22% est inconnue.

Ces résultats indiquent que le parcours depuis l'incapacité de travail est différent pour ceux qui ont encore un emploi à reprendre et pour ceux qui n'en ont pas ou plus. Dans cet article, cependant, nous ne discuterons pas plus loin de la situation spécifique des répondants qui étaient au chômage avant leur incapacité de travail, le nombre de répondants qui étaient au chômage avant leur incapacité de travail étant trop faible pour en déduire d'autres résultats concernant ce groupe. Des recherches supplémentaires les concernant spécifiquement seraient dès lors appropriées.

## 4. Résultats de l'étude : l'incapacité de travail sous l'angle de la prévention

Dans l'analyse des résultats, trois périodes sont distinguées : les périodes avant, pendant et après l'incapacité de travail. En effet, chaque période correspond à un type spécifique de prévention de l'incapacité de travail.

La période qui précède l'incapacité de travail correspond à la prévention primaire. Que s'est-il passé dans la période précédant l'incapacité de travail qui pourrait l'expliquer ? Qu'est-ce qui a pu déclencher l'incapacité de travail ? La compréhension de ces facteurs est riche d'enseignements pour éviter l'incapacité de travail.

La période d'incapacité correspond à la prévention secondaire. Comment se déroule cette période et qu'est-ce qui aide la personne en incapacité de travail pendant cette période ? Comment les autres peuvent-ils aider les personnes en incapacité ? Que peut-on faire pour se remettre le mieux possible de l'incapacité de travail ?

La période qui suit l'incapacité de travail correspond à la prévention tertiaire. Comment s'est passé le retour au travail ? Quels facteurs ont favorisé ou compliqué le processus ? Comment optimiser le retour au travail pour qu'il ait le plus de chances de réussir ? La compréhension de ces facteurs nous apprend comment éviter une rechute dans l'incapacité de travail.

#### 4.1. Avant l'incapacité de travail : prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes mis en place afin d'éviter l'incapacité de travail. On parle donc, ici, de la période antérieure à l'incapacité de travail et des causes de cette dernière. Quels sont les besoins avant que ne survienne l'incapacité de travail, ou en d'autres termes, que faut-il mettre en place pour l'éviter ?

Lors de l'enquête, il n'a pas été demandé explicitement aux répondants ce qui aurait pu permettre d'éviter leur incapacité de travail, mais ces informations peuvent être déduites des réponses à la question « Pouvez-vous expliquer en quoi votre situation professionnelle est en partie responsable de votre incapacité de travail ? ». En identifiant les causes invoquées par les répondants comme étant responsables de leur incapacité de travail, lorsqu'elle est directement liée au travail, il est possible d'en déduire des points d'attention autant pour les employeurs que pour les autorités publiques. En effet, s'il est possible d'agir au niveau micro-sociétal en adaptant les conditions de travail des travailleurs, il peut également être nécessaire d'agir au niveau macro-sociétal en repensant l'organisation du travail.

Nous analysons, ici, les origines de l'incapacité de travail, d'abord en différenciant les maladies dont souffrent les répondants. Ensuite, nous examinons si l'incapacité est directement liée à la situation professionnelle, et lorsque c'est le cas, les raisons mentionnées par les répondants, qui peuvent être considérées comme les causes de l'incapacité de travail. Ces deux éléments sont ensuite mis en relation avec le type de maladie, le type de travail (manuel/intellectuel), le niveau d'autonomie, les rapports avec les responsables et les collègues, le type de fonction (dirigeante ou non) et le régime horaire. En fonction de ces différents facteurs, des recommandations peuvent alors être faites pour réduire le risque de tomber en incapacité de travail.

#### 4.1.1. Les maladies à l'origine de l'incapacité de travail

Dans le questionnaire, il a tout d'abord été demandé aux répondants quelle était l'affection principale à l'origine de leur incapacité de travail. Parmi ces affections, il était possible de distinguer plusieurs grandes catégories : les affections psychiques et burn-outs, les maladies et/ou blessures du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs et les autres maladies (maladies cardiovasculaires, digestives, respiratoires, neurologiques et sensorielles ainsi que cancers).

Il faut noter que les répondants peuvent souffrir de plusieurs maladies à la fois. Ainsi, si 75,5% des répondants déclarent être affectés par une seule maladie, 23,8% déclarent souffrir de deux maladies ou plus.

Ainsi que le Tableau 2 le montre, 24% des répondants déclarent que l'affection à l'origine de leur incapacité de travail est une affection psychique (dépression, crises d'angoisse, etc.) et 22% un burn-out. Et au total, 36,8%, soit un répondant sur trois a déclaré que la cause l'incapacité de travail était un burn-out et/ou une affection psychique.

31,7% des répondants ont, quant à eux, déclaré souffrir de maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs (douleurs dorsales et cervicales, arthrite, arthrose, etc.). En y ajoutant les entorses, fractures et blessures (18,3%), près de la moitié (47,4%) déclarent souffrir d'une maladie et/ou de blessures du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs.

Les autres affections dont souffrent le plus les répondants sont les cancers (7,7%), les maladies cardiovasculaires (5,3%) et les maladies neurologiques et sensorielles (5,4%).

Lors de l'enquête, il a été demandé aux participants si les activités professionnelles qu'ils exerçaient juste avant d'être en incapacité de travail étaient principalement manuelles ou intellectuelles. 49,5% ont répondu que leur travail était manuel, 36,4% intellectuel et 10,8% un mélange des deux. Or, en fonction du type de travail effectué par les répondants, on observe que certaines maladies sont plus fréquentes que d'autres.

Tableau 2 : Affection principale à l'origine de l'incapacité de travail (plusieurs réponses possibles)

Maladie	Nombre de répondants	en %
Affection psychique (ex. : dépression, crises d'angoisse, etc.)	1.045	24,0%
Burn-out	959	22,0%
Affection psychique et/ou burn-out	1.600	36,8%
Maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs (douleurs dorsales et cervicales, arthrite, arthrose, etc.)	1.380	31,7%
Entorses, fractures (bras, jambe,), blessures (genou, coude,),	795	18,3%
Maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs et/ou entorses, fractures et blessures	2.063	47,4%
Cancer (cancer du sein, cancer des intestins, cancer du poumon, leucémie, etc.)	334	7,7%
Maladies cardiovasculaires (infarctus, troubles du rythme cardiaque, hypertension, thrombose, etc.)	229	5,3%
Maladies neurologiques et sensorielles (maladie de Parkinson, épilepsie, sclérose en plaques (SEP), troubles de la vue, troubles de l'audition, etc.)	236	5,4%
Fibromyalgie - syndrome de fatigue chronique (SFC)	192	4,4%
Affections digestives (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, etc.)	150	3,4%
Affections respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème pulmonaire, etc.)	94	2,2%
Autre	188	4,3%

Ainsi, parmi les personnes dont le travail était principalement fait de tâches manuelles, 32% d'entre elles souffrent de maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs et 18% d'entre elles, d'entorses, fractures et blessures, alors que ce n'est respectivement le cas que de 14% et de 9% des travailleurs qui effectuaient principalement des tâches intellectuelles (voir Tableau 3).

Au contraire, on observe que 29% des travailleurs effectuant principalement des tâches intellectuelles souffrent de burnout et 22% d'entre eux d'affections psychiques, alors que ce n'est le cas que de 11 et 16% des travailleurs effectuant principalement des tâches manuelles.

Lorsqu'on observe plus globalement le type de maladie, cette différence est encore plus marquée. Ainsi, les personnes touchées par des maladies psychiques sont principalement des travailleurs effectuant des tâches intellectuelles (73,3% d'entre elles) et les personnes touchées par des maladies physiques<sup>3</sup> sont très majoritairement des travailleurs effectuant des tâches manuelles (70,2% d'entre elles) (voir Tableau 4).

## 4.1.2. Le travail en lui-même et les conditions de travail sont-ils à l'origine de l'incapacité de travail ?

En termes de prévention primaire, il est possible de prendre des mesures concernant les affections qui sont directement causées par la situation professionnelle. Lorsque ce n'est pas le cas, il est plus difficile d'identifier l'origine du problème et d'y apporter des solutions (par exemple dans le cas de cancers). On peut en effet agir sur la situation professionnelle lorsque cette dernière est à l'origine de l'incapacité et donc

de l'absence pour cause de maladie, mais difficilement directement sur la maladie elle-même.

Lors de l'enquête, il a été demandé aux répondants si leur situation professionnelle était (en partie) responsable de leur incapacité de travail et les raisons pour lesquelles c'était le cas. Les réponses à ces questions nous donnent donc des indications quant aux causes de l'incapacité de travail, lorsqu'elle est liée à la situation professionnelle.

Tableau 4: Type de maladies les plus courantes selon le type de travail<sup>4</sup>

	Tâches principale- ment intellectuelles
35,1%	73,3%
70,2%	36,9%
	lement manuelles 35,1%

	courantes se		

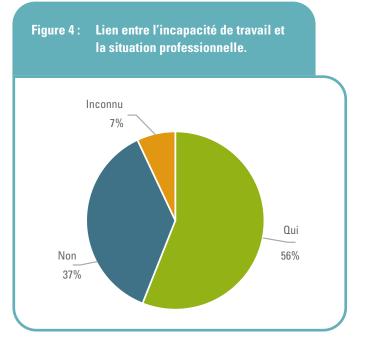
Maladie	Tâches principalement manuelles	Tâches principalement intellectuelles
Affection psychique	15,6%	22,0%
Burn-out	10,5%	28,9%
Maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs	32,4%	14,4%
Entorses, fractures, blessures	17,7%	9,4%
Cancer	5,1%	7,4%
Maladies cardiovasculaires	3,9%	4,0%
Maladies neurologiques et sensorielles	3,8%	4,1%
Affections respiratoires	1,6%	1,7%
Affections digestives	2,5%	2,5%
Fibromyalgie-SFC	3,7%	2,8%
Autre	3,4%	3,1%

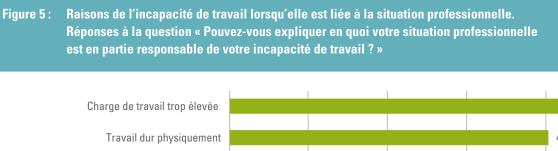
- 3. Sont considérées comme « physiques » toutes les malades qui ne sont pas psychiques (affections psychiques et burn-out).
- 4. Dans ce tableau, la somme des pourcentages (en ligne) est égale à plus de 100% car certaines personnes effectuent à la fois des tâches manuelles et intellectuelles (plusieurs réponses possibles à la question).

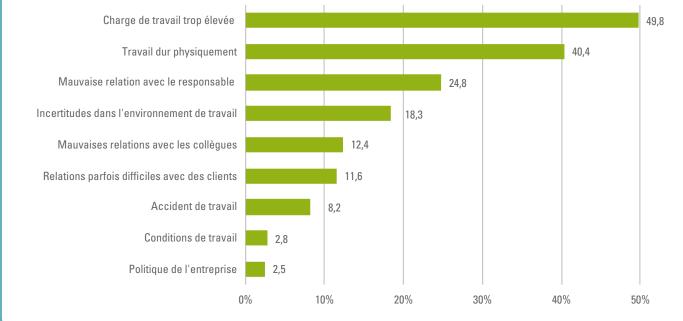
Une majorité des répondants (au travail avant l'incapacité de travail) considèrent ainsi que leur situation professionnelle est responsable de leur incapacité de travail (56%), contre 37% qui considèrent que ce n'est pas le cas (voir Figure 4).

Lorsque les répondants indiquaient que leur situation professionnelle était (en partie) responsable de leur incapacité de travail, il leur était alors demandé en quoi leur situation professionnelle était (en partie) responsable de cette incapacité.

On retrouve deux types de facteurs responsables de l'incapacité de travail (voir Figure 5).







- Ceux en relation avec l'organisation du travail et les relations interpersonnelles :
  - 50% mentionnent ainsi une charge de travail trop élevée, en précisant devoir faire trop de travail avec trop peu de personnes, travailler de plus en plus avec moins de personnes, trop peu de personnel, de longues journées de travail, beaucoup de responsabilités ou devoir faire un travail seul qui devrait être réalisé par plusieurs personnes;
  - 25% mentionnent une mauvaise relation avec le responsable, en précisant qu'ils reçoivent peu de conseils, peu d'appréciation, pas d'oreille attentive, des conseils/un soutien insuffisants, qu'ils participent trop peu aux décisions, que l'interprétation du travail est peu claire, qu'ils n'ont pas de manager direct, etc.;
  - 12% mentionnent une mauvaise relation avec les collègues (y compris situations de harcèlement, abus verbal, collègues qui ne prennent pas d'initiatives en raison d'une trop grande pression dans leur travail, etc.);
  - 12% mentionnent également les relations avec les clients, non seulement parce qu'elles sont émotionnellement lourdes, mais parfois également en raison de comportements agressifs de ces derniers;
  - 2,5% mentionnent des questions liées à la politique de l'entreprise<sup>5</sup> (pas de structure, manque de soutien, procédures en constante évolution, nombreux changements, ressources très limitées, répartition des tâches peu claire, réorganisation, économies, pas de vision/ cadre clair, organisation chaotique, pas de priorités dans le fonctionnement, approche non professionnelle, gestion incompétente, etc.).
- Ceux en relation avec les conséquences physiques de l'activité professionnelle :
  - 40% mentionnent ainsi un travail dur physiquement (y compris le fait d'effectuer toujours les mêmes actions);
  - 8,2% mentionnent les accidents de travail;
  - 2,8% mentionnent les conditions de travail<sup>6</sup> (bureau inapproprié, chaise de mauvaise qualité, bureau paysager, open-space, chaussures de travail de mauvaise qualité, beaucoup de bruit, musique forte, plancher de travail dangereux, services irréguliers, travail organisé en « pauses », exposition prolongée à des produits chimiques, matériel obsolète).

En outre, 18% déclarent que l'incertitude importante existant dans leur environnement de travail a également joué un rôle dans leur passage en incapacité de travail.

Les répondants, qui avaient la possibilité de mentionner d'autres raisons, mettent également l'accent sur la pression

qu'ils subissent souvent, sur le fait que la productivité et la quantité sont privilégiées à la qualité, et que trop de tâches sont à effectuer rapidement dans un laps de temps trop court, avec souvent trop d'heures de travail. Les conditions de travail sont qualifiées d'inhumaines par certains répondants, qui appellent à repenser l'organisation du travail.

- « Les restructurations en cours provoquent des vacances de postes, tandis que le nombre de projets continue d'augmenter ». <sup>7</sup>
- « J'ai seulement eu à faire ce que normalement trois fonctions feraient ».
- « L'institution n'avait plus les moyens de ses ambitions en raison des mesures d'austérité du gouvernement, des réductions de subsides, de l'augmentation des contrôles, .... mettant les travailleurs sous pression. Faire beaucoup plus de travail avec beaucoup moins de moyens. C'est inhumain ».
- « Il est urgent de repenser le travail, la manière de gérer humainement les conditions de travail, l'homme ne peut pas être à la merci du travail, l'homme n'est pas une machine... ».

#### Raisons de l'incapacité en fonction de l'âge

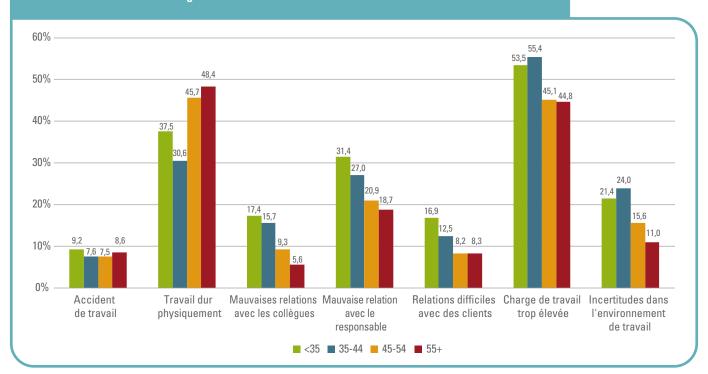
Il est intéressant de voir que ces raisons divergent en fonction de l'âge, comme le montre la Figure 6.

Ainsi, on observe que les conséquences physiques de l'activité professionnelle sont plus souvent les causes de l'incapacité de travail chez les répondants de plus de 55 ans (48% d'entre eux mentionnent la difficulté physique du travail, alors que ce n'est le cas que de 38% des moins de 35 ans et de 31% des 35-44 ans).

Les conséquences de l'organisation du travail et les relations interpersonnelles sont, quant à elles, invoquées de moins en moins lorsque l'âge s'accroit. Ainsi, la mauvaise relation avec le responsable est mentionnée par 31% des répondants de moins de 35 ans, 27% des 35-44 ans, 21% des 45-54 ans et 19% des plus de 55 ans. Le fait que la façon de travailler ait énormément changé ces dernières années et qu'on en demande de plus en plus aux jeunes qui entrent sur le marché du travail (flexibilité, travail orienté sur le résultat, etc.) pourrait être une piste d'explication de la fréquence à laquelle ces derniers mentionnent ces facteurs.

- 5. Il s'agit, ici, d'un recodage des commentaires donnés par les répondants à la catégorie « autres ». Cette thématique n'était pas reprise dans les propositions figurant dans le questionnaire. Si cela avait été le cas, peut-être que davantage de répondants l'auraient sélectionnée.
- 6. Voir note précédente.
- 7. Ces citations (ainsi que dans le reste de l'article) sont extraites des réponses aux questions ouvertes figurant dans le questionnaire.

Figure 6 : Raisons de l'incapacité de travail lorsqu'elle est liée à la situation professionnelle, en fonction de l'âge



En outre, le pourcentage de répondants attribuant leur incapacité de travail à leur situation professionnelle ainsi que les raisons invoquées de l'incapacité de travail divergent également en fonction de la maladie dont souffrent les répondants, du type de travail et de la fonction qu'ils exercent, de leur niveau d'autonomie, des rapports avec leurs collègues et leur responsable et de leur régime horaire, comme nous l'analysons ci-dessous.

#### Raisons de l'incapacité en fonction du type de maladie

Certaines maladies sont davantage liées à l'activité professionnelle ou aux conditions de travail que d'autres. Cela se vérifie lorsqu'on observe que parmi les répondants qui déclarent être en burn-out, 89,9% estiment que c'est leur situation professionnelle qui est à l'origine de leur incapacité de travail, comme on l'observe dans le Tableau 5. C'est également le cas pour une majorité des personnes qui déclarent avoir une affection psychique (68,8%). Les répondants qui déclarent souffrir de maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs attribuent également principalement leur incapacité de travail à leur situation professionnelle (63,6%).

Les personnes souffrant d'autres affections, quant à elles, déclarent majoritairement que leur situation professionnelle n'est <u>pas</u> à l'origine de l'incapacité de travail. Ces chiffres sont particulièrement marqués avec 81% pour les cancers et 60,6% pour les maladies neurologiques et sensorielles.

Tableau 5 : Lien entre l'incapacité de travail et la situation professionnelle, en fonction de l'affection dont souffrent les répondants (maladies les plus souvent citées)

Votre situation professionnelle est-elle en partie responsable de votre incapacité de travail ?	OUI	NON	Inconnu
Affection psychique	68,8%	24,0%	7,1%
Burn-out	89,9%	5,8%	4,3%
Maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs	63,6%	28,5%	8,0%
Entorses, fractures et blessures	39,9%	51,0%	9,1%
Cancer	13,9%	81,0%	5,1%
Maladies cardiovasculaires	44,8%	47,4%	7,8%
Maladies neurologiques et sensorielles	34,1%	60,6%	5,3%

Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires n'attribuent également pas majoritairement leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, de même que les personnes souffrant d'entorses, de fractures et de blessures, mais cette différence est moins marquée.

Pour éviter l'incapacité de travail, il est donc possible d'agir sur les maladies et affections qui sont directement liées à la situation professionnelle, mais il est plus difficile d'agir sur celles qui ne le sont pas puisque nous n'en connaissons pas les causes.

Lorsque l'incapacité de travail est liée à la situation professionnelle, les raisons invoquées sont également différentes en fonction du type de maladie dont les patients souffrent. Ainsi, on voit sur la Figure 7 que les répondants en incapacité de travail suite à des affections psychiques ou un burn-out invoquent en premier lieu une charge de travail trop élevée (respectivement 62% et 73% d'entre eux). Viennent ensuite les relations difficiles avec leur responsable (37% et 45% d'entre eux) et les incertitudes dans l'environnement de travail (30% et 33%). C'est chez ce groupe de répondants que ces deux dernières raisons sont les plus souvent invoquées.

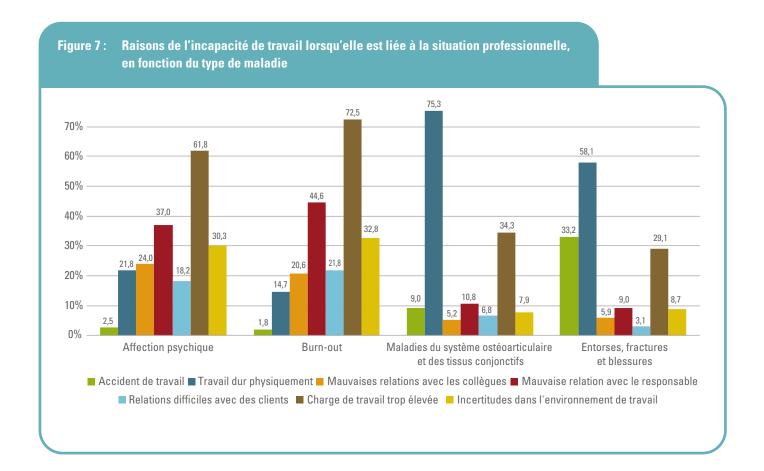
Les répondants qui souffrent de maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs sont ceux qui invoquent le plus le fait que leur travail est dur physiquement (75% d'entre eux). Quant à ceux qui souffrent d'entorses, de fractures et de blessures, lorsque ces dernières sont considérées comme

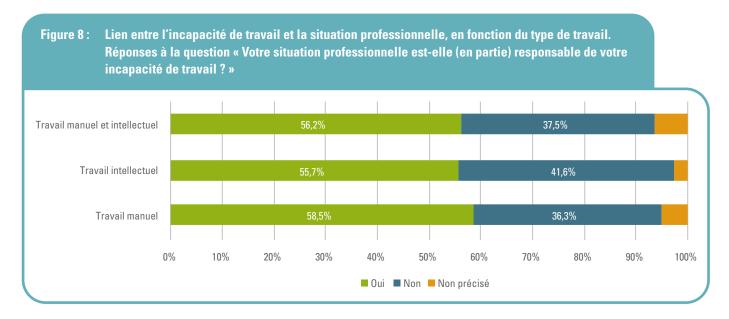
à l'origine de l'incapacité de travail, elles sont le plus souvent dues à un travail dur physiquement (58% d'entre eux le mentionnent) et à des accidents de travail (33% d'entre eux). Parmi l'ensemble de ces répondants, la charge de travail trop élevée est également souvent mentionnée comme cause de l'incapacité de travail.

#### Raisons de l'incapacité en fonction du type de travail

Lors de l'enquête, il a été demandé aux participants si les activités professionnelles qu'ils exerçaient juste avant d'être en incapacité de travail étaient principalement manuelles ou intellectuelles. Pour rappel (voir point 4.1.1), à cette question, 49,5% ont répondu que leur travail était manuel, 36,4% intellectuel et 10,8% les deux. Cet indicateur nous permet d'examiner si davantage de personnes avec un travail manuel que celles effectuant un travail intellectuel associent leur activité à leur incapacité de travail, ou l'inverse.

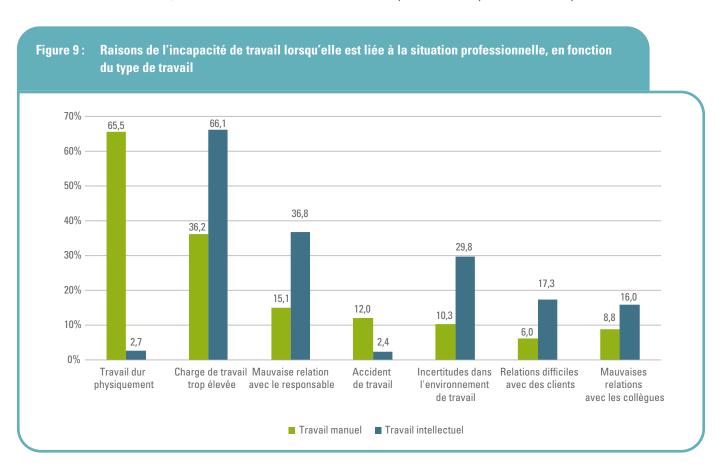
Or, comme le montre la Figure 8, le lien entre l'incapacité de travail et la situation professionnelle est relativement indépendant du type de travail qu'exercent les répondants. 58,5% des personnes qui exerçaient des activités manuelles associent leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, contre 55,7% qui exerçaient des activités intellectuelles et 56,2% qui exerçaient les deux types d'activités. La différence n'est que de quelques points, ce qui prouve que le risque de tomber en incapacité est aussi grand selon que la profession soit manuelle ou intellectuelle.





Toutefois, les raisons pour lesquelles la situation professionnelle est à l'origine de l'incapacité de travail varient en fonction du type de travail. Ainsi, les répondants dont le travail est principalement fait de tâches manuelles invoquent surtout un travail dur physiquement (65,5% d'entre eux), une charge de travail trop élevée (36,2%) et une mauvaise relation avec leur responsable (15,1%), comme on l'observe sur la Figure 9. Les travailleurs effectuant principalement des tâches intellectuelles, quant à eux, évoquent essentiellement une charge de travail trop élevée (66,1% d'entre eux), une mauvaise relation avec leur responsable (36,8%) et des incertitudes dans leur environnement de travail (29,8%). Chez les répondants dont l'activité était principalement manuelle, nous observons également davantage d'accidents de travail.

De manière générale, on peut encore observer que les facteurs relationnels prennent une place plus importante pour les personnes effectuant des tâches intellectuelles. On observe ainsi une différence pouvant aller jusqu'à 20 points entre les répondants effectuant des tâches intellectuelles et ceux effectuant des tâches manuelles lorsqu'ils invoquent des relations difficiles avec leur responsable, leurs collègues ou leurs clients en tant que facteurs explicatifs de l'incapacité de travail.



#### Raisons de l'incapacité en fonction du niveau d'autonomie

Dans le questionnaire, il était également demandé aux répondants de préciser le niveau d'autonomie dont ils jouissaient dans leur travail avant leur incapacité de travail. En croisant cette information avec l'attribution de l'incapacité de travail à la situation professionnelle, on peut ainsi examiner si l'autonomie agit comme facteur préventif de l'incapacité de travail. L'hypothèse que l'on fait alors est que la situation professionnelle amène moins souvent à une incapacité de travail chez les personnes avec un grand niveau d'autonomie.

C'est en effet ce qu'on observe (voir Figure 10). Parmi les répondants qui pouvaient entièrement décider de la manière dont ils exécutaient leurs tâches, 48% attribuent leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, alors que c'est le cas de 61% des répondants qui ne pouvaient absolument pas décider de la manière dont ils effectuaient leurs tâches. Plus le niveau d'autonomie est faible, plus les personnes déclarent que leur incapacité de travail est liée à leur situation professionnelle. De même, en sens inverse, on observe que 33% des personnes dont le niveau d'autonomie était très faible n'attribuent pas leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, alors que c'est le cas de 50% des personnes avec un haut niveau d'autonomie.

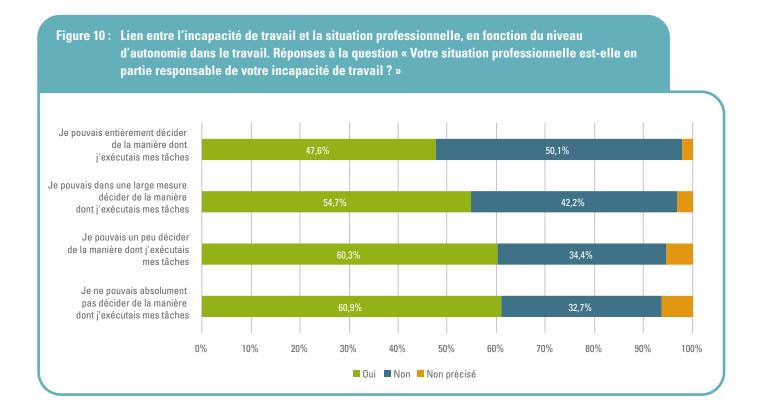
En allant plus loin dans l'analyse, on peut également examiner quelles sont les raisons les plus souvent invoquées de l'incapacité de travail – lorsqu'elle est liée à la situation professionnelle – en fonction du niveau d'autonomie. Ainsi, comme l'il-

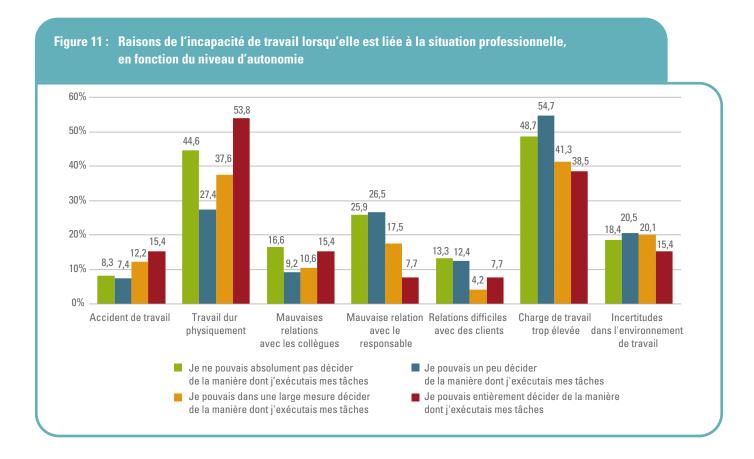
lustre la Figure 11, on observe que plus le niveau d'autonomie s'accroit, moins les répondants associent leur incapacité de travail à une charge de travail trop élevée.

De la même manière, on observe que les relations difficiles avec les clients et la mauvaise relation avec le responsable sont davantage invoquées chez les répondants dont l'autonomie est faible et que ces raisons sont de moins en moins invoquées lorsque l'autonomie s'accroit.

Toutefois, il faut bien distinguer l'autonomie du manque d'encadrement. Ainsi, les répondants sont nombreux à attribuer leur incapacité au manque de soutien, de formation et d'encadrement, comme l'illustrent les extraits ci-dessous. Afin de pouvoir mettre son autonomie à profit, il est en effet nécessaire d'avoir un mandat clair et de ne pas se sentir seul face à ses responsabilités.

- « Manque de soutien et de formation appropriés. Je travaillais depuis moins de deux ans après avoir obtenu mon diplôme, mais j'étais responsable de tâches dont ni mes collègues ni mon supérieur n'avaient connaissance. J'avais l'impression d'être tout seul ».
- « Job description mal défini / responsabilité de gestionnaire de projet alors que pas dans le job description de base/ laisser seule face aux responsabilités et décisions / changement constant des priorités imposées par la direction ».





Raisons de l'incapacité de travail en fonction des rapports avec le responsable et les collègues

Dans le questionnaire, il était également demandé aux répondants quelle était, avant leur incapacité de travail, la nature de leurs relations avec leurs collègues et avec leur responsable. De manière générale, on observe qu'une majorité des répondants entretenaient de bonnes relations avec leur responsable (60% d'entre eux) et leurs collègues (71% d'entre eux).

En outre, on observe que lorsque les répondants entretiennent de bons rapports sur leur lieu de travail, leur situation professionnelle leur semble bien moins souvent à l'origine de leur incapacité de travail. Ainsi, la Figure 12 indique que 86% des répondants qui entretenaient de mauvais rapports avec leur responsable attribuent leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, alors que ce n'est le cas que de 51% des répondants qui entretenaient de bons rapports avec ce dernier. De la même manière, 80% des répondants qui entretenaient de mauvais rapports avec leurs collègues attribuent leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, alors que ce n'est le cas que de 56% des répondants qui entretenaient de bons rapports avec ces derniers.

On peut donc conclure que de bonnes relations interpersonnelles sur le lieu de travail contribuent à diminuer le risque d'incapacité de travail.

En outre, on observe que les causes de l'incapacité de travail sont différentes lorsque les rapports humains sur le lieu de travail sont meilleurs (voir Figure 13). Tous les facteurs de risques liés à l'organisation du travail et les relations interpersonnelles sont ainsi beaucoup moins mentionnés par les répondants qui avaient de bonnes relations avant leur incapacité. Au contraire, ces répondants invoquent davantage les accidents de travail et le fait que leur travail est dur physiquement.

De plus, lorsque les rapports avec le responsable ou les collègues étaient mauvais avant l'incapacité de travail, ces mêmes relations sont très souvent invoquées comme étant les raisons de l'incapacité de travail (c'est le cas de 71% des répondants qui avaient de mauvaises relations avec leur responsable et de 66% qui avaient de mauvaises relations avec leurs collègues).

Comme l'illustrent les citations ci-dessous, l'absence de reconnaissance et de soutien de la part de la hiérarchie, mais aussi le manque de communication de la part des supérieurs hiérarchiques, l'incohérence dans la façon dont les décisions sont prises, le manque de clarté concernant les objectifs, la non-définition des rôles et des responsabilités sont des facteurs qui impactent le bien-être du travailleur et qui peuvent être directement à l'origine de l'incapacité de travail.

Figure 12 : Lien entre l'incapacité de travail (IT) et la situation professionnelle, en fonction des rapports avec le responsable et les collègues. Réponses à la question « Votre situation professionnelle est-elle en partie responsable de votre incapacité de travail ? »

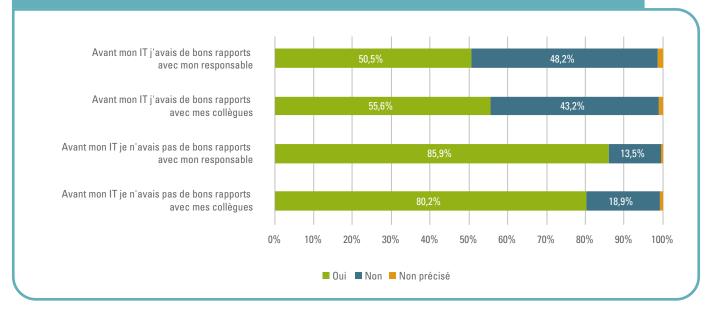
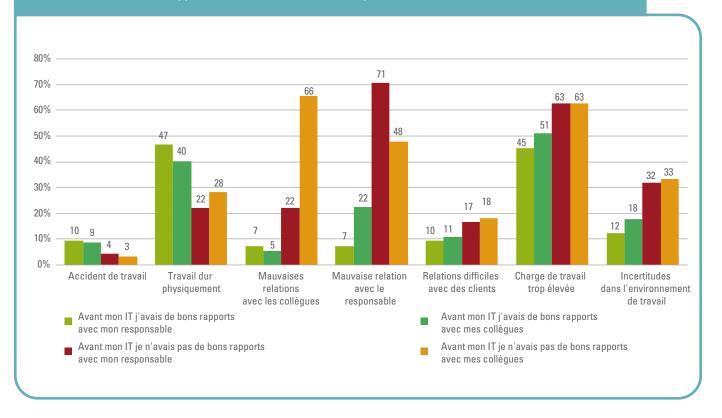


Figure 13 : Raisons de l'incapacité de travail (IT) lorsqu'elle est liée à la situation professionnelle, en fonction des rapports avec les collègues et le responsable



- « Supérieur hiérarchique : mauvaise communication, aucun suivi, indifférence et manque total d'engagement, aucune appréciation ».
- « Aucun intérêt de la part de certains «dirigeants» pour le travail fourni ou pour les problèmes rencontrés ».
- « Dur physiquement/psychologiquement, peu de reconnaissance professionnelle et mauvais management d'équipe sur le plan humain ».
- « Les patronnes étaient toujours à vérifier ce que je faisais. À me rabaisser devant les clients. Un jour elles disaient noir, le lendemain blanc. Certaines employées sont favorisées. J'avais droit à des remarques pour des futilités. L'ambiance était malsaine. Je n'en dormais plus et allais au travail la boule au ventre ».

#### Raisons de l'incapacité de travail en fonction du type de fonction

Lors de l'enquête, il a été demandé aux répondants s'ils exerçaient ou non une fonction dirigeante (chef de service, chef de bureau, chef d'équipe, directeur général, chef d'entreprise, etc.). En examinant la Figure 14, on peut observer que les personnes qui exerçaient une fonction dirigeante associent davantage leur incapacité de travail à leur situation professionnelle que celles qui n'occupent pas ce type de fonction (62,8% contre 55,7%).

En outre, lorsque ces personnes expliquent les raisons pour lesquelles leur situation professionnelle est responsable de leur incapacité de travail, on observe qu'elles diffèrent en fonction des deux groupes (ceux qui exercent une fonction dirigeante, ceux qui n'en exercent pas). La charge de travail trop élevée est la raison la plus souvent invoquée dans les deux groupes, mais elle l'est plus souvent par les répondants qui occupent une fonction dirigeante (61,1% contre 47,5%) (voir Figure 15). On voit également d'emblée que le facteur explicatif de la pénibilité physique du travail est le seul qui est davantage invoqué par les personnes qui n'occupaient pas de fonction dirigeante (43,8% contre 25,9% chez les personnes occupant une fonction dirigeante).

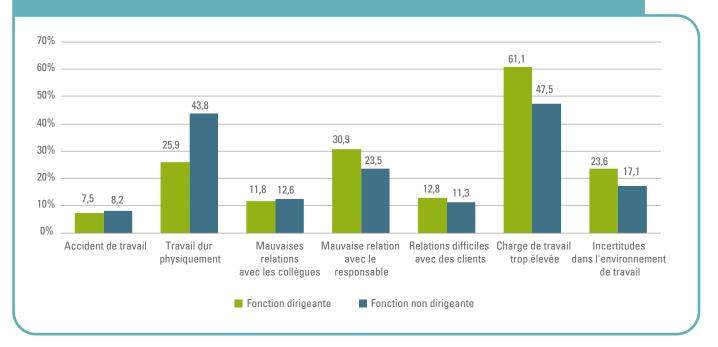
#### Raisons de l'incapacité de travail en fonction du régime horaire

Finalement, il est également possible d'analyser si le régime horaire a une influence sur l'incapacité de travail. On pourrait imaginer qu'un régime horaire réduit serait un facteur diminuant le risque d'incapacité de travail. La situation est toutefois un peu plus compliquée. Si on observe, en effet, que les personnes qui effectuent moins de 20h par semaine ont moins de chance de tomber en incapacité de travail pour des raisons directement liées à leur situation professionnelle (48,1% d'entre eux n'associent pas leur incapacité de travail à leur situation professionnelle, ce qui en fait le groupe le plus nombreux), on peut également voir à la Figure 16 qu'autant de personnes travaillant à temps partiel lient leur incapacité de travail à leur situation professionnelle (60,5% d'entre elles) que de personnes travaillant à temps plein (59,9% d'entre elles). La pénibilité du travail pourrait être, ici, un facteur explicatif. Certaines professions, physiquement difficiles, ne permettent en effet pas d'effectuer plus de 36 heures/semaine. À titre d'exemple, les aides-ménagères travaillent souvent à temps partiel, car il est physiquement très difficile de faire ce type de travail à temps plein. Or, même à temps partiel, ce type de métier est pénible physiquement, ce qui augmente le risque d'incapacité de travail<sup>8</sup>.

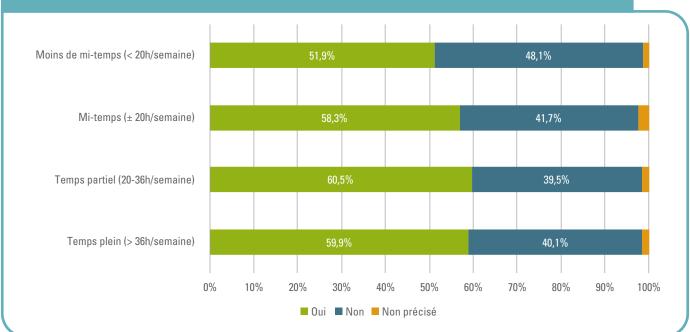


8. Une étude menée par l'INAMI et l'Université Libre de Bruxelles révèle ainsi que l'emploi dans les titres-services affecte négativement la santé des aides-ménagères, principalement au travers d'un risque accru de souffrir de maladies musculosquelettiques. La probabilité d'être en incapacité de travail (court terme) augmente ainsi de 85% et celle d'invalidité (long terme) de 260% pendant les cinq années qui suivent leur entrée dans le système. Les résultats de cette étude ont été présentés en 2020 lors d'un séminaire (https://www.riziv.fgov.be/fr/agenda/Pages/seminaire-effets-subsides-secteur-titres-services.aspx).









Pour en savoir plus, il est donc nécessaire d'analyser les raisons précises de l'incapacité de travail invoquées par les répondants en fonction de leur régime horaire. On voit ainsi (à la Figure 17) que les personnes travaillant à mi-temps et à temps partiel sont celles qui invoquent en plus grande proportion un travail dur physiquement (respectivement 55% et 46% d'entre elles). Cela concorde donc avec l'hypothèse que tant les travailleurs à temps partiel que les travailleurs à temps plein associent leur incapacité à leur situation professionnelle à cause de la pénibilité du travail. Un temps de travail partiel n'est donc pas suffisant pour éviter l'incapacité de travail dans le cas de professions lourdes physiquement. Les conditions de travail doivent donc être également aménagées.

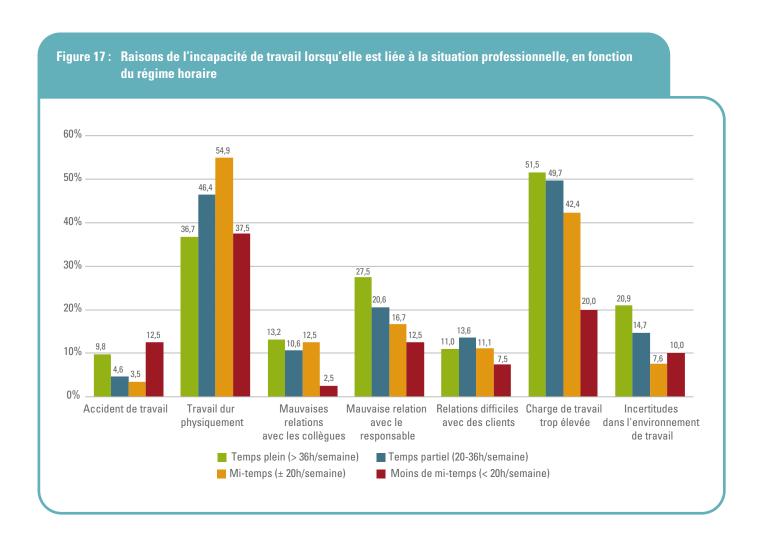
On observe également que moins il y a d'heures prestées, moins les répondants se plaignent d'une charge de travail trop élevée. Toutefois, cette différence n'est que très faible entre les répondants qui prestent un temps plein (52%) et ceux qui prestent entre 20 et 36 heures par semaine (50%). Cette faible différence peut être liée au fait que lorsqu'un travailleur passe à temps partiel, la charge de travail ne diminue souvent pas proportionnellement au temps de travail.

La Figure 17 montre encore qu'au plus le régime de travail est important, au plus les facteurs explicatifs en lien avec l'organisation du travail et les relations interpersonnelles sont mentionnés par les répondants. Ainsi, on voit que la mauvaise relation avec le responsable est mentionnée par 27,5% des répondants travaillant à temps plein contre seulement 12,5% des répondants qui prestent moins d'un mi-temps.

## 4.1.3. Conclusion : les principaux facteurs liés à l'incapacité de travail

En introduction de cette partie, nous nous posions la question suivante : qu'est-ce qui est à l'origine de l'incapacité de travail, ou en d'autres termes, que faut-il mettre en place en termes de prévention primaire pour l'éviter ? Si cette question n'a pas été posée directement aux répondants, il est toutefois possible d'identifier des éléments de réponse à partir de la question « Pouvez-vous expliquer en quoi votre situation professionnelle est en partie responsable de votre incapacité de travail ? ».

Nous avons donc vu que les principales maladies à l'origine de l'incapacité de travail sont les burn-outs et/ou les affections psychiques (37% des répondants) et les maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs (32% des répondants). Or, selon la grande majorité des répondants souffrant de ce type de maladies, c'est le travail qui est responsable de leur incapacité de travail.



De manière générale, les répondants attribuent leur incapacité de travail à leur situation professionnelle principalement en raison de deux types de facteurs : ceux en lien avec l'organisation du travail et les relations interpersonnelles (le facteur le plus souvent mentionné étant la charge de travail trop élevée) et ceux en relation avec les conséquences physiques de l'activité professionnelle (le facteur le plus souvent mentionné étant la pénibilité physique du travail).

Nous avons observé que si les pourcentages de répondants attribuant leur incapacité de travail à leur situation professionnelle divergent peu en fonction du type de travail effectué par les répondants, les raisons à l'origine de l'incapacité divergent par contre selon le type de travail (principalement manuel ou principalement intellectuel). Les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations interpersonnelles sont plus souvent invoqués comme étant la cause de l'incapacité de travail chez les travailleurs effectuant des tâches intellectuelles, alors que les travailleurs effectuant des tâches manuelles mentionnent davantage les facteurs physiques.

Nous avons également pu identifier une série de facteurs agissant comme facteurs préventifs de l'incapacité de travail. C'est le cas du niveau d'autonomie puisque nous observons que plus l'autonomie s'accroit, moins la situation professionnelle est la source de l'incapacité de travail. De même, lorsque les répondants ont de bons rapports avec leurs collègues et leur responsable, l'incapacité de travail est moins souvent causée par la situation professionnelle.

Nous le verrons dans les recommandations formulées à la fin de cet article, une attention toute particulière doit donc être accordée au bien-être sur le lieu de travail, entendu au sens de bien-être psychologique, mais aussi physique (recommandation 5.1.). Pour ce faire, les employeurs doivent veiller à renforcer leurs politiques de prévention et permettre un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle. La possibilité de crédit-temps en fin de carrière doit également rester ouverte pour éviter l'incapacité de travail.

Au vu de la proportion de personnes affectées par des burnouts, il est aujourd'hui nécessaire de travailler à rendre les soins de santé mentale plus inclusifs et plus accessibles pour les travailleurs. Obtenir une aide psychologique à temps pourrait avoir un effet préventif pour une proportion importante de personnes qui sont actuellement en incapacité de travail (recommandation 5.2.).

#### 4.2. Pendant l'incapacité de travail : prévention secondaire

La prévention secondaire comprend toutes les actions visant à se rétablir le mieux possible après une maladie et une incapacité de travail. Cela couvre toute la période d'incapacité de travail proprement dite. De quoi les gens ont-ils besoin pendant leur période d'incapacité de travail ? Qu'est-ce qui les

aide à se rétablir le mieux possible et à sortir de l'incapacité de travail ? Une fois que l'incapacité de travail ne peut plus être évitée (prévention primaire), que peut-on faire pour sortir le mieux possible de l'incapacité de travail (prévention secondaire) ?

À la fin du questionnaire, il a été demandé aux répondants, sur la base de leurs propres expériences, de faire des recommandations. L'analyse de cette question complètement ouverte a donné beaucoup d'informations sur les besoins des personnes en incapacité de travail et sur les recommandations à faire pour répondre à ces besoins. Cela repose à la fois sur des expériences positives (qui montrent comment le fait de satisfaire le besoin les a aidés) et sur des expériences négatives (qui montrent comment les choses ont mal tourné parce que le besoin n'a pas été rencontré). Les recommandations donnent un aperçu de ce que les personnes en incapacité de travail peuvent faire elles-mêmes, mais aussi de ce que l'employeur, la mutualité et le gouvernement peuvent faire. Ce qui suit est donc une description des besoins des personnes, tels qu'elles les ont exprimés, et n'implique pas une évaluation de la façon dont certaines choses se passent actuellement.

Le cas échéant, les résultats de la question ouverte ont été complétés par les résultats d'autres questions du questionnaire. Ces derniers résultats fournissent alors une évaluation de la façon dont les répondants estiment que certaines choses se passent.

#### 4.2.1. Que peut faire la personne en incapacité ?

#### Prendre le temps de se rétablir complètement

Les répondants ont souligné l'importance de donner la priorité à la santé pendant la période d'incapacité de travail. Ils ont estimé qu'il était important de prendre le temps nécessaire pour se rétablir (complètement). Pour y parvenir, il était parfois nécessaire de travailler sur soi-même, en fonction de l'affection qui entraînait une incapacité de travail. De nombreuses personnes interrogées ont trouvé que le soutien psychologique était utile à leur rétablissement. Mais le coaching en (ré)orientation professionnelle a également été utile en termes de rétablissement (et pas seulement pour la reprise du travail). Cela les a aidés à acquérir de nouvelles perspectives, à reconnaître les pierres d'achoppement, à redécouvrir leurs talents et les alternatives possibles. Cela leur a appris à connaître leurs possibilités et leurs limites et à mieux se connaître en tant que personne. Parfois, accepter sa maladie et apprendre à vivre avec les limites qu'elle impose était une étape nécessaire vers la guérison.

#### Faire des activités et garder un contact social

Les personnes interrogées ont indiqué qu'être en incapacité de travail pour cause de maladie ne devait pas signifier ne rien faire de la journée. Ils ont conseillé de trouver une activité ou un hobby pendant la période d'incapacité de travail, car cela peut aider à la récupération. Faire quelque chose que l'on aime, qui distrait et fait se sentir bien. Sortir pour une promenade, par exemple, peut également être utile. Il est important de donner une structure à la journée, même si c'est parfois difficile.

Pendant la période d'incapacité de travail, beaucoup de contacts sociaux (quotidiens) sont perdus (avec les collègues, les clients, etc.). Les répondants ont mentionné que pendant cette période, il est important de garder un contact social, de continuer à voir des gens. Il est impératif d'éviter de rester seul à la maison pendant des jours entiers. Rechercher l'aide et le soutien d'autrui peut contribuer à la guérison. Quelqu'un qui écoute, qui comprend, qui aide et soutient. Il peut s'agir de la famille, d'amis, de voisins, d'un bon collègue, de votre responsable hiérarchique, etc. En ce qui concerne le contact avec le travail, il faut sentir par soi-même ce dont on a besoin pour se rétablir. Pour certaines personnes, il s'agit de maintenir le contact avec le travail, tandis que pour d'autres, il est nécessaire de prendre de la distance par rapport au travail.

Pour certains répondants, le volontariat a aidé. Ils se sentaient ainsi valorisés et utiles, et c'était un moyen de s'ouvrir aux autres. Le volontariat a joué un rôle important dans le processus de rétablissement, tant pour les répondants qui ont repris le travail par la suite que pour ceux qui n'étaient plus en mesure de le faire. Grâce au volontariat, ils ont pu donner à leurs journées un but nouveau et utile.

- « Retrouver une bonne santé est la première chose indispensable ».
- « Le volontariat redonne un rythme de vie et des contacts sociaux, on peut se rendre utile. C'est une première marche, aisément accessible pour recommencer à son propre rythme ».
- « Trouvez un passe-temps pour occuper un peu le temps!»

#### 4.2.2. Qu'est-ce qui peut se faire au travail?

#### Offrir compréhension et soutien

Les témoignages des personnes interrogées ont montré que les collègues et le supérieur hiérarchique peuvent être un soutien pour une personne en incapacité, s'ils écoutent et sont compréhensifs. Il est important que le contact soit axé sur une préoccupation réelle concernant la santé et le rétablissement de la personne en incapacité de travail. Cela permet de soulager la pression qu'elle peut ressentir de 'devoir' retourner au travail rapidement. Il faut donc éviter de prendre contact uniquement pour des questions liées au travail ou à la

reprise du travail car cela ne fait qu'exercer une pression, ce qui ne favorise pas le processus de guérison. Ce qui peut aider une personne en incapacité, c'est de lui faire comprendre qu'on est inquiet et qu'on espère qu'elle se remettra bien.

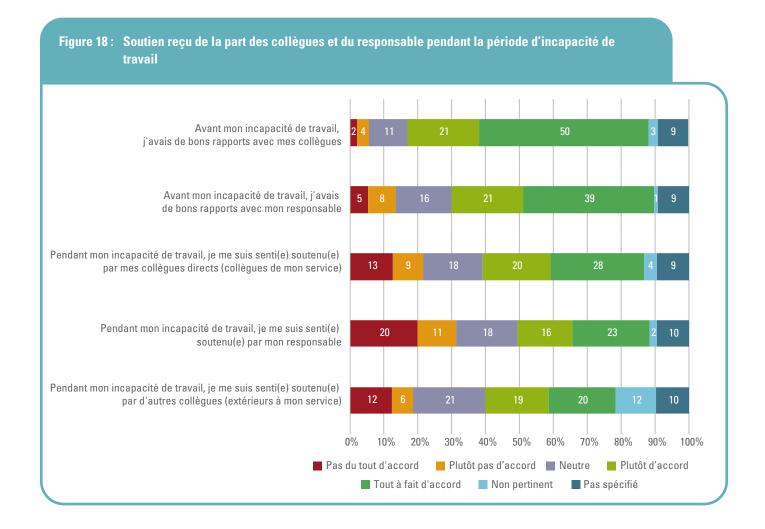
Il est important de se rendre compte aussi qu'il est également possible que la personne malade ne veuille pas avoir de contact avec le travail pendant un certain temps. Cela doit également être respecté. Pour certaines personnes en incapacité de travail, s'éloigner du travail était une étape nécessaire vers la guérison. Les collègues et le supérieur hiérarchique doivent être capables de comprendre et de respecter cela, sans continuer à déranger la personne malade.

#### Donner à la personne le temps de se rétablir

En ce qui concerne spécifiquement le responsable et/ou l'employeur, il est important de laisser à la personne en incapacité de travail un temps suffisant pour se rétablir. La pression exercée sur le retour au travail est contre-productive. Cela crée du stress, ce qui n'est pas propice à la guérison.

- « Le fait qu' à mon travail, on a montré une grande compréhension, sans faire de difficulté, était la meilleure façon de faire pour moi. Il n'y avait pas de pression extérieure, je peux donc prendre le temps de retourner travailler à plein temps ».
- « Un soutien et ne pas toujours dire que vous devez revenir, (cela) joue contre vous ».
- « Mes collègues ont gardé ma chaise et mon bureau «libres» pendant toute la période d'incapacité. Cela m'a donné l'impression que cela valait la peine de se battre, car je me sentirais un jour de retour dans mon travail ».

La Figure 18 montre que la majorité des répondants avaient une bonne relation avec leurs collègues (71% d'accord ou tout à fait d'accord) et avec leur responsable (60% d'accord ou tout à fait d'accord) avant leur incapacité de travail. Cependant, cette bonne relation avec les collègues et le responsable ne se traduit pas automatiquement par un soutien perçu en cas d'incapacité. Environ la moitié (48%) se sont sentis soutenus par leurs collègues immédiats (au sein du département) pendant l'incapacité de travail. 21% ne se sont pas sentis soutenus par eux et 18% ont donné une réponse neutre. 39% se sont sentis soutenus par leur supérieur hiérarchique pendant l'incapacité de travail, ce qui n'est pas le cas pour 31% et 18% sont neutres à ce sujet.



#### 4.2.3. Que peut faire la mutualité ?

Fournir des informations et offrir une assistance dans le suivi administratif

Une personne qui est en incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident a droit à une indemnité d'incapacité. Pour demander cette indemnité, il y a un certain nombre de procédures administratives. Il est nécessaire de disposer d'informations sur ce qu'il faut faire, quand et comment le faire, afin de mener à bien ces démarches. Les personnes interrogées considèrent qu'il est important de recevoir cette information au bon moment. Pour elles, cette information doit donc être de préférence proactive. Outre l'information, les répondants ont également exprimé un besoin d'aide pour faire aboutir toutes ces démarches administratives. Au début de l'incapacité de travail, de nombreuses formalités administratives doivent être faites pour pouvoir bénéficier de l'indemnité. Or c'est le moment où beaucoup de personnes se sentent physiquement et/ou mentalement incapables de le faire. Cela demande en effet beaucoup d'énergie qui fait défaut à ce moment-là. Par exemple, parce que l'on a du mal à se concentrer à cause d'un burn-out, parce que l'on ne se sent pas bien du tout à cause d'une dépression ou parce que l'on souffre beaucoup. Une aide pour le suivi des démarches administratives est donc plus que

bienvenue et est d'autant plus nécessaire que les démarches sont complexes. Certains répondants ont indiqué qu'ils n'auraient pas été en mesure de les faire sans aide.

- « Aide avec la paperasse. J'ai trouvé particulièrement stressant et difficile, avec le burn-out, de prendre moimême l'initiative d'obtenir toutes les preuves et les attestations du médecin, etc. au bon endroit et au bon moment ».
- « Peut-être éventuellement un accompagnement personnalisé ».
- « Mieux informer les gens. Pour un grand nombre de personnes, l'incapacité de travail est heureusement quelque chose qu'elles ne connaissent pas du tout. Il faut une vue d'ensemble claire de ce qu'il faut faire dès la première étape, livrée en temps voulu ».

#### Informer sur l'incapacité de travail

Les personnes interrogées ont fait l'expérience que, pendant la période d'incapacité de travail, elles sont surtout informées de leurs obligations afin de pouvoir recevoir des indemnités. Ce qu'elles recommandent toutefois, c'est de donner également des informations sur les droits et les possibilités dont elles disposent pendant cette période. Les répondants aimeraient savoir à quoi ils ont droit afin de rendre leur vie (financière) plus facile, ou du moins moins difficile, ainsi que sur les façons de les demander et de l'obtenir.

Ne pas seulement se concentrer sur la reprise du travail mais mettre d'abord l'accent sur le rétablissement

Les répondants ont regretté que l'aspect de la santé et du rétablissement n'ait pas toujours figuré dans les communications qui leur ont été adressées. Ils ont estimé que le sujet du retour au travail était par contre très rapidement abordé. Les répondants ont indiqué qu'ils apprécieraient que la communication vers une personne en incapacité de travail consiste d'abord à lui demander comment elle va et à lui souhaiter un bon rétablissement et ensuite seulement, à l'informer sur la reprise du travail.

« Premièrement, la MC ne m'a jamais demandé comment j'allais et ne m'a jamais envoyé de bons vœux pour mon rétablissement, au contraire, j'ai été hospitalisé et on m'a demandé comment et quand je pourrais reprendre le travail ».

#### Optimiser le suivi administratif

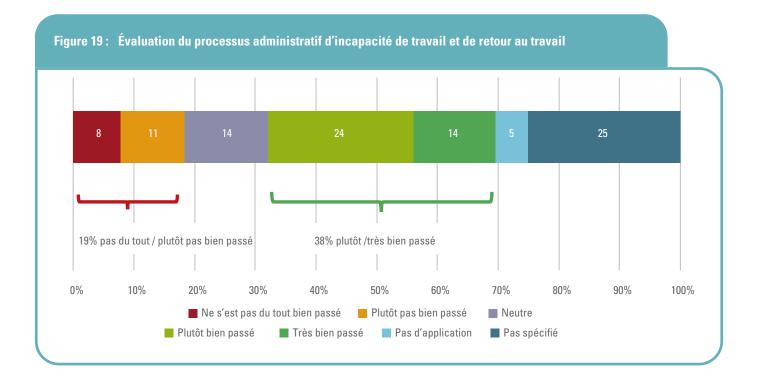
Il est nécessaire d'optimiser le suivi administratif requis afin que le dossier d'incapacité de travail soit et reste en ordre. Les personnes interrogées ont indiqué dans quelle direction elles souhaiteraient voir cette évolution et pourquoi:

- Simplifier: les personnes interrogées pensent que le processus administratif est trop complexe actuellement et qu'il devrait être beaucoup plus simple.
- Réduire la quantité des documents à fournir: il faut remplir trop de documents pour obtenir et maintenir l'incapacité de travail en règle. Les répondants demandent que la quantité de documents à remplir soit réduite.
- Utiliser un langage simple et clair: les répondants trouvent la langue dans laquelle les lettres sont écrites plutôt difficile et administrative. Par conséquent, la communication n'est pas toujours facile à comprendre et ce qui doit être fait n'est pas toujours clair. Rédiger les lettres dans un langage simple et clair serait certainement utile.
- Digitaliser: pour de nombreux répondants, la digitalisation du processus administratif constituerait une grande amélioration. Ils se sont demandé s'il serait possible d'organiser le suivi administratif via des canaux en ligne (par exemple, par e-mail au lieu d'une lettre, un outil en ligne où tout peut être saisi en ligne). Cela éviterait aux personnes en incapacité de travail de devoir se déplacer pour préparer tous leurs papiers.

Maintenant, il faut apporter les documents du médecin à l'employeur, puis à la mutualité pour que tout soit en ordre. Parfois, à cause de la maladie, on n'est pas mobile (pendant un certain temps) et il n'est pas facile de faire ces déplacements. Parfois, les personnes sont encore à l'hôpital. Les répondants ont indiqué que l'envoi des courriers par la poste n'est pas toujours fiable et peut prendre beaucoup de temps.

- Une administration plus directe entre le médecin, l'employeur et la mutualité: actuellement, la personne en incapacité de travail doit effectuer elle-même toutes les démarches administratives auprès des différentes parties. Les personnes interrogées ont recommandé que les parties concernées puissent s'arranger entre elles afin que la personne malade n'ait pas à s'en occuper toute seule. Une possibilité serait que le médecin envoie le document « confidentiel » directement à la mutuelle pour indiquer l'incapacité de travail. Une autre serait que la mutuelle s'occupe ensuite du suivi administratif en contact direct avec l'employeur de la personne malade.
- Révision des délais: pour certaines personnes interrogées, le délai pour remplir les documents était beaucoup trop court. Ils n'ont pas eu assez de temps pour que les différentes parties remplissent tous les papiers nécessaires et que tout arrive à temps à la mutualité. Cela provoque beaucoup de stress et de tension pendant une période déjà difficile en termes de santé.
  - « Trop de paperasse... »
  - « La communication administrative de la MC était extrêmement complexe et rédigée de manière peu claire ».
  - « Stress lié à la nécessité d'obtenir les documents nécessaires à temps, ce n'était pas évident au début de ma maladie ».
  - « Pouvoir transférer les documents par courriel .... Il n'est pas toujours évident de se déplacer et on dépend de l'emploi du temps de nos proches ».
  - « Pourquoi ne pas vous adresser directement à l'employeur au lieu de nous envoyer les docs que nous devons envoyer à l'employeur qui une fois remplis nous les renvoient afin de vous les renvoyer ... ouf... ».

On a demandé aux répondants comment ils avaient vécu le processus administratif de mise en ordre de leur incapacité de travail et de leur reprise du travail (voir Figure 19). Un nombre considérable de répondants (38%) a trouvé que cela s'était passé plutôt bien à très bien. 14% étaient neutres à ce sujet. Cependant, près d'un sur cinq (18%) ne pense pas que le processus administratif se soit déroulé sans heurts (ne s'est pas du tout bien passé et plutôt pas bien passé ensemble). Enfin, une personne sur quatre (25%) n'a pas répondu à cette question.



#### Un médecin-conseil qui accompagne

Les personnes interrogées ont également témoigné de leurs besoins en ce qui concerne le médecin-conseil. Ces témoignages étaient tantôt positifs — montrant pourquoi il est si important que le besoin soit satisfait — et tantôt négatifs — montrant quelles sont les conséquences si le besoin n'est pas satisfait. Par exemple, certains répondants ont indiqué à quel point ils se sentaient bien avec le médecin-conseil parce qu'il les écoutait vraiment. D'autres répondants ont exprimé que c'était difficile pour eux parce qu'ils ne se sentaient pas écoutés par le médecin-conseil. Cela montre qu'il est nécessaire d'être à l'écoute. Cela ne veut pas dire que les médecins-conseils n'écoutent pas ou n'écoutent pas bien, mais cela veut dire que le besoin existe. L'objectif de l'étude n'était pas d'évaluer les médecins-conseils, mais de comprendre les besoins des personnes interrogées dans leur contact avec le médecin-conseil.

Les personnes en incapacité de travail ont indiqué qu'elles avaient besoin d'un médecin-conseil comme accompagnateur afin que les besoins suivants puissent être rencontrés.

- Besoin d'une oreille attentive: il y a un besoin d'un médecin-conseil qui écoute leur histoire et l'expérience de leur maladie. Les répondants ont indiqué qu'ils voulaient d'abord se sentir écoutés.
- Besoin d'empathie, de compréhension et de réconfort: les répondants ont également exprimé le besoin de se sentir compris. Ils ont cité l'importance d'avoir un médecin-conseil qui puisse faire preuve d'empathie à leur égard. Le fait d'aller voir un médecin-conseil a été source de stress pour certains, qui craignaient qu'on leur conseille de reprendre le travail alors qu'ils ne se sentaient pas prêts à le faire. Ils ont donc

également cherché à être rassurés sur le fait qu'ils pouvaient d'abord prendre le temps de se rétablir.

- Accorder plus de temps: les répondants souhaitent que le médecin-conseil dispose du temps nécessaire pour mieux connaître la personne en incapacité de travail et sa situation spécifique. Il faut plus de temps pour prendre une décision ayant un impact important sur l'individu.
- Prise en compte de tous les éléments disponibles du dossier: les répondants souhaitent que le médecin-conseil écoute leur histoire, tiennent compte de l'avis du médecin traitant et de tous les autres éléments de leur dossier.
- Rôle dans le rétablissement d'abord, puis dans la reprise du travail: les personnes interrogées attendent du médecin-conseil qu'il les aide non seulement à reprendre le travail, mais aussi à se rétablir. Elles souhaitent également recevoir des conseils et des astuces pour se rétablir le mieux possible.
- Besoin de soutien et d'orientation: les répondants ont besoin d'un médecin-conseil qui leur apporte aide, conseils, astuces, soutien et orientation. Cela s'applique aussi bien à leur parcours de guérison qu'à leur parcours de retour au travail.
   Que peut-on faire pour se rétablir ? Quelles sont les possibilités de retour au travail ? Quelle est la meilleure façon de procéder ?
- Définir à l'avance le cadre de l'entretien avec le médecin-conseil afin de créer des attentes correctes. Certains répondants ont dit qu'ils étaient très stressés avant leur première consultation avec le médecin-conseil. Soit, le rôle de ce dernier n'était pas clair pour eux et ils ne savaient pas ce qu'ils devaient attendre de la consultation. Soit, ils avaient

l'impression que cet entretien était purement destiné à contrôler, plutôt qu'à apporter une aide et un soutien. C'est pourquoi un certain nombre de personnes ont abordé l'entretien avec beaucoup d'anxiété et d'incertitude. Avec le recul, cet entretien a parfois été une bonne expérience. Certains répondants ont indiqué qu'une définition plus claire du rôle du médecin-conseil dans le cadre de cet entretien conduirait à des attentes plus correctes. D'une part, les gens ont peur du médecin-conseil (perception de contrôle), mais d'autre part, ils aimeraient recevoir de l'aide et des conseils de sa part (besoin de soutien et de conseils). Cette crainte empêche certaines personnes en incapacité de travail de tirer le meilleur parti du rôle potentiel du médecin-conseil.

- « J'ai moi-même bénéficié de beaucoup de soutien et de conseils de la part du médecin-conseil. Cependant, je pense que beaucoup de gens ont peur de s'ouvrir à eux ».
- « Les moments où j'ai été appelé à la MC m'ont causé beaucoup de stress, mais j'ai toujours vécu les entretiens comme très gratifiants et appréciables. C'est surtout l'idée que je me faisais de ce que cela pouvait signifier qui me stressait. On pourrait peut-être le dire plus clairement ».
- « Je me suis sentie respectée et soutenue par le médecin-conseil lors de ma dernière consultation dans ma décision de reprendre progressivement le travail. Dans la situation dans laquelle je me trouvais, la compréhension que j'ai reçue de la part du médecin-conseil a été essentielle pour que je puisse constater par moi-même que j'étais/suis en train de faire ce qu'il faut et que ma décision sera bénéfique pour mon rétablissement ».
- « J'ai le sentiment qu'il ne m'a jamais cru, qu'il m'a donné l'impression que je profitais et que j'ai été injustement en incapacité pendant une longue période. Cela a été très difficile pour moi sur le plan émotionnel ».
- « Les médecins-conseils peuvent faire l'effort d'écouter les plaintes plutôt que de regarder des documents. Je n'ai même pas eu la chance d'expliquer mes problèmes ».
- « Une vraie écoute du médecin-conseil. Pas de décision après quelques minutes ».
- « J'ai été mis à la porte après un an d'incapacité de travail par le médecin-conseil de la mutualité. J'ai eu un nouveau crash à cause de ça. Je n'étais pas prêt à recommencer à postuler, mais le médecin ne voulait pas en entendre parler. On ne peut pas voir de l'extérieur un burn-out et des problèmes psychologiques chez quelqu'un. Je suis toujours amer de ce qui s'est passé à l'époque. Comment quelqu'un qui vous voit pendant 10 minutes et ne vous laisse pas parler peut-il juger si vous pouvez reprendre le travail ou non? »

#### 4.2.4. Que peut faire la société ?

Compréhension et reconnaissance envers les malades (de longue durée)

Les personnes interrogées ont indiqué combien il était important qu'il n'y ait pas de stigmatisation négative liée à la maladie (de longue durée). Les gens ne choisissent pas d'être malades. Ce n'est pas un plaisir de rester à la maison parce qu'on est malade.

- « Le fait que les médias parlent régulièrement du nombre problématique de malades de longue durée et que ces derniers doivent reprendre le travail parce que la société ne peut plus se le permettre n'aide pas non plus. À mon avis, il est très important qu'une personne (réellement) malade ait le sentiment qu'elle peut se rétablir / qu'elle a la possibilité de se rétablir / qu'elle a le temps de se rétablir. Maintenant, j'ai souvent l'impression que je n'ai pas le droit de me rétablir, que je dois retourner au travail le plus vite possible (parce que je suis -en partie- une charge pour la société) ... ».
- « Je comprends que les préjugés sur les personnes en incapacité de travail de longue durée viennent de quelque part. Tout le monde connaît quelqu'un qui est soi-disant trop malade pour travailler, mais qui fait des petits boulots «au noir», ou qui est capable de faire du sport de manière intensive tous les jours, etc. Les personnes réellement malades sont donc rapidement considérées comme des personnes «de travers» ou des parasites ».

#### 4.2.5. Que peut faire le gouvernement ?

#### Garantir une indemnité décente

Certains répondants ont indiqué qu'il était très difficile de joindre les deux bouts avec les indemnités. En particulier, cela n'est pas évident pour les parents isolés car en cas d'incapacité de travail, le seul revenu de la famille chute soudainement et de façon spectaculaire. Une indemnité suffisamment élevée est dès lors importante non seulement pendant la période d'incapacité, mais constitue également une condition importante de la reprise de travail. Les répondants soulignent qu'une indemnité suffisamment élevée pour vivre et prendre soin d'eux-mêmes leur permet de concentrer leur énergie à leur rétablissement et pas seulement à leur survie. De plus, cela permettrait d'éviter que les personnes reprennent le travail à cause de problèmes financiers et non parce qu'elles sont en mesure de le faire.

<u>Prévoir le remboursement du soutien psychologique et du coaching en (ré)orientation professionnelle</u>

De nombreuses personnes en incapacité de travail ont indiqué qu'elles avaient bénéficié d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement en (ré)orientation professionnelle lors du rétablissement. Mais elles mentionnent un obstacle financier : les remboursements étant inexistants ou insuffisants, les coûts de ces services sont (trop) élevés. Par conséquent, cette aide n'est pas destinée à tout le monde. L'accessibilité financière du conseil psychologique et du coaching en (ré) orientation professionnelle devrait être améliorée par le remboursement (partiel) des coûts.

#### 4.2.6. Pas (encore) d'initiative pour le retour au travail

Certains des répondants étaient encore en incapacité de travail au moment de l'enquête et n'avaient pas encore atteint la phase suivante de la reprise du travail (qui est décrite au point 4.3.). Pour certains d'entre eux, il ne sera pas possible de retourner sur le marché du travail et ils resteront donc en incapacité de travail.

Parmi les répondants qui travaillaient avant leur incapacité de travail, 15% n'ont pas encore pris d'initiative pour reprendre le travail au moment de l'enquête. Les raisons les plus importantes sont que les répondants estiment que leur état de santé ne permet pas encore le retour au travail (53%) et que le médecin de famille ou le médecin traitant pense que c'est encore trop tôt (46%). Toutefois, une personne sur quatre (24%) ne sait pas si elle pourra retravailler un jour et une personne sur dix (11%) affirme qu'elle ne pourra jamais plus travailler. 12% veulent d'abord réfléchir à l'orientation qu'ils veulent donner à leur vie professionnelle. Il y a aussi la crainte que l'employeur ne veuille ou ne puisse pas faire des adaptations du travail (10%).

Parmi toutes les personnes qui travaillaient avant leur incapacité, seule une très petite minorité (2% ou 82 répondants) se considère donc comme incapable de travailler à nouveau. Comment voient-elles leur avenir ? Un nombre considérable (29%) de ces répondants ne savent pas, et 18% pensent qu'il est encore trop tôt pour y penser. Les loisirs joueront un rôle important dans l'avenir pour un grand nombre de répondants : 24% aimeraient consacrer (plus) de temps à leurs loisirs et 4,5% aimeraient chercher un passe-temps. Les soins aux proches sont également régulièrement mentionnés. 17% se concentreront sur les soins à apporter à leur partenaire, leurs parents ou leurs enfants. 14% s'occuperont de leurs enfants ou petits-enfants. Enfin, 15% souhaitent faire du bénévolat. Moins positif est le fait que 11% ne se considèrent pas (plus) capables de faire quoi que ce soit.

## 4.2.7. Conclusion : les besoins des personnes en incapacité de travail

La prévention secondaire comprend toutes les actions visant à favoriser le meilleur rétablissement possible une fois l'incapacité de travail survenue. De quoi les gens ont-ils besoin pendant leur période d'incapacité de travail ? Un certain nombre de questions totalement ouvertes du questionnaire permettent d'y répondre et constituent la base de l'élaboration des recommandations de la partie 5.

En premier lieu, il est important qu'une personne en incapacité de travail ait suffisamment le temps de se rétablir et éventuellement de travailler sur elle-même (par le biais d'un soutien psychologique ou d'une aide à la reconversion professionnelle). Pendant la période d'incapacité de travail, il s'avère précieux de prendre du temps pour se consacrer à des activités ainsi que de garder les contacts sociaux. Les personnes interrogées ont déclaré que cela les aidait de faire quelque chose qu'elles aimaient et qui leur offrait une distraction. De même, la compréhension et le soutien des autres (famille, amis, voisins, collègues) sont bénéfiques pour traverser cette période difficile.

En tant qu'employeur, la meilleure façon d'aider une personne en incapacité de travail est de lui donner le temps nécessaire à sa récupération, sans lui mettre la pression pour qu'elle reprenne rapidement le travail, ce qui n'aurait que l'effet inverse de celui escompté. Les collègues et les responsables hiérarchiques peuvent aider en restant en contact avec la personne pendant cette période, à condition que ce contact porte sur la santé de la personne et son rétablissement et non sur des questions liées au travail ou au retour au travail. Néanmoins, il faut tenir compte du fait que certaines personnes ont besoin au contraire de s'éloigner du contexte de travail. Dans ce cas, les collègues et les supérieurs hiérarchiques doivent respecter cette prise de distance.

Une personne qui tombe en incapacité doit remplir de nombreux documents administratifs pour pouvoir bénéficier d'une indemnité. En tant que mutuelle, nous pouvons aider une personne en incapacité de travail en l'informant de manière aussi claire et proactive que possible. Outre l'information, un certain nombre de personnes ont également besoin d'aide pour faire face à cette charge administrative. Pour beaucoup, les démarches administratives se déroulent sans problème, mais ce n'est pas le cas pour près d'une personne sur cinq. Il est donc nécessaire que les mutualités continuent à fournir informations et aide pour effectuer les démarches administratives (nous y reviendrons au point 5.5., dans la partie consacrée aux recommandations). Toutefois, les personnes interrogées ont également indiqué que le mieux serait de réformer ce processus administratif (voir recommandation 5.6.) : réduire la quantité de documents à remplir, rédiger les lettres à l'intention des personnes en incapacité dans un langage plus clair et accessible, digitaliser certaines démarches et rendre la communication plus directe entre les différentes parties.

Un autre élément important pendant la période d'incapacité de travail est le contact avec le médecin-conseil. Les personnes en incapacité de travail ont besoin d'un médecin-conseil qui les écoute, les comprenne, fasse preuve d'empathie et les rassure. Ils ont besoin d'une personne qui les accompagne (avec des astuces, des conseils et un soutien) sur le chemin de la guérison et de la reprise du travail. Les personnes interrogées demandent que le médecin-conseil dispose de suffisamment de temps pour cela, afin qu'il puisse prendre une décision en fonction de l'histoire de la personne et de tous les éléments du dossier. Ils demandent également que la discussion et le rôle du médecin-conseil soient bien définis au préalable afin que les gens sachent ce qu'ils peuvent attendre de cette discussion. Cela permettrait de réduire le stress et l'anxiété pendant l'entretien. Ces recommandations concernant le médecin-conseil sont reprises au point 5.4.

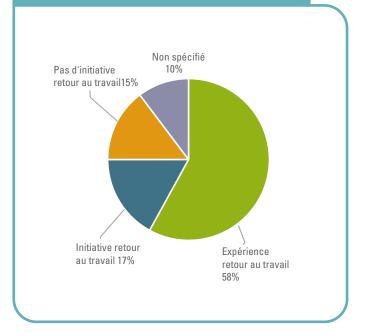
Enfin, l'aspect financier joue également un rôle pendant la période d'invalidité. Une diminution des revenus et une augmentation des dépenses liées aux coûts des soins rendent cette période difficile pour un nombre considérable de personnes en incapacité de travail. Des indemnités suffisamment élevées favoriseraient le rétablissement, car la personne pourrait se concentrer sur sa guérison et non sur sa survie. Cela permettrait de prendre le temps de se rétablir correctement et de ne pas être obligé de reprendre le travail en raison de difficultés financières (voir la recommandation 5.3.). Une offre plus large de soutien psychologique abordable et une information suffisante à ce sujet peuvent contribuer positivement à la prévention à la fois primaire, secondaire et tertiaire de l'incapacité de travail (voir recommandation 5.2.).

## 4.3. Après l'incapacité de travail / la reprise du travail : prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend toutes les actions qui ont pour objectif d'éviter une rechute en incapacité de travail, une fois la période d'incapacité de travail terminée. Cela concerne la période de reprise du travail après l'incapacité de travail. Quels sont les besoins pour que la reprise du travail se déroule le mieux possible ? Que peut-on faire pour éviter une rechute en incapacité de travail ?

Le questionnaire comprenait de nombreuses questions sur le retour au travail afin d'évaluer comment il s'est déroulé, ce qui ou qui l'a aidé et ce qui l'a rendu difficile. La Figure 20 montre qu'une majorité (58%) des répondants qui travaillaient avant leur incapacité ont eu une expérience de retour au travail. Cela signifie qu'ils ont repris le travail après la période d'incapacité et qu'ils peuvent témoigner de la manière dont cela s'est passé. Ce qui suit est basé sur leurs expériences.

Figure 20 : Expérience de retour au travail - personnes interrogées qui travaillaient auparavant

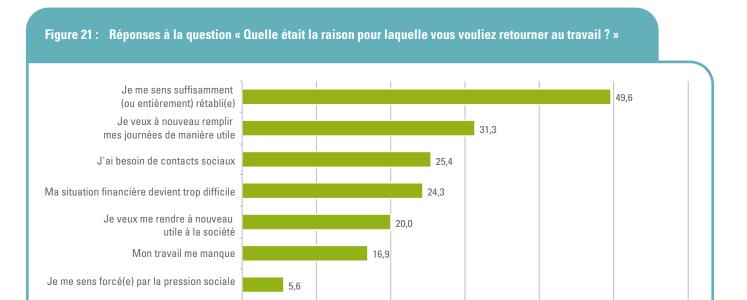


Ci-dessous, nous allons successivement abordé les motivations des répondants à reprendre le travail et leur état d'esprit à ce moment, les efforts qui doivent être entrepris pour ce faire, les acteurs qui ont le plus aidé pour la reprise du travail, les facteurs d'aide et les obstacles au retour au travail, la question des aménagements du travail – ceux souhaités et ceux effectivement obtenus – et l'évaluation du retour au travail par les individus.

## 4.3.1. Pour quelles raisons les individus souhaitent-ils retourner au travail ?

Dans la majorité des cas (67%), l'initiative de la reprise du travail vient de l'individu lui-même. Environ un répondant sur quatre (26%) a par ailleurs repris le travail sur recommandation de son médecin traitant, et seulement 6% sur base de l'avis du médecin-conseil. La majorité des individus reprend le travail endéans les six mois d'incapacité de travail (66%) et le plus souvent chez le même employeur (77%).

Une grande partie des individus (50%) souhaite reprendre le travail, d'abord parce qu'ils ont le sentiment d'être suffisamment ou entièrement rétablis, comme on l'observe à la Figure 21. Les seconde et troisième motivations les plus citées pour reprendre le travail sont le fait de vouloir remplir à nouveau ses journées de manière utile (pour 31% des répondants) et d'avoir des contacts sociaux (pour 25% des répondants). 20% des répondants voulaient également à nouveau se rendre utiles à la société. Et enfin, le fait que leur travail leur manque était une motivation pour 17% d'entre eux. Toutes ces motivations peuvent être considérées comme des incitants positifs à la reprise du travail.



20%

30%

Toutefois, les motivations de la reprise du travail sont parfois davantage négatives. Ainsi, pour 24% des répondants ayant repris le travail, les difficultés financières engendrées par la situation d'incapacité de travail constituent une raison de reprendre le travail. 6% des répondants mentionnent également qu'ils se sont sentis forcés de reprendre le travail en raison de la pression sociale. Certains répondants sont également retournés au travail parce qu'ils s'y sentaient forcés par leur employeur, par le médecin-conseil, par leur médecin traitant ou par le médecin du travail, mais il s'agit ici d'une minorité d'entre eux.

0%

10%

Lorsqu'ils envisagent de reprendre le travail, la majorité des individus se sent en état de le faire (56%), trouve que la reprise du travail arrive au bon moment (54%) et se sent soulagée de pouvoir reprendre le travail (54%) (voir Figure 22). Les sentiments les plus courants chez les répondants avant de reprendre le travail sont donc des sentiments positifs.

On observe également que 51% des répondants s'étaient promis d'aborder leur travail de manière différente. Les répondants sont nombreux à appréhender le retour au travail puisque 48% ont peur de ne pas supporter leur travail et 36% sont stressés à l'idée de reprendre le travail. Si certains répondants étaient préoccupés par les réactions de leurs (nouveaux) collègues, de leur (nouveau) responsable ou se sentaient forcés de retourner travailler, il est rassurant d'observer qu'il s'agit d'une minorité d'entre eux.

#### 4.3.2. Quels sont les efforts entrepris pour reprendre le travail ?

40%

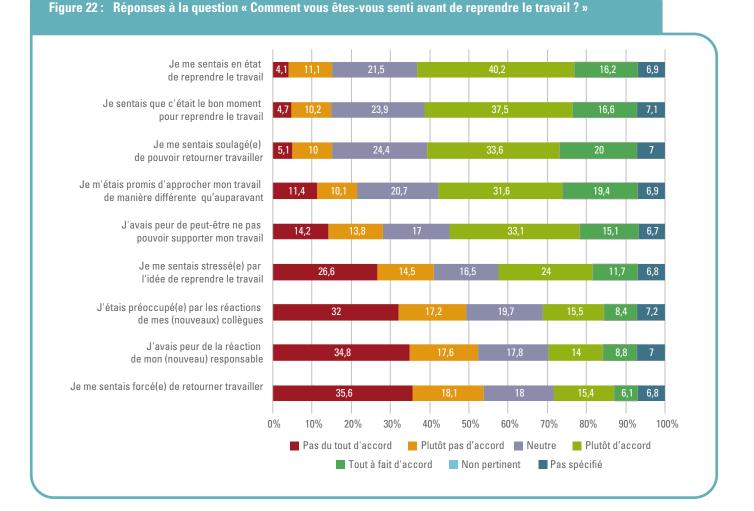
50%

60%

La reprise du travail demande des efforts. Pour de nombreux répondants, ce qui en demande le plus, c'est d'entreprendre les démarches en vue de cette reprise (71% des participants ont indiqué avoir dû faire un effort dans ce sens). Le deuxième effort le plus cité (61%) concerne le fait de respecter et/ou d'imposer ses limites sur le plan professionnel (hobbys, équilibre familial, etc.). Enfin, 51% des répondants affirment avoir dû consacrer des efforts au fait de rendre la reprise concrètement praticable (organisation familiale, déplacement vers le travail, etc.).

Lors de l'enquête, il a été demandé aux répondants s'ils avaient suivi, pendant leur période d'incapacité de travail, une formation ou un cours (destiné à les aider à reprendre le travail). La grande majorité des répondants affirme ne pas avoir suivi de formation durant leur incapacité de travail (79%). La principale raison invoquée est que ce n'était pas une condition nécessaire pour le retour au travail (82%). Parmi les répondants ayant suivi une formation, leurs principales motivations sont le fait de travailler sur eux-mêmes (61%), de donner un nouveau tournant à leur carrière (37%), ou d'apprendre de nouvelles choses (29%). Seule une minorité des répondants a suivi une formation pour se réorienter professionnellement, parce qu'ils ne pouvaient plus exercer leur précédent emploi (11%).

<sup>9.</sup> En précisant qu'il s'agissait des formations qui permettent d'apprendre un nouveau métier ou d'acquérir de nouvelles compétences (par exemple travailler avec un ordinateur) ainsi que celles de développement personnel (gestion du stress, relaxation, affirmation de soi, etc.).



#### 4.3.3. Quels acteurs ont aidé l'individu lors de la reprise du travail ?

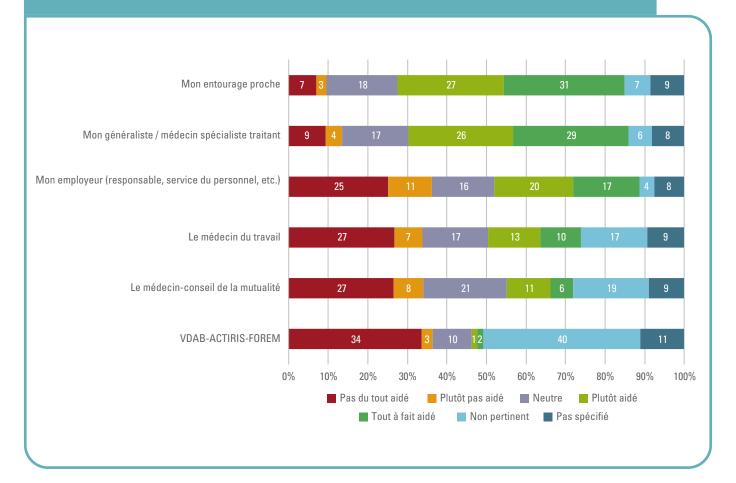
Nos résultats montrent que c'est principalement l'entourage proche (58%) et le médecin généraliste ou traitant (55%) qui ont le plus aidé les individus à reprendre le travail (voir Figure 23). La proportion de répondants qui affirment avoir été aidés par leur employeur (37%) est aussi élevée que la proportion de répondants qui affirment ne pas avoir été aidés par ce dernier (36%).

Concernant le rôle de la médecine du travail, les résultats montrent que 23% des répondants affirment avoir été aidés par cette dernière, alors que 34% des répondants affirment ne pas avoir été aidés par le médecin du travail. On constate également que les répondants ne se sentent pas beaucoup aidés par organismes d'insertion socio-professionnelle (VDAB-Actiris-Forem), pour reprendre le travail : seuls 3% des répondants affirment avoir été aidés par ces organismes. Cependant, ces organismes interviennent surtout dans le cadre d'une reconversion professionnelle voulue ou nécessaire, ce qui n'est pas le cas de tous ces répondants ayant vécu une expérience de reprise du travail.

« [...] Je n'ai par contre eu aucun contact avec la médecine du travail (sauf la première fois en 2017 pour entériner l'avis de mon médecin) ; j'avoue que je ne sais pas quel est son rôle ».

« Je trouve qu'on manque cruellement d'accompagnement au niveau de la mutuelle et également au niveau du Forem. Beaucoup de promesses d'aide à la réinsertion professionnelle, reconversion professionnelle mais au final à part des personnes qui nous disent qu'il faut retravailler ... le reste n'était qu'un mirage [...] ».





Enfin, les réponses concernant l'aide apportée par le médecin-conseil lors de la reprise du travail sont assez mitigées, avec environ un tiers des répondants qui affirment ne pas avoir été aidé par le médecin-conseil (35%). Seuls 18% des répondants affirment avoir été aidé par ce dernier. Dans les questions ouvertes, certains répondants ont indiqué redouter le contrôle effectué par le médecin-conseil. Ils ont l'impression que le contrôle prime sur le conseil et le soutien, et qu'on leur met surtout la pression quant au fait de reprendre le travail, plutôt que de d'abord s'intéresser à comment ils vont, et à leur guérison.

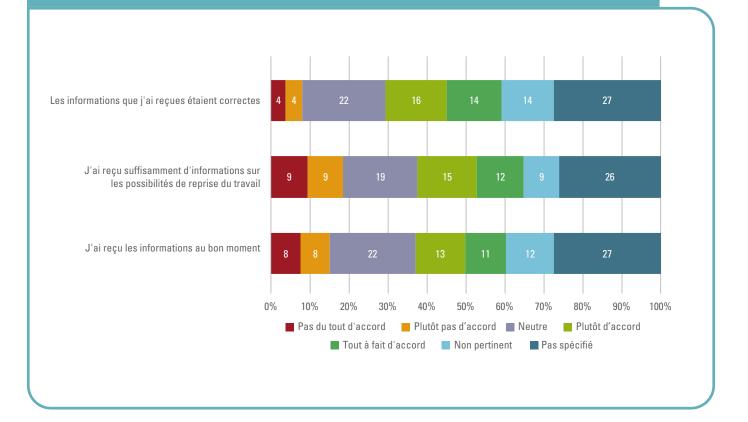
« Un meilleur soutien pour trouver des solutions. Pour l'instant, mon médecin-conseil ne fait que jouer le rôle de croque-mitaine. Je demande de l'aide et du soutien à plusieurs reprises et je n'obtiens rien ».

Notons également qu'en matière d'aide à la reprise du travail, les répondants semblent avoir besoin de plus d'informations sur les possibilités concernant la reprise du travail (ce qui est autorisé, ce qui ne l'est pas, etc.), par les différents acteurs

concernés. À peine un tiers des répondants affirment avoir reçu, au bon moment, une information correcte et suffisante concernant les possibilités de reprise (voir Figure 24). Les canaux par lesquels ces informations transitent sont assez diversifiés (médecin traitant, médecin-conseil, site web de la mutualité, médecin du travail, etc.).

Dans la question ouverte sur les recommandations, les répondants indiquent qu'ils aimeraient avoir plus d'informations sur toutes les possibilités en matière de soutien au travail et de reprise du travail. Ces informations ne sont pas toujours faciles à trouver et il faut les chercher soi-même et passer de nombreux coups de téléphone. Elles sont aussi souvent dispersées. Il serait préférable que toutes les informations nécessaires soient rassemblées en un seul endroit. Chercher soi-même toutes ces informations demande souvent trop d'énergie. Il y a tant de choses, mais si on ne se sent pas bien, il n'est pas facile de découvrir tout cela. Il existe souvent une grande incertitude quant à ce qui est autorisé/possible et ce qui ne l'est pas. Cela donne beaucoup de peur et de stress à un moment où l'énergie peut manquer. Il est nécessaire de disposer d'informations sur ce qui est possible et sur les conséquences (par exemple sur les indemnités).

Figure 24 : Réponses à la question « Comment évaluez-vous les informations que vous avez reçues sur les options de reprise du travail ? »



« Une meilleure information sur ce qui est possible ou pas au niveau des heures de travail, sur l'aspect financier, sur la durée de la réduction d'heures, et que faire si ça ne va pas ... perdons-nous nos droits ?? tant de questions qui restent sans réponses et qui provoquent une certaine angoisse malgré toute la bonne volonté du monde... ».

« J'aimerais qu'on me conseille, sur ce que je peux faire comme travail ».

### 4.3.4. Quels sont les facteurs qui aident l'individu à reprendre le travail ?

Différents facteurs peuvent aider l'individu à reprendre le travail, et à réussir son retour au travail. Ces facteurs sont présentés ci-dessous par ordre d'importance (du plus important au moins important).

#### (1) Avoir suffisamment récupéré

Le fait de sentir que l'on a suffisamment récupéré est ce qui aide le plus lors de la reprise du travail. Il est donc fondamental de prendre d'abord le temps de guérir, avant de reprendre le travail. Ce résultat est cohérent avec les études suggérant que la récupération est un élément indispensable pour la reprise du travail en bonne santé (Sonnentag et Fritz, 2014).

- « Une bonne convalescence et une complète guérison sont les clés essentielles pour une reprise en toute quiétude ».
- « Il faut laisser le temps de guérir entièrement avant de parler de la reprise du travail. Dans le cas contraire, on risque de devoir vivre avec des séquelles jusqu'à la mort ».

Tableau 6 : Facteurs facilitant la reprise du travail. Réponses à la question « Qu'est-ce qui vous a aidé à reprendre le travail ? »

1.	l'étais tatalament ou sufficienment remis/a hours nous is remandre la traveil	
	J'étais totalement ou suffisamment remis(e) pour pouvoir reprendre le travail	43,0%
2.	Soutien de mes proches, de ma famille, de mes amis	34,6%
3.	Soutien des collègues	27,4%
4.	Moins d'heures de travail qu'avant mon incapacité de travail	27,3%
5.	Soutien du généraliste ou autre professionnel de santé (spécialiste, kiné, etc.)	23,8%
6.	Soutien du responsable	22,0%
7.	Contenu du travail adapté (ex. : moins exigeant, moins lourd physiquement)	16,4%
8.	Changement de travail, ce qui m'a permis de repartir de zéro	12,0%
9.	Accords préalables clairs, de sorte que mes collègues savaient ce qu'ils pouvaient attendre de moi	12,0%
10.	Un horaire plus flexible, pour que je puisse mieux adapter mes heures à mes capacités	10,0%
11.	Soutien du médecin du travail	8,1%
12.	Possibilité de travailler à domicile	6,2%
13.	Informations claires sur les possibilités de reprise du travail	6,2%
14.	Changement de responsable	6,2%
15.	Changement de collègues	4,8%
16.	Soutien du médecin-conseil de la mutualité	4,8%
17.	Adaptations du poste de travail (ex. : autre chaise, etc.)	3,8%
18.	Suivi d'une formation	2,8%

#### (2) Le soutien des proches

Le soutien des proches, de la famille et des amis est le second facteur qui aide le plus l'individu lors de la reprise du travail. Comme on a déjà pu le constater dans la Figure 23, 58% des répondants rapportent avoir été aidés par leur entourage proche lors de leur reprise du travail. Seule une minorité (10%) affirme ne pas avoir été aidée par son entourage.

#### (3) Le soutien des collègues

Le soutien des collègues est le troisième facteur qui aide le plus les individus lors de la reprise du travail. Près de 49% des répondants qui retournent au travail affirment se sentir soutenus par les collègues (voir Figure 25). Pour environ un tiers des répondants (38%), les collègues semblent être conscients de l'adaptation de la situation de travail après la période d'incapacité de travail, et sont compréhensifs si le répondant preste moins qu'auparavant (37%).

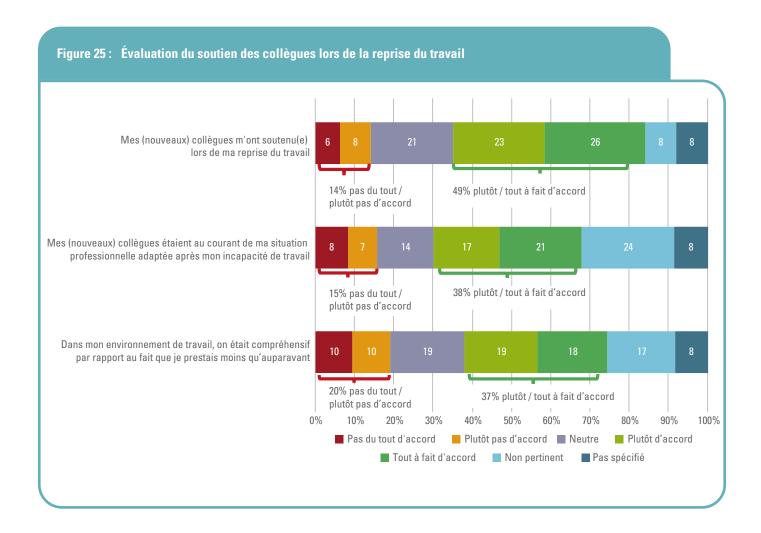
Il ressort également que le fait d'établir des accords clairs avant la reprise, afin que les collègues sachent à quoi s'attendre quand l'individu reprend le travail, contribue également à la réussite du retour au travail. Il faut donc pouvoir être compréhensif, et comprendre que cela peut être difficile au début pour quelqu'un de reprendre le travail après une longue période d'absence.

« Le soutien des collègues est primordial tant durant l'absence qu'au moment de la reprise. Un accueil lors de la reprise pour se remettre à jour, déterminer les priorités ».

#### (4) Pouvoir travailler moins d'heures qu'auparavant

Réduire son temps de travail est le quatrième facteur qui aide le plus les répondants lors de la reprise du travail. Dans les faits, la plupart des répondants (64%) qui reprennent le travail et ont besoin de cette possibilité de travailler moins d'heures qu'avant leur incapacité de travail la reçoivent. Offrir au travailleur la possibilité de reprendre progressivement le travail, à temps partiel dans un premier temps, est donc très utile pour favoriser la réussite du retour au travail.

- « Ce qui m'a aidé, c'est la reprise à mi-temps. Parce que je n'arrive pas à suivre le rythme que j'avais avant de me faire opérer ».
- « Ce qui m'a le plus aidé, c'est la possibilité de reprendre à temps partiel (via l'autorisation de travailler pendant l'incapacité). J'avais besoin de travailler (contacts, etc.) mais j'aurais été incapable de travailler à temps plein [...] ».



Cette reprise du travail à temps partiel est une possibilité légale qui peut être accordée au travailleur sur autorisation du médecin-conseil, souvent connue sous le nom de « mi-temps médical ». Cependant, certains répondants indiquent qu'il devrait y avoir une possibilité intermédiaire entre le 50% et le 100%, car le passage direct du mi-temps au temps plein est un très grand pas. Cette possibilité existe, mais elle ne semble pas toujours connue des répondants ou connue / acceptée par les employeurs.

Certains répondants mentionnent que les employeurs font par ailleurs souvent pression pour que la reprise du travail se fasse à temps plein le plus rapidement possible, alors que le travailleur a besoin d'une reprise plus progressive. Cette reprise progressive du travail devrait être possible sur une plus longue période.

### (5) Le soutien du médecin traitant ou d'un autre prestataire de soins (médecin spécialiste, psychologue)

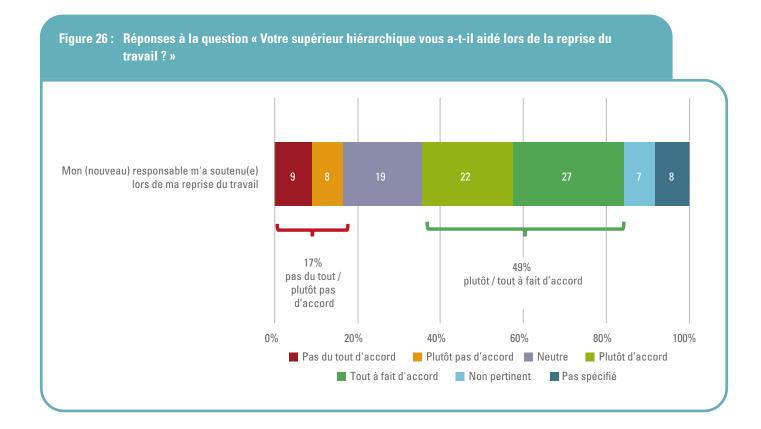
Comme nous l'avons vu ci-dessus (voir Figure 23), le médecin traitant aide également beaucoup l'individu lors de la reprise du travail, de même que d'autres prestataires de soins, comme par exemple un kinésithérapeute. Il s'agit du cinquième facteur aidant le plus lors de la reprise du travail.

De plus, pour de nombreuses personnes, le fait d'avoir bénéficié des conseils d'un psychologue ou d'un coach spécialisé dans le burn-out, concernant leur (ré)orientation professionnelle ou la reprise du travail, a également été d'une grande aide. Cela leur a permis de prendre conscience de leurs limites, mais aussi de découvrir leurs points forts et les alternatives qui existent. Ce soutien est très utile mais c'est aussi coûteux, du fait de l'absence ou de l'insuffisance du remboursement. Pourtant, ce soutien psychologique s'avère très important tant pour la guérison que pour l'accompagnement vers la reprise du travail.

« Un suivi psychologique dès le début, et d'autres alternatives comme la microkiné et l'ostéopathie m'ont beaucoup aidé, mais ce n'est pas toujours facile de se le permettre financièrement, malheureusement, car ce n'est pas remboursé par la mutuelle ».

#### (6) Le soutien du supérieur hiérarchique

Le soutien du supérieur hiérarchique lors de la reprise du travail est le sixième facteur qui facilite la reprise du travail. Près de 49% des répondants affirment avoir été soutenus par leur supérieur hiérarchique lors de la reprise du travail (voir Figure 26).



Ces éléments soulignent combien il est important que le supérieur hiérarchique soit réellement soutenant et compréhensif lorsqu'un individu reprend le travail. Il semble également important d'avoir une communication ouverte et honnête avec le supérieur hiérarchique, afin qu'il n'y ait pas de malentendus.

« Que le responsable prenne la peine de voir son agent à sa reprise pour savoir comment il se sent et s'il y a des freins à la reprise ou des adaptations à apporter et pour essayer de trouver une solution... ».

#### (7) Un contenu de travail adapté

Le septième facteur de soutien lors de la reprise du travail est le fait d'avoir un contenu du travail adapté, par exemple, avoir un travail moins exigeant, moins éprouvant physiquement.

« Le plus important, je pense, est l'adaptation du poste de travail (surtout quand l'incapacité est physique). La flexibilité des horaires, voire le travail à domicile peuvent aussi être des facteurs importants pour faciliter la reprise du travail. Encore maintenant, si mon employeur m'autorisait à travailler de la maison, cela faciliterait beaucoup mon implication et mon efficacité ».

#### 4.3.5. Quels sont les obstacles à la reprise au travail ?

À la question « Qu'est-ce qui a compliqué votre reprise du travail ? », environ un tiers des répondants (38,5%) ont répondu que leur retour au travail s'était bien passé et qu'ils n'avaient donc pas rencontré d'obstacles. Mais grâce aux autres réponses qu'il était possible de sélectionner dans le questionnaire, on identifie un certain nombre de facteurs qui ont constitué un obstacle à cette reprise. Ils sont présentés par ordre d'importance dans le tableau 7.

À l'exception du premier obstacle qui est lié à l'individu luimême, on constate que les huit obstacles qui suivent par ordre d'importance trouvent leur origine dans le contexte du travail. Plus précisément, ces obstacles reflètent un manque d'aménagements du travail lorsque l'individu reprend le travail.

Tableau 7 : Obstacles à la reprise de travail. Réponses à la question « Qu'est-ce qui a compliqué votre reprise du travail ? »

Rien, ma reprise du travail s'est bien passée	38,5%
Il me semble que je n'étais pas suffisamment rétabli(e) de mon incapacité de travail /	22,9%
que j'ai recommencé trop tôt	
Manque de soutien du responsable	11,4%
Aucune adaptation du contenu de mon travail	8,1%
Je devais prester trop d'heures par rapport à mes capacités	7,7%
Le rythme était trop élevé pour moi	7,7%
Aucune possibilité d'adaptation de mes horaires à mes capacités	5,8%
J'ai eu trop de travail suite à l'absence d'autres collègues	5,8%
Manque de soutien des collègues	5,8%
Aucune possibilité de travail à domicile	5,5%
Difficultés administratives liées à la reprise du travail	4,9%
Manque d'informations claires sur les possibilités de reprise du travail	4,7%
Les accords conclus n'étaient pas respectés, de sorte que je recevais trop de travail	4,7%
Accords peu clairs, de sorte que mes collègues ne savaient pas ce qu'ils pouvaient attendre de moi	4,1%
Manque de soutien du médecin-conseil de la mutualité	4,1%
Manque de soutien du médecin du travail	3,1%
Tout avait changé au boulot, j'avais trop de choses à rattraper	2,9%
Aucune adaptation du poste de travail (ex. : autre chaise)	2,6%
Modification de mon travail de sorte qu'il ne me plaisait plus	2,1%
Manque de formation ou mauvaise formation	1,6%

#### 4.3.6. Les aménagements du travail

Lors de la reprise du travail, certains aménagements du travail peuvent être proposés à l'individu. Ci-dessus, nous avons d'ailleurs vu que la réduction du temps de travail et l'adaptation du contenu de travail sont, respectivement, les 4ème et 7ème facteurs aidant le plus l'individu lors de la reprise du travail. À l'inverse, la plupart des obstacles à la reprise du travail sont liés au fait de ne pas avoir des aménagements du travail.

« Une écoute de la part de l'employeur, afin d'adapter le poste de travail (dans la mesure du possible) en fonction des capacités et des souhaits du travailleur ».

Alors que la moitié des répondants affirme avoir besoin d'aménagements du travail lors de la reprise (voir Figure 27), on constate que 58% de ces répondants ont bien reçu les aménagements nécessaires (quasiment tous ou en partie mis en œuvre, voir Figure 28). 40% des répondants n'ont donc pas reçu

d'aménagements du travail, alors qu'ils en avaient besoin. Parmi ceux-ci, la majorité est quand même restée chez leur employeur.

#### Aménagements souhaités

Parmi les aménagements souhaités, on retrouve notamment :

- le besoin de travailler moins d'heures qu'avant l'incapacité de travail (50%);
- avoir un contenu de travail moins stressant et moins exigeant (40%);
- avoir un travail moins lourd physiquement (37%);
- avoir des horaires de travail flexibles (25%);
- avoir un meilleur accompagnement et suivi du supérieur hiérarchique (25%).

La Figure 29 présente l'ensemble des aménagements souhaités et obtenus par les répondants.

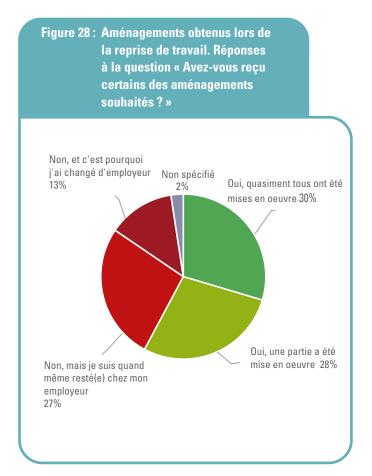
#### Aménagements obtenus

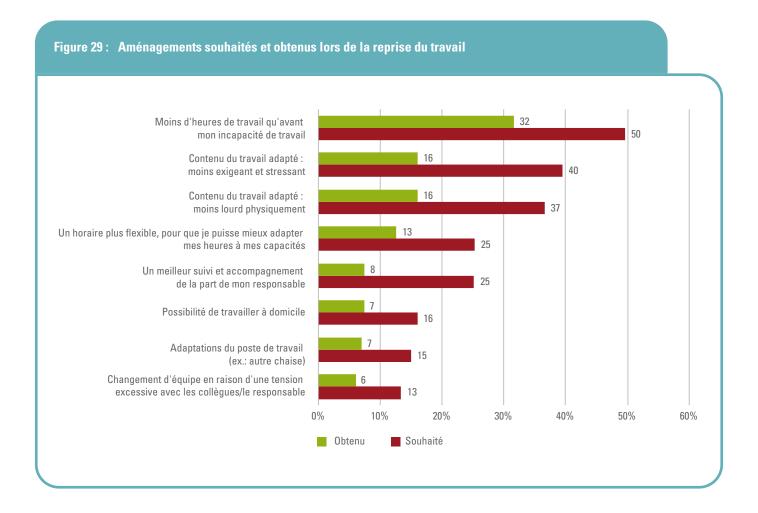
Parmi les aménagements qui sont le plus souvent obtenus, on retrouve, par ordre de fréquence<sup>10</sup> (voir Figure 29) :

<sup>10.</sup> Pour calculer cet indicateur, le % des aménagements obtenus est divisé par le % des aménagements souhaités. Par exemple, pour « travailler moins d'heures qu'avant mon incapacité de travail » : 64% = 32% / 50%.

Figure 27: Besoin
d'aménagements
du travail après la
reprise du travail

Inconnu
7,0%
Oui
50,3%





- la réduction des heures de travail (64% des personnes qui souhaitaient cet aménagement l'ont obtenu);
- avoir des horaires de travail plus flexibles (obtenu dans 50% des cas);
- avoir une adaptation du poste de travail (obtenu dans 47% des cas);
- avoir la possibilité de travailler à domicile (obtenu dans 46% des cas);
- avoir un changement d'équipe (obtenu dans 45% des cas):
- avoir un contenu de travail moins exigeant physiquement (obtenu dans 44% des cas);
- avoir un contenu de travail moins exigeant et moins stressant (obtenu dans 41% des cas).

Comme nous l'avons vu précédemment (voir Tableau 6), parmi les facteurs qui aident à la reprise du travail, on retrouve une série d'aménagements du travail. Parmi ces aménagements, la réduction des heures de travail est celui qui aide le plus lors du retour au travail et il est heureusement également celui qui est le plus souvent accordé, même si les employeurs semblent ensuite faire souvent pression pour que l'individu reprenne le travail à temps plein le plus rapidement possible.

L'adaptation la plus difficile à obtenir est de recevoir un meilleur suivi et un meilleur accompagnement du supérieur hiérarchique : seuls 30% des répondants qui souhaitaient cet ajustement l'ont effectivement reçu.

#### Pourquoi certains aménagements ne sont-ils pas obtenus?

Parmi les raisons pour lesquelles les répondants n'ont pas reçu les aménagements souhaités, on retrouve le fait que c'est difficile pour l'organisation du travail (37%), que les aménagements ne sont pas compatibles avec le travail effectué (32%), ou le manque de compréhension et de volonté de changement ou la rigidité de la part de l'employeur (12%). Dans 29% des cas, les répondants n'ont pas reçu d'explications sur la raison pour laquelle l'aménagement n'a pas été implémenté.

### <u>Quels aménagements aident le plus l'individu lors de la reprise</u> du travail ?

Après la réduction des heures de travail évoquée ci-dessus, parmi les facteurs qui aident à la reprise du travail (voir Tableau 6), les aménagements du travail qui aident le plus le travailleur lors de la reprise du travail sont (par ordre d'importance):

- le fait d'avoir un contenu de travail adapté (par exemple, un travail moins stressant et moins lourd physiquement);
- le fait d'établir, avant la reprise, des accords clairs de manière à ce que les collègues sachent ce qu'ils peuvent attendre du travailleur lors de la reprise;
- le fait d'avoir des horaires de travail flexibles, de manière à pouvoir les adapter à ses possibilités de travail.

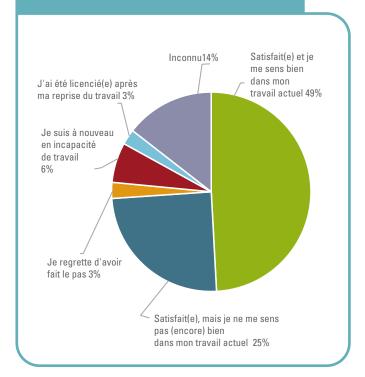
Enfin pour certains répondants, un facteur aidant à la reprise du travail est tout simplement le fait de changer de travail afin de commencer complètement quelque chose de nouveau. Parmi les répondants qui souhaitaient avoir des aménagements, 13% affirment ne pas avoir eu ces aménagements et que c'est la raison pour laquelle ils ont changé d'employeur.

#### 4.3.7. Évaluation du retour au travail

Près de 49% des répondants ayant repris le travail s'estiment satisfaits d'avoir franchi le pas de retourner au travail et se sentent bien dans leur travail actuel (voir Figure 30). Un répondant sur quatre (25%) est satisfait de son retour au travail, mais ne se sent pas (encore) bien dans son emploi actuel. Au total, une grande majorité de répondants (74%) est donc satisfaite d'avoir franchi le pas. Une minorité (3%) regrette d'avoir franchi ce pas. Enfin, entre-temps, 6% des répondants rapportent avoir rechuté et sont de nouveau en incapacité de travail et 3% ont été licenciés alors qu'ils reprenaient le travail.

Figure 30 : Évaluation du retour au travail.

Réponses à la question « Quel regard portez-vous sur votre retour au travail ? »



Parmi les répondants qui soit ne se sentaient pas (encore) bien au travail, soit regrettaient d'avoir franchi le pas, la raison la plus importante était qu'ils n'étaient pas suffisamment rétablis ou qu'ils avaient recommencé trop tôt. Les deuxième et troisième raisons mentionnées étaient, pour les deux groupes, la peur d'une rechute et le fait de subir trop de pression et de stress au travail. La quatrième raison est différente pour les deux groupes. Pour les répondants qui ne se sentaient pas (encore) bien au travail, il est encore trop tôt pour reprendre le travail : la façon dont ils se sentaient au travail changeait encore d'un jour à l'autre. Pour les répondants qui se plaignaient d'avoir franchi le pas, leur travail n'était pas (ou plus) adapté à leurs capacités suite à leur incapacité de travail.

Bien que la moitié des répondants se sentait en état de reprendre le travail (voir Figure 22), les témoignages provenant des questions ouvertes montrent que certains sentaient aussi qu'on leur mettait trop la pression pour reprendre rapidement le travail (que ce soit du côté de l'employeur ou du médecin-conseil). L'accent était alors mis sur le retour au travail, au lieu de demander d'abord sincèrement comment les choses se passent et de souhaiter une bonne guérison au patient.

Certains des répondants qui ont repris le travail ont fait l'expérience d'une rechute en incapacité de travail (6% d'entre eux, voir Figure 30). Le fait d'avoir repris trop tôt, sans avoir suffisamment récupéré, est la première raison (65%) évoquée parmi les répondants ayant rechuté. Vient ensuite (38%) le fait que les personnes sont retombées en incapacité de travail (potentiellement en raison d'un autre problème de santé). La non-adaptation du travail aux possibilités après la maladie arrive en troisième position. Et le mauvais rapport avec le responsable vient en quatrième position.

### 4.3.8. Conclusion : quels sont les facteurs de réussite de la reprise du travail ?

La prévention tertiaire comprend toutes les actions visant à éviter une rechute en incapacité de travail, une fois que les personnes ont repris le travail. De quoi les individus ont-ils besoin pour que le retour au travail se passe le mieux possible?

Il est essentiel d'être suffisamment, voire complètement, rétabli lorsqu'on reprend le travail après une période d'incapacité. Le fait d'être suffisamment rétabli est le facteur d'aide le plus important. En revanche, une récupération insuffisante et un retour trop rapide au travail constituent le principal obstacle et la principale raison invoquée pour la rechute en incapacité. Son importance a déjà été démontrée dans la section sur la prévention secondaire (4.2.).

La reprise du travail est également facilitée lorsque l'on bénéficie du soutien des parents et des amis. Les soutiens du médecin traitant ou d'un autre prestataire de soins, du responsable et des collègues sont également importants. Cela démontre le rôle important du responsable dans la reprise du travail et cet élément a donc été inclus dans les recommandations (voir recommandation 5.7.2.).

En outre, les adaptations du travail aident également à la reprise du travail. Travailler moins d'heures qu'avant l'incapacité de travail et le fait que le contenu de travail soit adapté, moins stressant/exigeant ou moins exigeant physiquement sont des facteurs facilitant le retour au travail. En revanche, devoir travailler plus d'heures qu'on ne peut en assumer ou retrouver un contenu de travail qui n'a pas été adapté constituent des freins à une reprise réussie du travail. Bien que la moitié des répondants aient eu besoin d'aménagements au travail, 40% d'entre eux n'en ont pas obtenu et leur besoin est resté non satisfait. Une recommandation sur les aménagements du travail a donc été incluse au point 5.7.

#### 5. Conclusions et recommandations

### 5.1. Faire du bien-être des travailleurs une priorité afin de prévenir l'incapacité de travail

Selon la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travail-leurs lors de l'exécution de leur travail, l'employeur est le responsable final de la politique du bien-être dans l'entreprise. Il doit ainsi prendre les mesures appropriées pour prévenir les risques psychosociaux<sup>11</sup> et mettre fin aux faits de violence ou de harcèlement au travail. Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des répondants (56%) considère que la situation de travail est bel et bien responsable de leur incapacité de travail. Parmi les facteurs responsables de l'incapacité de travail, on retrouve notamment une charge de travail trop élevée, un travail dur physiquement, ou encore les mauvaises relations avec le responsable, les collègues et/ou les clients. Ces facteurs, qui sont notamment liés à l'organisation du travail, interpellent quant aux politiques de bien-être au travail mises en place dans les entreprises.

Les résultats montrent également que l'autonomie dans l'exécution des tâches professionnelles agit comme un facteur préventif de l'incapacité de travail. En effet, plus elle s'accroit, moins les répondants lient leur incapacité à leur situation professionnelle. C'est également le cas des relations avec les collègues et le responsable. Meilleures sont ces relations, moins la situation professionnelle est considérée comme étant à l'origine de l'incapacité de travail. En outre, quand ces dernières sont bonnes, les raisons de l'incapacité sont bien moins souvent liées à l'organisation du travail et davantage à la pénibilité physique du travail. Davantage d'efforts doivent donc être faits pour promouvoir des conditions de travail visant le bien-être du travailleur et l'écoute de ses besoins. Les adaptations doivent être pensées en fonction du type de profession afin de réduire la pénibilité physique dont souffrent principalement les personnes qui effectuent des tâches manuelles et la charge de travail des personnes qui effectuent des tâches intellectuelles ou occupent des positions dirigeantes.

Par ailleurs, on sait que le risque de tomber en incapacité de travail de longue durée est croissant avec l'âge des travailleurs. Dans un contexte de vieillissement de la population active, cela impose de réfléchir au bien-être des travailleurs âgés, à l'aménagement de leur fin de carrière. Si les travailleurs ne bénéficient pas d'aménagements du travail, notamment en fin de carrière, le risque est grand que la mesure

visant à reculer l'âge de la pension n'aboutisse en réalité à une augmentation massive des travailleurs en invalidité en fin de carrière. Cette amélioration des conditions de travail, notamment en fin de carrière, est d'ailleurs un des objectifs du gouvernement actuel (Dermagne, 2020).

On peut déjà trouver plusieurs exemples d'entreprises qui travaillent sur le bien-être de leurs employés et font des efforts pour favoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée :

- Tous les employés de Volvo Cars Belgium qui sont devenus parents d'un enfant à partir du 1er avril 2021 pourront bénéficier de 24 semaines de congé de naissance payées (Grommen, 2021). Ce congé complète la réglementation légale existante (15 semaines pour les femmes et 3 semaines pour les hommes). Par cette initiative, l'employeur souhaite aider les parents à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Cette mesure s'applique tant aux hommes qu'aux femmes et favorise donc également l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le lieu de travail. Concrètement, cette mesure donne aux femmes neuf semaines de congé supplémentaires et aux hommes 21 semaines supplémentaires. Pour convaincre les sceptiques, les 24 semaines de congé parental sont proposées comme une option présélectionnée. On envoie ainsi le message qu'il s'agit d'une option standard et les gens ont tendance à s'en tenir aux options prédéterminées.
- Dans plusieurs entreprises, le trafic de mails est « mis en pause » à partir d'une certaine heure le soir jusqu'au matin et également le week-end (RTBF, 2018). Cela donne aux employés la possibilité de se vider complètement la tête et de se déconnecter du travail. Il s'agit donc de travailler sur le bien-être mental des employés, en leur donnant la possibilité d'être injoignables pour le travail à des moments bien définis.

#### Recommandations:

- Des mesures devraient être prises pour que travailler effectivement plus longtemps soit possible et que la dernière phase de la carrière puisse être vécue de manière positive et saine. Le crédit-temps fin de carrière partiel doit rester possible et cette période doit être assimilée pour la pension.
- Les employeurs devraient être incités à renforcer leur politique générale de bien-être et à élaborer, en concertation avec leur comité pour la prévention et la protection au tra-
- 11. Les risques psychosociaux au travail sont définis comme « la probabilité qu'un ou plusieurs travailleur(s) subisse(nt) un dommage psychique qui peut également s'accompagner d'un dommage physique suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquels l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger » (source : https://www.beswic.be/fr/themes/risques-psychosociaux-rps, consulté le 17/12/2020).
- 12. Voir le point 2.4. de la rubrique « En bref », à la suite du présent article. Cette rubrique reprend une sélection de chiffres et d'indicateurs liés à l'incapacité de travail.

vail<sup>13</sup> (CPPT), des politiques globales de prévention et de réinsertion (Boets et al., 2020). Ce bien-être doit être entendu au sens large : il ne s'agit pas seulement de la santé mentale, il est également important de veiller à la santé physique des travailleurs. Les maladies du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs (douleurs dorsales et cervicales, arthrite, arthrose, etc.) pourraient, dans une certaine mesure, être évitées si la prévention est renforcée. Une collaboration accrue avec des services pour la prévention et la protection au travail peut permettre d'atteindre cet objectif.

 Il faut promouvoir un environnement de travail flexible qui permette de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. Cela peut se faire en prolongeant le congé de maternité (qui peut être pris à la convenance de l'employé), en augmentant les possibilités de télétravail (avec soutien), en offrant un congé parental flexible, en développant les services de garde d'enfants, en rendant possible la réduction du temps de travail lorsque c'est souhaité, etc.

# 5.2. Rembourser davantage les services de soutien psychologique et d'accompagnement à la (ré)orientation professionnelle

De nombreuses personnes interrogées ont mentionné qu'elles avaient bénéficié d'un soutien psychologique ou d'un coaching en (ré)orientation professionnelle dans le cadre de leur rétablissement ou de leur reprise du travail. Cette forme de soutien s'est avérée très utile, mais les répondants ont estimé qu'elle était coûteuse car peu de remboursements étaient prévus. Toutefois, tant l'assurance maladie obligatoire que l'assurance complémentaire de la MC prévoient un certain nombre d'interventions pour l'aide psychologique.

Pour les séances de psychologie qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire, la MC offre à ses membres une intervention de l'assurance complémentaire. Les conditions de ce remboursement ainsi que le nombre de sessions remboursées, par an ou à vie, diffèrent toutefois entre les entités francophone (MC, 2021) et néerlandophone (CM, 2021).

En ce qui concerne l'accompagnement à la (ré)orientation professionnelle, il est également possible d'en bénéficier à un tarif réduit, par le biais de chèques carrière donnés, par exemple, par le Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB<sup>14</sup>) si l'on remplit un certain nombre de conditions.

Depuis le 1er avril 2019, dans le cadre de la réforme « soins psy-

chologiques de première ligne », l'assurance maladie obligatoire rembourse un maximum de huit consultations psychologiques par an. Pour pouvoir bénéficier du remboursement, le patient doit souffrir d'un problème psychologique modérément sévère dans le domaine de l'anxiété, de la dépression ou de la consommation d'alcool et doit être orienté par un médecin généraliste ou un psychiatre. Les séances doivent être dispensées par un psychologue clinicien certifié ou un orthopédagogue clinicien qui proposent des séances remboursées. Depuis le 2 avril 2020, l'INAMI rembourse les soins psychologiques de première ligne, quel que soit l'âge du patient.

Dans le contexte de la crise sanitaire actuelle, une attention particulière a été accordée à la santé mentale. Ainsi, un protocole d'accord a été conclu en décembre 2020 entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées concernant une approche coordonnée pour renforcer l'offre de soins psychiques dans le cadre de la pandémie de COVID-19 (SPF Santé publique, 2021). Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) y recommande d'organiser une offre d'aide et de soins accessibles pour les groupes cibles les plus vulnérables, en ce compris les travailleurs indépendants et salariés avec risque d'incapacité de travail.

Pour maintenir la continuité des soins de santé mentale pendant la crise sanitaire tout en respectant les mesures de distanciation sociale, l'INAMI a également ajusté certaines règles de l'assurance obligatoire soins de santé pour pouvoir prendre en charge les patients en suivi psychiatrique ou psychothérapeutique et les éventuels nouveaux diagnostics posés à distance par les psychiatres et pédopsychiatres. De même, pour répondre au besoin de prise en charge psychologique croissant dû au contexte de la crise de la COVID-19, tant du côté des citoyens que des professionnels de la santé, l'INAMI a pris des mesures temporaires concernant les soins psychologiques de première ligne pris en charge par les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens. Parmi ces mesures : l'autorisation de mener des consultations par vidéo, l'assouplissement de la procédure d'orientation d'un patient (par exemple, l'ajout du médecin du travail comme « orienteur ») et l'autorisation de dépasser le nombre maximal de séances remboursées. Parmi les personnes présentant un risque élevé de détresse psychologique ou même de suicide dans le cadre de la crise sanitaire et financière provoquée par la pandémie de COVID-19, les travailleurs indépendants constituent un groupe à risque particulièrement sensible, c'est pourquoi il a été décidé que les travailleurs indépendants en détresse psychologique pourront bientôt bénéficier de huit séances gratuites de soins psychologiques auprès d'un psychologue clinicien ou d'un orthopédagogue clinicien.

- 13. Le comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) est « un organe de concertation institué au sein des entreprises du secteur privé comptant au moins 50 travailleurs [...]. Le CPPT a pour mission d'étudier et de proposer tous les moyens mais également de contribuer activement à tout ce qui est entrepris pour favoriser le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail » (source : https://www.beswic.be/fr/themes/information-pour-les-medecins-traitants/cadre-legal-de-la-medecine-du-travail/comite-pour-la-prevention-et-la-protection-au-travail, consulté le 17/12/2020).
- 14. Homologue flamand du FOREM.

#### Recommandations:

- Le gouvernement doit de toute urgence investir davantage dans la santé mentale de la population belge pour répondre aux besoins existants (tels qu'ils sont ressortis de l'enquête par questionnaire) et à la demande d'une aide psychologique mieux remboursée. Plus de moyens financiers sont nécessaires pour que l'offre de soins psychologiques remboursés puisse être étendue. Travailler sur la santé mentale de la population a en effet des conséquences directes et indirectes dans le domaine de l'incapacité de travail. En premier lieu, il s'agirait d'une prévention primaire : empêcher les personnes de tomber en incapacité de travail. Les résultats de cette étude montrent que 37% des répondants en incapacité de travail souffraient d'un trouble mental ou d'un épuisement professionnel. Obtenir une aide psychologique (abordable) à temps pourrait avoir un effet préventif pour un nombre considérable de personnes qui sont actuellement en incapacité de travail. Cela pourrait permettre d'éviter que les gens soient contraints d'arrêter de travailler en raison de problèmes psychologiques ou d'épuisement professionnel. Mais l'offre d'un soutien psychologique (abordable) constituerait également une prévention secondaire : aider les personnes en incapacité à se rétablir le mieux possible. En effet, de nombreux répondants ont déclaré qu'une aide psychologique les avait aidés à la fois dans leur rétablissement et dans leur cheminement vers le retour au travail. Enfin, un bon soutien psychologique (abordable) pourrait aider à prévenir une rechute dans l'incapacité de travail une fois que la personne a repris le travail (prévention tertiaire). Un bon investissement dans le soutien psychologique contribuerait donc indirectement à la prévention de l'incapacité de travail. Si nous voulons mettre un terme à la croissance du nombre de malades de longue durée, investir dans les soins psychologiques est une première étape importante.
- Travailler sur la santé mentale de la population commence impérativement par l'augmentation du budget consacré à l'accompagnement psychologique et psychiatrique des enfants et des jeunes. Il s'agit en définitive du meilleur moyen de prévenir les problèmes mentaux plus tard dans la vie et donc pendant toute la période où les personnes sont sur le marché du travail. Il est donc essentiel de pérenniser les initiatives prises durant la crise sanitaire actuelle, qui constituent un pas dans la bonne direction étant donné que les personnes en incapacité de travail y sont un point d'attention. À terme, il serait souhaitable d'élargir l'offre de soins psychologiques au sein de l'assurance obligatoire et de permettre un meilleur remboursement pour toutes les personnes qui en ont besoin, y compris les personnes en incapacité de travail, et de rendre ainsi les soins psychologiques aussi inclusifs que possible.
- Il faut cependant éviter de faire peser la responsabilité de l'incapacité de travail sur les seules épaules des personnes

- malades. L'incapacité de travail, même quand elle est liée à la souffrance psychologique, ne doit pas être réduite à un problème individuel, dans la mesure où elle est aussi une conséquence, un miroir de ce qui se passe dans la société. Nous vivons dans une société où la pression est toujours plus forte et où l'on demande toujours plus aux gens. Le soutien psychologique ne peut pas être la seule solution pour lutter contre la pression incessante de la société actuelle. La solution devrait d'abord consister à créer une société vivable, chaleureuse et humaine. Dans ce cas, le soutien psychologique ne devrait pas servir à simplement pallier les éventuels défauts du système social et économique.
- Dans l'état actuel des choses, des efforts peuvent également être entrepris pour informer davantage sur les possibilités existantes de remboursement des consultations psychologiques par les assurances obligatoire et complémentaire. En incluant ces informations dans la communication aux personnes en incapacité de travail, cela pourrait répondre aux besoins des répondants d'être informés, non seulement concernant leurs obligations, mais aussi leurs droits et possibilités financières. Pour ce faire, il est actuellement débattu du développement d'une plateforme en ligne au niveau national pour améliorer l'orientation des personnes ayant des problèmes de santé mentale sur le terrain. Les personnes à la recherche de soutien (ainsi que les médecins généralistes, les travailleurs sociaux et les autres acteurs de terrain) pourraient ainsi trouver la forme d'aide qui leur conviendrait en quelques clics. De la même manière, il est nécessaire d'informer davantage les membres sur les possibilités de suivre un accompagnement à la (ré)orientation professionnelle à un tarif avantageux.

### 5.3. Faire en sorte que les indemnités soient suffisantes pour joindre les deux bouts

Certains répondants ont indiqué qu'il était très difficile pour eux de joindre les deux bouts avec des indemnités. C'est particulièrement difficile pour les parents isolés, car le seul revenu de la famille chute soudainement de façon spectaculaire durant la période d'incapacité. Une indemnité suffisamment élevée est également une condition importante pour le rétablissement. Cela évite que les personnes reprennent le travail trop tôt, motivées par la nécessité financière et non parce qu'elles sont déjà capables de le faire.

Au niveau du montant des indemnités, des mesures de revalorisation ont bien été mises en œuvre et ont porté sur les indemnités les plus faibles. Dans son mémorandum en vue des élections de 2019, la MC indiquait son souhait que les indemnités minimales soient relevées jusqu'au seuil de pauvreté. Et cet objectif est pratiquement atteint : la plupart des minimas en incapacité

Tableau 8 : Principes généraux pour la détermination de l'indemnité d'incapacité de travail pour les salariés (les montants bruts mentionnés sont valables en 2021)

	4					
<b>Incapacité primaire</b> (moins d'une année d'incapacité)	Taux à appliquer : <b>60</b> % du salaire brut plafonné	<ul> <li>6 premiers mois: la situation familiale ne joue aucun rôle</li> <li>À partir du 7ème mois: application d'une indemnité minimale selon la situation familiale et la qualité de travailleur régulier ou non.</li> <li>Indemnités minimales (euro/jour) pour les travailleurs réguliers: avec charge de famille (62,08), isolé (49,68), cohabitant (42,60)</li> <li>Indemnités minimales (euro/jour) pour les travailleurs irréguliers: avec charge de famille (51,18), sans charge de famille (37,87)</li> </ul>				
	Le taux à appliquer sur le salaire brut plafonné dépend de la situation familiale : <b>65</b> % pour les chefs de famille ; <b>55</b> % pour les isolés ; <b>40</b> % pour les cohabitants.					
Invalidité (lorsque l'incapacité se prolonge au-delà d'une année)	Prime de rattrapage (versée en mai 2021)  1 an d'incapacité (au 31/12/2020): avec charge de famille 435,47 euros; sans charge de famille 374,27 euros  2 ans d'incapacité (au 31/12/2020): avec charge de famille 730,48 euros; sans charge de famille 643,43 euros					

Tableau 9 : Principes généraux pour la détermination de l'indemnité d'incapacité de travail pour les indépendants (les montants bruts mentionnés sont valables en 2021)

<b>Incapacité primaire</b> (moins d'une année d'incapacité)	Depuis le 1er juillet 2019, la période de carence est supprimée pour les travail- leurs indépendants malades de plus de 7 jours. L'indemnisation est un montant forfaitaire (euro/jour) et dépend de la situation familiale: avec charge de famille (62,08), isolé (49,68), cohabitant (38,10)
<b>Invalidité</b> (lorsque l'incapacité se prolonge au-delà d'une année)	L'indemnisation est un montant forfaitaire (euro/jour) et dépend de la situation familiale et de la cessation ou non de l'entreprise du travailleur indépendant.  Avec cessation d'entreprise : avec charge de famille (62,08), isolé (49,68), cohabitant (42,62)  Sans cessation d'entreprise : avec charge de famille (62,08), isolé (49,68), cohabitant (38,10)
	Prime de rattrapage (versée en mai 2021) pour les indépendants ayant au moins une année d'incapacité au 31/12/2020 : 281,13 euros

primaire et en invalidité sont autour ou juste au-dessus du seuil de pauvreté. De même, la prime de rattrapage (montant forfaitaire versé une fois par an) a été revalorisée en 2019 et 2020 (En Marche, 2019). De plus, dans le cadre de l'accord interprofessionnel 2021-2022, une enveloppe "bien-être" de près de 700 millions d'euros a été dégagée. Ces moyens seront consacrés à la revalorisation des allocations sociales. Pour l'incapacité de travail, il est prévu, dès 2021, des revalorisations de certains minimas, de la prime de rattrapage (de sorte que certains montants repris dans les tableaux 8 et 9 seront augmentés au cours de l'année 2021).

Par ailleurs, pour les salariés, d'autres mesures favorables ont été mises en œuvre. Dès 2021, durant la période des six premiers mois d'incapacité de travail, un montant minimum d'indemnité est désormais garanti. Ce montant minimum est de 49,68 euros par jour, peu importe la situation familiale. Cela signifie que, si l'indemnité calculée est inférieure à ce montant minimal, elle sera alors augmentée jusqu'à ce montant (sans toutefois dépasser le salaire journalier brut). Il faut cependant noter que l'application générale de cette mesure se fera de façon progressive :

- Depuis le 01-01-2021, l'indemnité minimale est octroyée à partir du premier jour du cinquième mois d'incapacité de travail.
- À partir du 01-01-2022, ce minimum sera octroyé à partir du premier jour du quatrième mois.
- À partir du 01-01-2023, il sera octroyé à partir du premier jour du troisième mois.
- Et à partir du 01-01-2024, le minimum sera octroyé dès le premier jour de l'incapacité de travail (sauf période couverte par le salaire garanti).

#### Recommandations:

- Le statut de cohabitant constitue un enjeu important. En effet, pour les salariés (voir Tableau 8), à partir du 7ème mois d'incapacité, l'indemnité minimale tient compte de la situation familiale. Dès lors, si à ce moment une personne est considérée comme cohabitante, alors son indemnité minimale risque de diminuer. Idem pour le calcul de l'indemnité lors du passage en invalidité : le fait d'être considéré comme cohabitant a un impact sur le calcul de l'indemnité (on applique alors un taux de 40% sur la rémunération brute plafonnée tandis que le taux pour les isolés est de 55%). Mais la notion de cohabitation estelle encore adaptée à la vie actuelle ? De nouvelles formes de cohabitation apparaissent : des gens vivent ensemble, sans lien de parenté, sans former une réelle unité économique (c'est-à-dire sans faire pot commun pour les dépenses de la vie quotidienne, par exemple). Le cadre législatif actuel apparaît généralement inadapté à ces évolutions sociales, avec pour conséquence que bien des personnes sont confrontées à de mauvaises surprises financières. Ne devrait-on pas tendre alors vers la suppression de ce statut de cohabitant? Il faudra probablement du temps pour que ce but soit atteint car l'impact budgétaire d'une telle suppression risque d'être important. Cela ne doit pas empêcher une réflexion de fond sur le statut 'cohabitant' (d'autant plus que cette notion n'est pas forcément identique d'une législation à l'autre). À plus court terme, on peut envisager des mesures d'amélioration. C'est pourquoi la MC propose de sortir du statut de cohabitant les deux catégories suivantes dans le calcul des indemnités.
  - 1. Les personnes qualifiées à tort de cohabitants car elles ne gèrent pas leurs dépenses ménagères en commun. Par exemple, certaines formes résidentielles particulières font déjà l'objet d'un encodage spécifique de la part des communes, de sorte que - via le Registre national - une mutuelle peut directement identifier les personnes vivant dans ces formes résidentielles (donc à une même adresse) et ne formant pas un ménage (habitat kangourou, habitat collectif, résidences services, etc.). Mais, cette possibilité dépend toutefois de l'enregistrement de la part des communes, qui n'est pas toujours uniforme. Travailler à un enregistrement de meilleure qualité, avec des lignes directrices claires, serait déjà une amélioration. Davantage de personnes ne devraient ainsi plus faire la preuve qu'elles ne cohabitent pas (ce sont des procédures lourdes et difficiles) même si d'autres personnes vivent à leur adresse.

Autre exemple de situation problématique du même ordre : nos services sociaux rapportent des plaintes de membres qui doivent demander à leurs enfants de quitter la maison contre leur gré, sous peine d'être qualifiés de cohabitants. Pour éviter ce genre de situation, on pourrait augmenter le plafond de revenu pour les enfants vivant avec leur(s)

- parent(s) ou leur ancien tuteur (la situation familiale déterminant l'indemnité dépend d'une enquête sur les revenus dont ceux de l'enfant qui vit avec ses parents). Cela ne concerne pas seulement les enfants et leurs parents biologiques, mais aussi la relation enfant-tuteur, enfant-parent d'accueil, enfant-parent adoptif, etc.
- 2. Les personnes qui cohabitent effectivement, mais dont le ménage se trouve déjà dans une situation de vulnérabilité financière. On pense aux ménages dont les revenus sont inférieurs à un budget de référence permettant de vivre décemment (à cet égard, on peut s'inspirer des budgets de référence calculés par le Centre de conseil et de recherche sur le budget (CEBUD)<sup>16</sup>) mais aussi aux personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (le fait de bénéficier de ce statut indique déjà une situation financière précaire), aux personnes qui bénéficient d'un soutien financier du CPAS, aux personnes en règlement collectif de dettes, ainsi qu'à celles qui sont accompagnées par le CPAS dans le cadre d'une médiation de dettes.
- Les indemnités d'incapacité de travail sont imposables: un précompte professionnel (autour de 11%) est prélevé sur l'indemnité d'incapacité primaire. Il faut noter que, dans certains cas, pour les indemnités faibles, sans cumul avec d'autres revenus, ce précompte n'est pas appliqué en conformité avec la règlementation sur le précompte professionnel et que, dès lors, le brut est égal au net. Par ailleurs, sur l'indemnité d'invalidité, il y a une retenue de maximum 3,5% en faveur du secteur des pensions. Et là aussi, il y a des exceptions: en dessous d'un montant minimal d'indemnité, il n'y a plus de retenue.
- Une manière de permettre aux personnes en incapacité de travail d'avoir un revenu plus décent pourrait dès lors passer par un régime fiscal plus favorable. Par exemple : il existe des avantages fiscaux pour les personnes invalides et handicapées (Service social, 2019). Pourquoi ne pas étendre ces possibilités aux personnes ayant eu des périodes d'incapacité primaire?

### 5.4. Mieux accompagner en vue d'un bon rétablissement et de la reprise du travail

Avant tout, les répondants veulent se sentir écoutés et compris par le médecin-conseil. Ils ont besoin de quelqu'un qui puisse compatir à leur situation. Ils demandent que le médecin-conseil dispose de plus de temps pour connaître leur situation spécifique. Cela lui permettrait de prendre en compte tous les éléments dans sa décision, y compris l'histoire de la personne, ainsi que les dossiers médicaux et les recommandations du médecin traitant. Les personnes interrogées attendent d'abord du médecin-conseil qu'il les guide dans leur guérison à la fois avec des pistes, des avis et du soutien. Que peut-on faire pour se rétablir et qui peut aider à le faire ? Ils attendent ensuite ses

conseils sur la manière de reprendre le travail. Quelles sont les possibilités de retour au travail ? Quelle est la meilleure façon de procéder ? Et quel est le meilleur moment pour le faire ? Ils demandent que le médecin-conseil dispose également de plus de temps à cet effet. La décision de reprendre ou non le travail après une période d'incapacité de travail est en effet une décision lourde de conséquences pour la personne concernée.

#### Recommandations:

- · La MC déploie des efforts, tant vis-à-vis du public en général que des autorités publiques, afin de faire mieux connaître toutes les tâches et fonctions de médecin-conseil. Dans le cadre de l'incapacité de travail, le rôle du médecin-conseil est en effet articulé entre deux missions : (1) le conseil, l'information et la guidance et (2) le contrôle de l'incapacité de travail. Le médecin-conseil n'est donc pas uniquement un médecin inspecteur. Dans sa vision stratégique de mutualité santé, la MC estime que le rôle d'accompagnateur (avec des astuces, des conseils et un soutien) des médecins-conseils au niveau des mutualités est primordial, à la fois dans l'évaluation de l'incapacité de travail, dans les trajets de réintégration, mais également dans le cadre du coaching des membres. La MC veut voir se développer ce dernier volet dans le cadre du projet de transformation de la MC en Mutualité santé, où l'expertise des organismes assureurs peut être mise au service du membre. Il est donc nécessaire de continuer à œuvrer à ces chantiers en cours.
- La MC soutient une approche intégrée avec une équipe centrée sur les besoins de la personne en incapacité de travail (comprenant, outre le médecin-conseil, des paramédicaux et d'autres personnes impliquées dans l'accompagnement des membres), à la fois dans le cadre du trajet d'évaluation de l'incapacité de travail et dans le cadre du trajet de réintégration. Cette équipe permettrait d'encadrer au mieux les membres et de leur apporter l'accompagnement et le soutien dont ils ont besoin.

Les répondants de l'étude souhaitent que la discussion avec le médecin-conseil soit mieux cadrée à l'avance. Que peut-on attendre de cet entretien et quel est le rôle du médecin-conseil ? Pour certains, ce rôle n'est pas clair ; pour d'autres, l'objectif principal du médecin-conseil est d'effectuer le contrôle de l'incapacité. Ceci est souvent source de stress supplémentaire pour la personne en incapacité de travail lorsqu'elle est invitée à cet entretien. Plus d'explication sur ce à quoi on peut s'attendre réduirait les éventuelles inquiétudes. Des efforts peuvent dès lors être entrepris pour clarifier encore ce rôle dans la pratique et apporter des solutions aux préoccupations mises en lumière par les répondants eux-mêmes.

#### Recommandations:

 Lorsqu'on envoie une invitation pour un entretien auprès du médecin-conseil à une personne en incapacité de travail, il faut expliquer clairement ce que l'on peut attendre de cet en-

- tretien et quel est le rôle du médecin-conseil dans le suivi de l'incapacité de travail et la réintégration au travail.
- Un certain nombre de témoignages montrent qu'il est important que le médecin-conseil prenne la peine de donner (plus) d'explications à une personne lorsqu'il décide d'une incapacité de travail et/ou d'une reprise du travail. Si les gens peuvent comprendre les éléments sur lesquels le médecin-conseil fonde sa décision, il est plus probable qu'ils y adhèrent davantage et se sentent mieux, même si la décision n'est pas celle qu'ils espéraient.

5.5. Mettre encore plus l'accent sur l'information et l'accompagnement dans le processus administratif d'incapacité de travail et de retour au travail

Les personnes interrogées ont manifesté le besoin d'informations sur la manière de se mettre en ordre administrativement en ce qui concerne leur incapacité de travail et leur retour au travail. Ils aimeraient recevoir proactivement des informations sur ce qu'il faut faire, quand et comment le faire. Un relevé des différentes étapes à franchir leur serait utile. Que doit-on faire pour déclarer l'incapacité de travail et recevoir une indemnité ? Comment se mettre en ordre administrativement lorsque l'incapacité de travail se prolonge ? À quoi faut-il penser lorsque l'on retourne au travail ? Il faut veiller aussi à ce que ces informations soient dans un langage simple et compréhensible (pas de langage administratif ou complexe). En outre, les répondants expriment le souhait d'être informés non seulement de leurs obligations, mais aussi de leurs droits et des possibilités existantes pendant la période d'incapacité.

#### Recommandation:

Les mutuelles doivent encore accentuer leurs efforts pour développer une information proactive concernant les démarches administratives: dans un langage simple, en expliquant étape par étape ce qu'il faut faire dans chaque phase de l'incapacité de travail et/ou de la reprise du travail. Des informations plus personnalisées devraient notamment pouvoir être proposées.

Outre le besoin d'informations, certaines personnes en incapacité de travail ont également besoin d'aide pour mettre en ordre ces démarches administratives. Cette aide peut être nécessaire parce que les personnes en incapacité de travail en sont mentalement ou physiquement incapables, surtout au début de leur maladie. D'autres ont besoin d'aide parce qu'ils trouvent le processus administratif trop difficile ou trop complexe pour s'en sortir seuls. Il est nécessaire que quelqu'un travaille avec eux pour mettre de l'ordre dans cette administration, éventuellement sous la forme d'un accompagnement personnel.

#### Recommandations:

• En tant que mutuelle, davantage d'efforts pourraient être faits afin de fournir une assistance individuelle pour mettre

- en ordre l'administration. Et cela doit être proposé en fonction de la personne et par le canal qu'elle préfère : lors d'un échange téléphonique, lors d'un entretien en face à face, ou par des moyens numériques.
- Par ailleurs, les informations sur la façon d'obtenir cette aide doivent être faciles et rapides à trouver et doivent être clairement mentionnées dans les communications aux personnes en incapacité de travail.

Les personnes interrogées n'ont pas seulement besoin d'informations sur l'aspect administratif de la reprise du travail, mais aussi sur toutes les possibilités de soutien dans le parcours vers la reprise du travail. Les personnes interrogées indiquent que ces informations ne sont pas toujours faciles à trouver et qu'il faut les chercher soi-même. Cela demande souvent trop d'énergie. De plus, ces informations sont souvent dispersées. Ce serait mieux si elles étaient rassemblées en un seul endroit. D'autant qu'il existe souvent une grande incertitude quant à ce qui est autorisé/possible et ce qui ne l'est pas. Cela génère beaucoup d'incertitude, d'anxiété et de stress à un moment où on peut s'en passer.

#### Recommandation:

En tant que mutuelle, s'attacher davantage à fournir des informations sur les possibilités de retour au travail. Ces informations doivent être faciles à trouver et rassemblées en un seul endroit. Il devrait y avoir plus de clarté sur ce qui est possible et quelles en sont les conséquences notamment financières. Ici, les paramédicaux qui travaillent avec le médecin-conseil peuvent jouer un rôle.

### 5.6. Simplifier le processus administratif de l'incapacité de travail et du retour au travail

Les personnes interrogées trouvent le processus administratif trop complexe. Ils demandent une réduction du nombre de documents à remplir et que cela soit fait dans un langage simple et compréhensible. Au sein de la MC, certaines lettres relatives à l'incapacité de travail ont déjà été relues et adaptées afin de les rendre plus simples et plus faciles à comprendre. Ainsi, les lettres d'invitation pour l'incapacité de travail ont été relues par l'Observatoire des maladies chroniques (INAMI) et adaptées en fonction des remarques qui ont été faites. En Flandre, les lettres sont toujours revues par Heerlijk Helder. En Wallonie, il n'y a pas d'équivalent (pour l'instant). À l'avenir, cette relecture des lettres envoyées par la mutualité devra être systématiquement poursuivie et étendue.

Les répondants demandent aussi une digitalisation du suivi administratif de l'incapacité de travail et de la reprise du travail. Cela permettrait d'éviter d'aller du médecin à l'employeur, puis de revenir à la mutuelle pour compléter les documents administratifs. Ils demandent également une administration plus directe entre le médecin, la mutuelle et l'employeur, afin que la personne en incapacité de travail n'ait pas à faire toutes ces démarches elle-même. Certains répondants trouvent que les délais pour apporter tous les certificats sont un peu courts. Les certificats médicaux (déclaration et prolongation de l'incapacité de travail) doivent être transmis régulièrement et rapidement à la mutualité. Les répondants ont indiqué que le courrier n'est pas toujours une option rapide non plus.

#### Recommandations:

- Poursuivre la vérification de la langue des lettres adressées aux personnes en incapacité de travail. Il convient d'éviter autant que possible le langage administratif et complexe et de le transformer en un langage simple et compréhensible. Il serait en outre préférable de tester les lettres auprès du public cible pour que ce travail de relecture constitue réellement une amélioration.
- Par ailleurs, il serait bon d'investir dans la digitalisation et l'échange électronique de données entre les différents acteurs du trajet de l'incapacité de travail.

La MC souhaite s'engager dans cette digitalisation du suivi administratif de l'incapacité de travail et de la reprise du travail. Son ambition est non seulement de réduire la charge administrative des membres (attribution automatique des droits, éviter les démarches inutiles pour le membre) mais aussi de simplifier et d'augmenter l'efficacité du personnel de la MC dans les processus médicaux et administratifs. Ces gains d'efficacité pourraient alors libérer des ressources pour l'accompagnement des membres en incapacité de travail. La simplification administrative pourrait en outre apporter une réponse partielle à la remarque des répondants concernant l'excès de lettres. La digitalisation permet de gagner du temps par rapport à l'envoi de certificats par voie postale ou à la nécessité de se déplacer chez les différents acteurs.

Un certain nombre de pistes se dessine dans la perspective de la digitalisation :

- Permettre que la mutualité reçoive tous les certificats confidentiels utiles en format électronique. Pour faire une déclaration d'incapacité de travail, l'affilié doit actuellement faire remplir ce document 'confidentiel' par le médecin traitant. Et c'est lui-même qui doit ensuite faire parvenir ce document à la mutuelle, soit par courrier, soit en le déposant dans une agence. Il serait beaucoup plus simple et plus rapide pour le membre que le médecin traitant transmette ce document directement à la mutuelle par voie électronique.
- Digitaliser et simplifier pour les membres les processus liés à la réintégration (prolongations en matière de travail au-

torisé). Le contenu du formulaire pour les demandes de prolongation pour le travail autorisé devrait être simplifié et mis à disposition. Ceci nécessite toutefois un changement légal. Idéalement, ce formulaire devrait en outre être disponible en ligne.

Automatiser et digitaliser le processus « enquête charge de famille et revenu des membres de la famille ». Au 7ème mois, des enquêtes auprès des personnes concernées doivent être menées afin de recueillir leur composition familiale et les revenus des membres de leur famille. Cette enquête a pour but l'octroi potentiel d'une indemnité minimale au 7ème mois. Elle doit également être faite lors du passage en l'invalidité afin de déterminer le taux d'indemnisation. Actuellement, c'est le membre et les personnes de son ménage qui doivent fournir tous les renseignements et chacun doit signer le document. Il serait plus simple que la mutualité puisse recueillir directement ce type d'informations auprès de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, des communes, du SPF Finances, etc. Aller chercher les informations là où elles se trouvent déjà permettrait à la MC d'octroyer à ses membres leurs droits de façon automatique et en évitant toute démarche administrative lourde et inutile.

### 5.7. Proposer des aménagements du travail afin d'éviter les rechutes en incapacité

Les résultats de l'étude ont montré que des aménagements du travail tels que réduire ses heures de travail, avoir un travail moins exigeant et moins lourd physiquement, ou encore pouvoir adapter ses horaires de travail, sont des éléments qui aident grandement les individus lors de la reprise du travail. Cependant, nous avons constaté que certains de ces aménagements ne sont pas encore suffisamment octroyés lors de la reprise au travail : 40% des individus qui souhaitaient des aménagements du travail ne les ont pas obtenus. Ces résultats corroborent également les résultats d'une autre étude récente (Boets et al., 2020), ayant montré que l'adaptation la plus couramment accordée, bien que de manière temporaire, est la reprise progressive du travail, alors que d'autres petits ajustements qui pourraient s'avérer très utiles, comme par exemple des adaptations ergonomiques, restent trop peu souvent mis en œuvre.

Le fait que 40% des répondants ayant besoin d'aménagements lors de la reprise du travail ne les reçoivent pas est interpellant. Ceci l'est d'autant plus qu'une récente revue systématique de la littérature scientifique souligne que les interventions orientées vers le lieu de travail sont bénéfiques pour réduire la durée de l'incapacité de travail parmi les travailleurs en incapacité de travail pour cause de burn-out (Perl, 2019). Le manque d'aménagements peut également engendrer un risque de rechute, qui va à l'encontre des objectifs de réintégration sur le marché de l'emploi des malades de longue durée.

Proposer des aménagements du travail lorsque les individus reprennent le travail après une incapacité, et conscientiser davantage les employeurs à l'importance d'offrir ces aménagements parait donc fondamental afin de réduire le risque d'incapacité de travail et de prévenir le risque de rechute. Cependant, ces aménagements ne semblent pas toujours faciles à mettre en place. Ainsi, une majorité des participants à cette étude ont rapporté que des aménagements n'ont pas pu être mis en place car ils sont incompatibles avec l'organisation du travail, ou avec le travail effectué. Dans l'étude de Boets et al. (2020), ces difficultés au niveau organisationnel ont également été mise en évidence comme un obstacle à la réintégration. Dès lors, il faut se demander comment aider les employeurs à mettre en place des aménagements lors de la reprise du travail, ou comment les aider à implémenter une bonne politique de réintégration du travail ? Dans ce cadre, différentes pistes pourraient être envisagées.

## 5.7.1. Impliquer plus activement les employeurs dans le retour au travail

#### Recommandations:

- Il nous semble fondamental que le gouvernement et les décideurs politiques incitent davantage les employeurs à réintégrer leurs travailleurs, via la mise en place d'un travail réellement adapté. Une possibilité efficace est de récompenser financièrement un employeur par des incitations s'il offre suffisamment de chances de réintégration au lieu de le pénaliser si les chances sont insuffisantes. Une autre possibilité consiste à indemniser les entreprises pour les adaptations du travail qui leur coûtent. Une attention particulière doit être accordée aux petites entreprises, qui ont moins de possibilités d'ajustements raisonnables que les grandes entreprises.
- Il est également important de mieux informer les entreprises sur les possibilités de soutien (financier) qui existent déjà pour les aider dans leurs efforts de réintégration de travailleurs. Par exemple, en Flandre, les entreprises peuvent recevoir une prime de soutien (Vlaanderen, 2021) pour les employés ayant un handicap reconnu limitant le travail. Cette prime peut être utilisée pour compenser une baisse de productivité, pour l'accompagnement et le soutien du supérieur hiérarchique ou pour les adaptations de l'horaire ou de l'ensemble des tâches de l'employé. Cette mesure est également prévue pour les employés ayant une incapacité temporaire (par exemple, les personnes se remettant d'un cancer). Des initiatives sont également prises par les autres régions (AViQ, 2021) du pays afin d'aider les entreprises à maintenir en emploi des personnes devenues handicapées en cours de carrière.

## 5.7.2. Renforcer le soutien du supérieur hiérarchique lorsque l'individu reprend le travail

L'étude a montré que le manque de soutien du supérieur hiérarchique pose problème lors de la reprise du travail. Il s'agit de l'adaptation du travail la plus difficile à obtenir, et du deuxième plus grand obstacle lors de la reprise du travail.

#### Recommandations:

- Les employeurs devraient être davantage attentifs, dans leur politique de réintégration, à sensibiliser les supérieurs hiérarchiques et à les encourager à soutenir davantage leurs collaborateurs lorsqu'ils reviennent après une période d'incapacité de travail.
- Il est également important de sensibiliser les supérieurs hiérarchiques à l'importance d'une reprise progressive, et sans pression, du travail.

## 5.7.3. Renforcer le rôle et la collaboration avec le conseiller en prévention-médecin du travail

Les résultats de cette étude ont mis en évidence que seule une minorité de répondants affirme avoir été aidée par la médecine du travail lors de la reprise du travail.

Par contre, la réintégration informelle, sous forme de visite préalable à la reprise du travail avec le médecin du travail, semble être une méthode efficace lorsqu'il s'agit de reprendre le travail chez le même employeur (Boets et al., 2020). Cette visite de pré-reprise du travail a pour but de donner la possibilité au conseiller en prévention ou au médecin du travail de proposer à l'employeur, avant la reprise du travail, des aménagements du poste de travail (SPF Emploi, 2021). Cette visite permet dès lors au travailleur, lorsqu'il reprend le travail, de se réintégrer plus facilement à un poste de travail adapté. L'employeur est obligé d'informer tous les travailleurs soumis ou non à la surveillance de santé de leur droit à bénéficier de cette visite, même s'il n'y a pas de cas d'incapacité de travail de longue durée (SPF Emploi, 2021). Cette visite organisée avec le médecin du travail peut donc être une bonne manière de favoriser la réussite du retour au travail.

#### Recommandations:

- Impliquer davantage le médecin du travail dans le processus de reprise du travail.
- Le fait de fournir au médecin du travail, un descriptif de fonction, ou une liste de toutes les fonctions et tâches disponibles au sein de l'organisation, pourrait aussi lui être utile afin de proposer des aménagements du travail pertinents, en lien avec la fonction du travailleur qui reprend le travail.<sup>18</sup>

### 5.7.4. Renforcer le rôle des organismes publics d'insertion socio-professionnelle

Afin de favoriser la reprise du travail, le rôle joué par les organismes publics d'insertion socio-professionnelle (VDAB, FO-REM, ACTIRIS, ADG) pourrait être renforcé. En effet, les résultats de l'étude montrent qu'un très faible nombre de répondants

(seulement 3%) estiment avoir été aidés par ces acteurs lors de leur reprise du travail.

Ces acteurs pourraient pourtant s'avérer particulièrement utiles lorsque la reprise du travail chez le même employeur n'est réellement pas possible et que des possibilités de reconversion professionnelle ou de recherche d'emploi chez un autre employeur doivent être envisagées.

#### **Recommandation:**

 Renforcer la collaboration avec des organismes d'insertion socio-professionnelle (VDAB, FOREM, ACTIRIS, ADG) lors du retour au travail, en particulier si la reprise du travail chez le même employeur n'est réellement pas possible.

#### 5.8. Conclusion

Vivre en incapacité de travail ne va pas de soi. Rappelons encore une fois qu'être en incapacité de travail n'a rien d'un privilège! Bien au contraire. C'est devoir vivre avec des moyens restreints tout en faisant face à la maladie et à ses conséquences. Les répondants à notre enquête ne demandent pas qu'on s'apitoie sur leur sort. Ce qui leur manque, ce n'est pas la motivation à travailler, mais bien la capacité à effectuer leurs tâches professionnelles. Nombreux sont ceux, quand ils le peuvent, qui prennent d'ailleurs des initiatives en ce sens, cherchent des informations, souhaitent des aménagements de leur travail, etc. Mais ils nous disent aussi qu'il faut faire cela au bon moment, quand on a récupéré. Cela peut paraitre évident, mais se soigner, guérir, se reconstruire (après un burn-out, une dépression, etc.) demande du temps. La patience est donc aussi une recommandation à faire et elle vaut pour la société entière : prendre le temps de surmonter une incapacité de travail, qui parfois se prolonge, ce n'est pas faire preuve de fainéantise, c'est un processus qui peut être compliqué (avec des allers et retours), qui prend du temps et qui ne se fait pas sous pression.

Mais nous pouvons faire plus et mieux. À commencer par une politique ambitieuse et durable afin de prévenir le risque de tomber en incapacité de travail. Une fois en incapacité, on peut améliorer l'accompagnement de ces personnes, y compris quand vient le temps d'envisager le retour à une activité professionnelle. Bien des améliorations sont donc possibles, ce que montrent les recommandations ci-dessus, à condition d'être à l'écoute des besoins exprimés par les personnes elles-mêmes.

C'est ce que nous avons fait avec cette étude. Donner directement la parole aux personnes en incapacité de travail nous a permis d'accroître notre connaissance des trajets de l'incapacité de travail, a mis en lumière les besoins concrets qui sont autant de points d'attention pour tous les acteurs concernés par ce sec-

<sup>18.</sup> Cette suggestion a été émise par certains répondants de notre étude.

teur de la sécurité sociale (pouvoirs publics, entreprises, mutualités). Cette connaissance est précieuse et nous remercions chaleureusement les 4 350 répondants qui ont consacré du temps et de l'énergie à compléter un questionnaire long et difficile. Ils ont fait leur part. À nous de faire la nôtre et de veiller à ce que la question de l'incapacité de travail reste à l'agenda politique, et que les personnes en incapacité de travail soient reconnues et traitées dignement.

#### **Bibliographie**

- Avalosse, H., Vancorenland, S., et Verniest, R. (2016) La situation financière et sociale des invalides, MC-Informations, 266, 3-15.
- AViQ (2021) Comment maintenir à l'emploi un travailleur handicapé ?, Site consulté en avril 2021. Disponible sur :
  - https://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/se\_former\_travailler/employeurs/comment\_maintenir.html
- Boets, I., Godderis, L., De Greef, V., et Deroubaix, H. (2020) Évaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail. Synthèse de l'évaluation quantitative, qualitative et juridique.

Disponible sur:

 $\frac{\text{https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-\%C3\%AAtre\%20au\%20travail/Projets\%20de\%20}{\text{recherche/RTW} \ \text{Resume} \ \ \text{WP1et2et3} \ \ \text{FR.pdf}$ 

- CM (2021) CM-tegemoetkoming psychotherapie, Site consulté en avril 2021. Disponible sur :
  - https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/geestelijke-gezondheid/CM-tegemoetkoming
- Dermagne, P.-Y. (2020) Exposé d'orientation politique. Économie et Travail, Chambre des représentants de Belgique. Disponible sur : https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/1610/55K1610014.pdf
- Di Zinno, T., Avalosse, H., Karakaya, G., Lambert, L., Lange, B., Lona, M., Meeus, A., Von Rauch, E., et Vrancken, J. (2019) État de santé des personnes en incapacité de travail primaire – Analyse longitudinale 2014-2016. Bruxelles: Agence Intermutualiste. Disponible sur:

https://aim-ima.be/IMG/pdf/20191218 - incapacite primaire ima - analyse longitudinale v4.pdf

 En Marche (2019) La prime de rattrapage revalorisée, Site consulté en avril 2021.

Disponible sur:

https://www.enmarche.be/services/incapacite-de-travail-et-in-validite/la-prime-de-rattrapage-revalorisee

 Grommen, S. (2021) Volvo brengt een stukje Zweden naar België: alle werknemers kunnen half jaar geboorteverlof opnemen, VRTnws.

Disponible sur:

https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2021/03/30/volvo-brengt-een-stukje-zweden-naar-belgie-alle-werknemers-krij/

 INAMI (2018) Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides. Régime des salariés et régime des indépendants - Période 2007 – 2016.

Disponible sur:

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude\_si\_facteurs\_explicatifs\_invalides\_2007\_2016.pdf

 Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Disponible sur:

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\_loi/loi\_a1.pl?lan-guage=fr&la=F&table\_name=loi&cn=1996080400&&cal-ler=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK

 MC (2021) Comment bénéficier de l'avantage psychologie ?, Site consulté en avril 2021.

Disponible sur:

 $\frac{\text{https://www.mc.be/mes-avantages/soins-au-quotidien/psycho\#:~:text=La\%20MC\%20rembourse\%20vos\%20consultations,le\%20sign\%C3\%A9\%20\%C3\%A0\%20votre\%20mutualit%C3\%A9.}$ 

 Perl., F. (2019) Réinsertion professionnelle de personnes en burnout : développement d'un itinéraire de soins, Conseil supérieur de la santé, journée d'étude : « Burnout : les clefs pour agir », 12 décembre 2019.

Disponible sur:

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\_theme\_file/121219\_trajet\_de\_\_\_\_soin\_inami\_f\_perl\_8.pdf

• RTBF (2018) Mails bloqués entre 18h et 7h chez Lidl : « La seule bonne façon d'appliquer le droit à la déconnexion » , Site consulté en avril 2021. Disponible sur :

https://www.rtbf.be/info/societe/detail\_les-employes-de-chez-lidl-ont-desormais-droit-a-la-deconnexion-pas-de-mails-entre-18h-et-7h?id=10007011

 Saks, Y. (2017) Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité, Revue économique, septembre, 59-72.

Disponible sur:

https://www.nbb.be/fr/articles/mieux-comprendre-levolution-du-nombre-de-beneficiaires-de-lassurance-invalidite

 Service social (2019) L'avantage fiscal pour les personnes en invalidité ou handicapées, En Marche, Site consulté en avril 2021.
 Disponible sur :

https://www.enmarche.be/services/avantages-sociaux-et-aides-aux-familles/l-avantage-fiscal-pour-les-personnes-en-in-validite-ou-handicapees-2.htm

- Sonnentag, S., et Fritz, C. (2014) Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework, *Journal* of Organizational Behavior, 36(S1), S72–S103. Doi:10.1002/job.1924
- SPF Emploi (2021) La surveillance de la santé des travailleurs, Site consulté en avril 2021.

Disponible sur:

https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/lasurveillance-de-la-sante-des-travailleurs

 SPF Santé publique (2021) COVID-19 : protocole d'accord du 2.12.20, Site consulté en avril 2021.

Disponible sur:

https://www.health.belgium.be/fr/covid-19-protocole-daccord-du-21220

 STATBEL (2020) Indicateurs de pauvreté belges en 2019 par région et par province, Site consulté en avril 2021.

Disponible sur:

https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale

 Vlaanderen (2021) Vlaamse ondersteuningspremie, Site consulté en avril 2021.

Disponible sur:

https://www.vlaanderen.be/vlaamse-ondersteuningspremie

### **En bref**

### Incapacité de travail – chiffres et indicateurs

Les travailleurs salariés du secteur privé (chômeurs compris), ainsi que les travailleurs indépendants reçoivent une indemnité en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Si l'incapacité ne dépasse pas une année, on parle d'incapacité de travail primaire. Si cette incapacité se prolonge au-delà d'une année, on parle alors d'invalidité. L'indemnisation ne se prolonge pas au-delà de la prise de pension.

Un travailleur qui tombe en incapacité de travail n'est pas forcément indemnisé tout de suite.

- Pour les salariés, il faut tenir compte de la période de salaire garanti (14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés) au cours de laquelle c'est l'employeur qui intervient. Pour les chômeurs, il n'y a pas de période de salaire garanti, l'indemnisation se fait dès le 1er jour.
- Pour les indépendants, il y a une période de carence où il n'y a pas d'indemnisation. Jusqu'en 2017, cette période était d'un mois. En 2018, elle a été ramenée à 15 jours. Dernière modification : à partir du 1er juillet 2019, elle est supprimée. Le travailleur indépendant est indemnisé dès le premier jour, à condition que l'incapacité dure au moins huit jours.

Nous reprenons ci-après un certain nombre d'indicateurs statistiques (provenant de divers rapports et d'études de l'INAMI) autour de l'incapacité de travail : Quels sont les volumes ? Quel est le niveau de risque de tomber en incapacité de travail ? Quel est le profil des personnes indemnisées ? Quelles sont les dépenses ?

#### 1. Incapacité de travail primaire

#### 1.1. Volume de journées indemnisées par an

Une façon simple d'aborder le volume en incapacité primaire de travail est de compter le nombre de jours indemnisés (voir Figure 1). Au total, 32,8 millions de journées étaient indemnisés en 2010. Ce nombre est de 41,7 millions en 2019, soit une croissance de l'ordre de 2,7% par an.

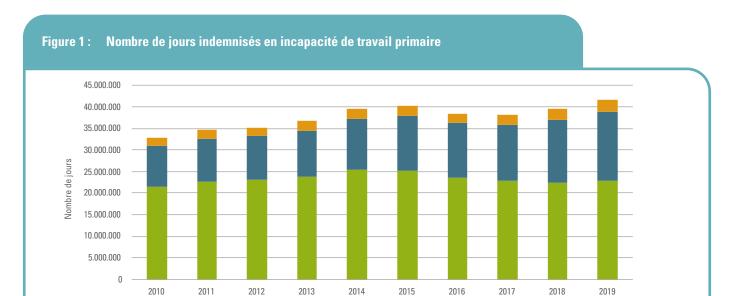
Mais la situation est très différente selon le type de travailleur : le volume de journées indemnisées pour les ouvriers a une croissance nettement plus faible, de l'ordre de 0,7% par an. Par contre, pour les employés du secteur privé, la croissance est nettement plus forte : de l'ordre de 5,9% par an. Pour les employés, la part des journées indemnisées dans le volume total passe de 29% en 2010 à 38% en 2019.

Du côté des travailleurs indépendants, le volume de journées indemnisées connaît une croissance modérée de l'ordre de 1,1% de 2010 à 2017. Ensuite, ce volume croît plus vite, mais c'est probablement dû au fait que la période de carence a diminué en 2018 et 2019. En 2019, le volume de journées indemnisées pour les indépendants représente 7% du volume total de journées indemnisées.

### 1.2. Volume de périodes d'incapacité primaire terminées au cours d'une année

Une autre façon de procéder de la part de l'INAMI est de compter le nombre de périodes d'incapacité primaire de travail qui se sont terminées au cours d'une année. En effet, une même personne peut avoir plusieurs périodes d'incapacité primaire au cours d'une même année. Les périodes dont la durée ne dépasse pas la période de salaire garanti (salariés) ou la période de carence (indépendants) ne sont pas comptées (car elles ne sont pas connues). Par contre, si l'incapacité se prolonge au-delà de cette période de salaire garanti ou de carence, les périodes sont comptabilisées pour leur durée totale. En 2018, il y avait 456.604 périodes indemnisées (voir Figure 2). Près de 96% de ces périodes sont afférentes à des travailleurs du régime général (=les salariés du secteur privé).

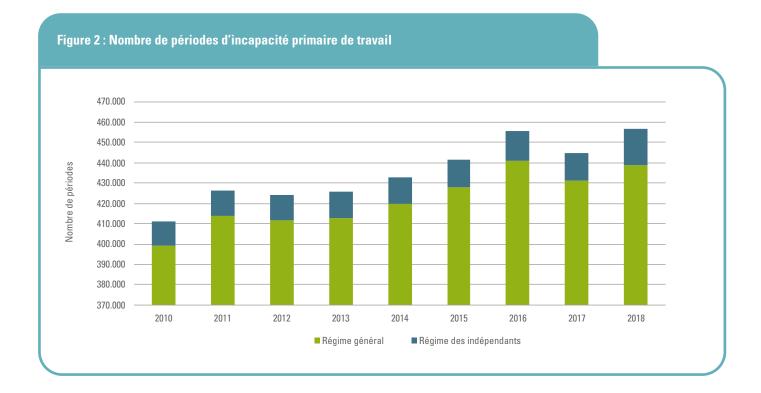
1. Il n'est pas tenu compte des fonctionnaires (qui ont leur régime propre et qui ne sont pas couverts par les mutualités pour le risque d'incapacité de travail).



■ Employés

Ouvriers

■ Indépendants



## 1.3. Profil des personnes en incapacité primaire (sur base des périodes d'incapacité primaire terminées en 2018)

Au sein du régime général,

- 65% des périodes d'incapacité primaire concernent des ouvriers et 33% sont relatives aux employés;
- 47% des périodes sont relatives à des hommes, 53% à des femmes.

En ce qui concerne l'âge (voir Figure 3), c'est surtout chez les travailleurs indépendants que le volume de périodes a tendance à croître avec l'âge. Chez les salariés du régime gé-

néral, les périodes comptabilisées sont davantage réparties sur toutes les tranches d'âge (sauf les plus jeunes et les plus âgés).

Pour la durée de l'incapacité primaire de travail, il faut examiner séparément les deux régimes.

À la Figure 4, on donne la répartition du nombre de périodes selon leur durée, par régime. Comment lire ces graphiques ?

 Les bâtonnets sont relatifs à l'axe de gauche et indiquent le pourcentage de périodes d'incapacité selon la durée.
 Par exemple, pour le régime général, les périodes qui n'ex-

Figure 3 : Répartition du nombre de périodes d'incapacité primaire de travail (2018) par âge

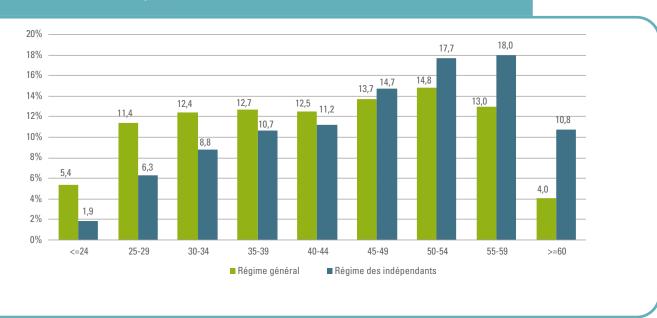
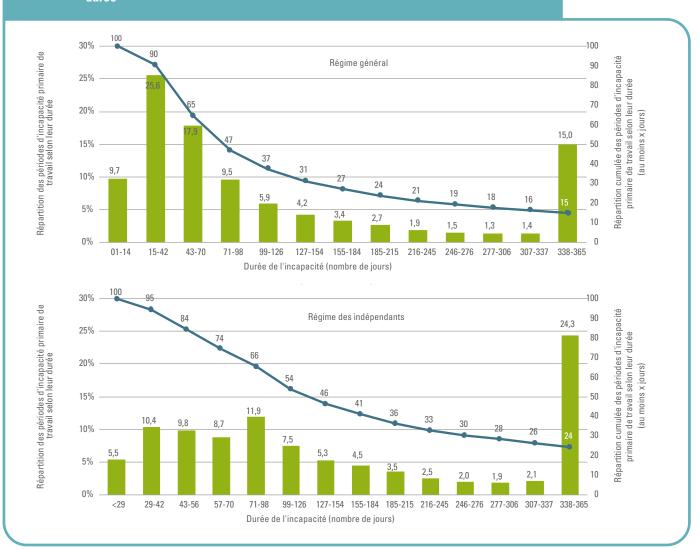


Figure 4 : Répartition du nombre de périodes d'incapacité primaire de travail (2018) selon leur durée



- cèdent pas 14 jours représentent un peu moins de 10% de l'ensemble des périodes comptées. Les épisodes de 15 à 42 jours (de  $\frac{1}{2}$  à 1,5 mois) représentent 25,6%.
- La courbe dégressive se lit sur l'axe de droite: elle indique le % cumulé de périodes qui ont une durée d'au moins x jours. Par exemple, toujours pour le régime général, les périodes qui ont une durée minimale de 15 jours représentent 90% de l'ensemble des périodes comptabilisées. Les périodes d'une durée minimale de 43 jours (environ 1,5 mois) représentent 65% des périodes d'incapacité primaire qui se sont terminées en 2018. Ce qui revient à dire qu'après une durée de 42 jours, 35% des périodes d'incapacité primaire de travail sont terminées.

Il en ressort donc que, pour le régime général, plus de la moitié des périodes d'incapacité primaire terminées en 2018 ne durent pas plus de 70 jours, les ¾ pas plus de 184 jours (± six mois). Les périodes les plus longues (entre 338 et 365 jours, soit de onze à douze mois) représentent 15% de l'ensemble des périodes d'incapacité primaire de travail qui se sont terminées en 2018.

Pour les indépendants, la durée de l'incapacité primaire apparaît plus longue : après 70 jours, seulement 34% des périodes comptabilisées sont terminées, après 184 jours (± six mois), il en reste encore 36%. Les périodes les plus longues (338 à 365 jours, soit de onze douze mois) représentent 24% du total.

Les raisons pour lesquelles il est mis fin à une période d'incapacité primaire de travail peuvent être très différentes. Le rapport INAMI (2018a, p. 22-23) donne des indications pour l'année 2016 et pour les travailleurs du régime général :

- Dans la très grande majorité des cas (80%), il s'agit d'une reprise du travail ou du retour au chômage.
- Une très faible proportion d'épisodes se termine par un décès (0,3%), par la prise de pension (0,2%). On note quand même 5% d'exclusions par les médecins-conseils.
- Enfin, il y a ceux qui probablement passeront en invalidité, ces derniers se concentrent dans les périodes ayant une durée de 338 à 365 jours (13%).

#### 1.4. Taux d'entrée en incapacité de travail

Le rapport INAMI (2018a) étudie de façon approfondie le risque de tomber en incapacité primaire pour les travailleurs du régime général. Ce risque est mesuré par le taux d'entrée en incapacité primaire. Il est calculé par un ratio entre :

 le nombre de personnes qui ont commencé une période d'incapacité de travail dont la durée excède la période de salaire garanti (= numérateur);

et

 l'effectif des titulaires indemnisables primaires, compte non tenu des prépensionnés² (soit la population susceptible d'être indemnisée) (=dénominateur).

À la Figure 5, on peut voir que le taux d'entrée en incapacité primaire est plus élevé pour les ouvriers que pour les employés. Ceci reflète la période de salaire garanti plus courte pour les ouvriers. Mais surtout, comme le mentionne le rapport INAMI (2018a, p.5): « La charge de travail physiquement plus lourde, les carrières plus longues que par le passé, font que les ouvriers sont aussi plus sujets à des affections qui peuvent conduire à une incapacité de travail ».

Des inégalités existent également en fonction du sexe. En effet, quel que soit l'état social (ouvrier ou employé), le taux d'entrée est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Notons encore que pour les employés, il est plus élevé pour ceux qui sont au chômage par rapport à ceux qui ont un emploi. Enfin, quand on compare 2009 à 2016, on constate que ces taux sont en augmentation.

La Figure 6 donne une idée du taux d'entrée en incapacité primaire par âge. L'analyse se limite, ici, aux entrées en incapacité primaire dont la durée dépasse 28 jours. Les taux d'entrée sont croissants avec l'âge, sauf dans les dernières classes d'âge.

Figure 5 : Taux d'entrée en incapacité primaire – régime général (2009 et 2016)

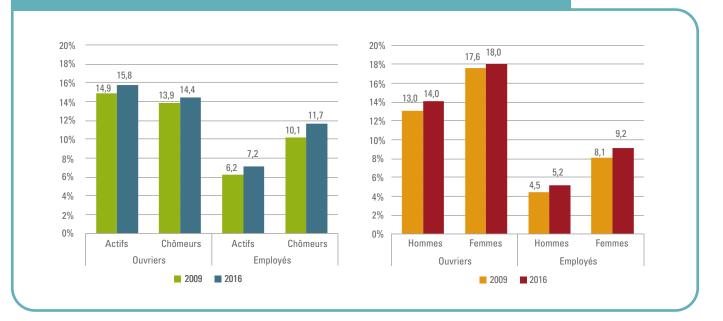


Figure 6 : Taux d'entrée en incapacité primaire (au-delà de 28 jours) selon l'âge – régime général (2016)



#### 2. Invalidité

#### 2.1. Volume de journées indemnisées

Le volume total de journées indemnisées en invalidité est de l'ordre de 133,4 millions en 2019 (voir la Figure 7). Ce volume était de 83,5 millions en 2010. Cela représente une croissance de près de 5,3% par an.

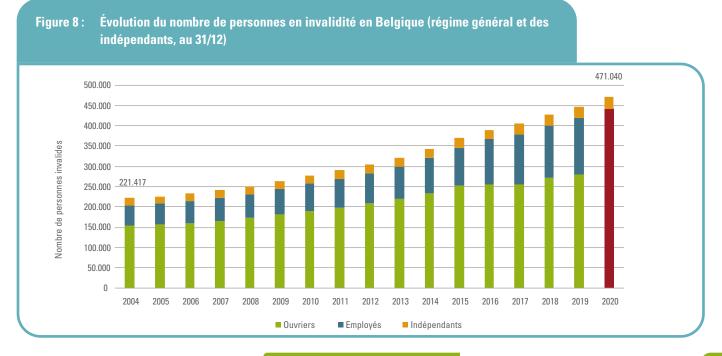
La croissance observée est différente selon le type de travailleur : le volume de journées indemnisées pour les ouvriers a une croissance de l'ordre de 4,7% par an. Par contre, pour les employés du secteur privé, la croissance est nettement plus forte : de l'ordre de 7,4% par an. La part des journées indemnisées pour les employés dans le volume total passe de 26% en 2010 à 31% en 2019.

Du côté des travailleurs indépendants, le volume de journées indemnisées connaît une croissance de l'ordre de 3,2% de 2010 à 2019. La part des journées indemnisées pour les indépendants invalides est de l'ordre de 6 à 7% du volume total des journées indemnisées.

#### 2.2. Nombre de personnes en invalidité

Les statistiques disponibles de l'INAMI permettent de donner un comptage précis du nombre de personnes en invalidité dans notre pays (voir Figure 8). Le nombre total de personnes en invalidité croît régulièrement et est actuellement de l'ordre





de 471 000 (au 31/12/2020). De 2004 à 2020, le nombre de personnes en invalidité a doublé, la croissance annuelle moyenne est de l'ordre de 4,8% par an.

La croissance du nombre de personnes en invalidité varie en fonction du type de travailleur. De 2004 à 2019, la croissance annuelle moyenne la plus élevée est observée chez les employés (6,9% par an), suivie de celle des ouvriers (4,1% par an). La croissance la plus faible est observée chez les indépendants (3,4% par an, période : 2004 à 2020).

#### 2.3. Profil des personnes en invalidité (2018)

La plupart des personnes en invalidité (94%) sont des salariés du régime général. Et au sein du régime général, 68% des personnes en invalidité sont des ouvriers et 32% sont des employés.

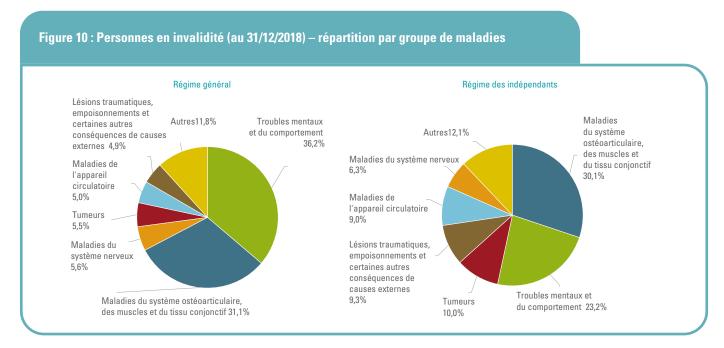
Globalement, la majorité des personnes en invalidité sont des femmes (57%). Cette proportion est un peu plus élevée dans le régime général (58%). Par contre, chez les travailleurs indépendants, ce sont les hommes qui sont majoritaires parmi les personnes en invalidité (61%).

Pour les personnes en invalidité du régime général, 43% d'entre elles ont plus de 55 ans. Chez les travailleurs indépendants, cette proportion est de 59% (voir Figure 9).

Au niveau des pathologies (voir Figure 10), les deux premiers groupes de maladie sont :

 les personnes avec des 'troubles mentaux et du comportement' (36% des personnes en invalidité du régime général,





L'INAMI a publié récemment des indications précises sur l'évolution 2016-2020 des personnes en invalidité souffrant de burnout et de dépressions. Nous reprenons ci-après quelques chiffres.

- « Situation 2020 pour les travailleurs salariés et demandeurs d'emploi :
- 36,9% des personnes en invalidité le sont pour une maladie du groupe « Troubles mentaux ». Parmi ces personnes en invalidité pour trouble mental, 46,1% souffrent d'une dépression et 19,4% d'un burn-out.
- Le burn-out et la dépression représentent 24,1% des cas des incapacités de travail de longue durée : le burn-out 7,1%, la dépression 17%.
- Entre 2016 et 2020, le nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée pour cause de burn-out et de dépression a augmenté de 38,7% : +41,5% pour dépression, +32,5% pour le burn-out.

#### Situation en 2020 pour les travailleurs indépendants :

- 24,9% des personnes en invalidité le sont pour une maladie du groupe « Troubles mentaux ». Parmi ces personnes en invalidité pour trouble mental, 44,1% souffrent d'une dépression et 25,4% d'un burn-out.
- Le burn-out et la dépression représentent 17,3% de la totalité des incapacités de travail de longue durée : le burn-out 6,3%, la dépression 11,0%.
- Entre 2016 et 2020, le nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée pour cause de burn-out et de dépression a augmenté de 50,9% : 55,6% pour dépression, +43,4% pour burn-out. » Source : INAMI, 2021

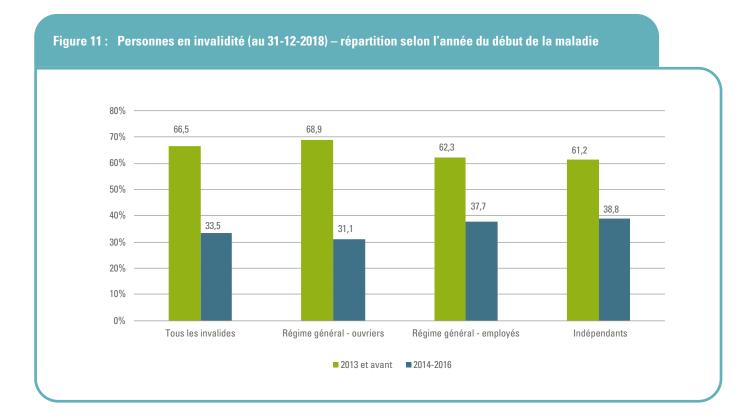
23% des personnes en invalidité du régime des indépendants),

 les personnes avec des 'maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif' (31% pour le régime général, 30% pour le régime des indépendants).

Plus l'incapacité de travail dure longtemps, plus le retour au travail est difficile. Pour les personnes en invalidité, ce sera d'autant plus compliqué que la maladie et ses conséquences s'inscrivent dans la durée. En effet, globalement, pour un peu

moins de 66% des personnes en invalidité, la maladie a débuté il y a au moins quatre années (au cours de 2014 ou encore avant, voir Figure 11). Ce pourcentage est plus élevé pour les ouvriers (69%) que pour les employés (62%). Pour les personnes en invalidité du régime des indépendants, ce pourcentage est de 61%.

En 2017, près de 49.200 personnes sont sorties de l'invalidité. Les motifs de sortie sont les suivants : la reprise du travail (36%), la prise de pension (34%), le refus de l'invalidité (19%), le décès (11%).



#### 2.4. Taux d'invalidité

L'INAMI met en avant le calcul du taux d'invalidité comme mesure du risque « qu'un titulaire indemnisable soit invalide » (INAMI, 2018b, p. 18). Ce taux d'invalidité est calculé de la façon suivante : c'est le ratio entre le nombre de personnes invalides et le nombre de titulaires indemnisables (TI), les prépensionnés (PREP) étant décomptés³ [=TI-PREP]. « Les invalides font eux-mêmes partie des TI-PREP. Le taux d'invalidité peut donc être considéré comme le pourcentage de TI-PREP qui sont en invalidité » (Idem).

Comme on peut le voir à la Figure 12 :

- 1. Le taux d'invalidité est toujours plus élevé pour les femmes.
- Le taux d'invalidité est plus élevé pour les ouvriers par rapport aux employés. Et les taux observés pour ces deux dernières catégories de travailleurs du régime général sont plus élevés que ceux observés pour les travailleurs indépendants.
- 3. Pour les ouvriers et ouvrières, le taux d'invalidité croît rapidement avec l'âge :
  - chez les hommes, dans la classe d'âge 45-49, le taux est déjà de 10%. Il passe à 14% pour les 50-54 ans, 22% pour les 55-59 ans et 36% pour les 60 ans et plus;
  - chez les femmes de 45 à 49 ans, le taux est déjà de 16%. Il passe à 23% pour les 50-54 ans, 29% pour les 55-59 ans et 39% pour les 60 ans et plus.

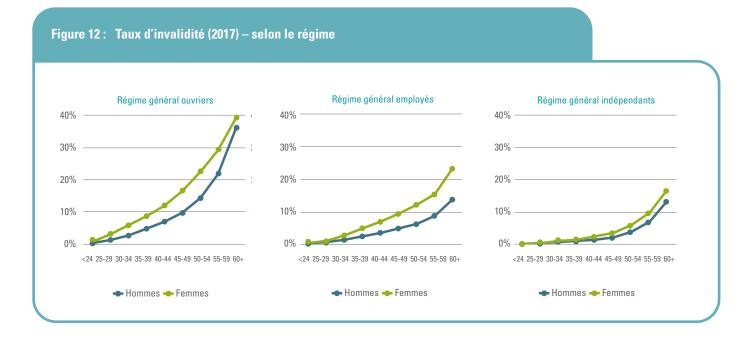
Sur la période 2009 à 2017, on observe que les taux d'invalidité sont croissants, à tous les âges, tant pour les ouvriers que pour les employés. Par contre, pour les travailleurs indépendants, les taux sont stables (voir Figure 13).

#### 2.5. Causes de l'évolution du nombre de personnes invalides

L'INAMI relève plusieurs facteurs explicatifs à la croissance du nombre de personnes en invalidité. Ces facteurs sont liés à des évolutions structurelles, démographiques et sociales de notre société, mais aussi à des décisions politiques :

- Du côté des évolutions démographiques et sociales, on observe que la population active (donc le nombre de titulaires susceptibles d'entrer en incapacité de travail) augmente, notamment à cause de la participation croissante des femmes sur le marché du travail. À cela se combine le fait que la population active vieillit.
- Du côté des décisions politiques, l'INAMI mentionne l'alignement de l'âge de la pension des femmes sur celui des hommes (mise en œuvre graduelle jusqu'en 2009). Ce genre de mesure fait que les travailleurs restent plus longtemps sur le marché du travail, et sont donc exposés au risque d'invalidité à des âges plus avancés.

Or, comme on l'a vu ci-dessus, les taux d'invalidité sont croissants avec l'âge des travailleurs. Donc, toutes choses étant



<sup>3. «</sup> Ce groupe de personnes a également droit aux indemnités mais elles n'exerceront jamais ce droit étant donné qu'elles n'en tireraient aucun avantage financier » (INAMI, 2018b, p. 9).

Figure 13 : Taux d'invalidité en 2009 et 2017 (hommes et femmes ensemble) – selon le régime



égales par ailleurs, une population active en augmentation et vieillissante ne peut que mécaniquement induire un nombre croissant de personnes invalides au cours du temps. D'autres mesures politiques, comme le relèvement progressif de l'âge légal de la pension (66 ans en 2025, 67 ans en 2030), les conditions plus strictes pour pouvoir partir en retraite anticipée (conditions d'âge et de carrière), risquent de continuer à influencer la tendance à la hausse du nombre de personnes invalides dans notre pays.

La Banque nationale de Belgique (BnB) a étudié la croissance du nombre de personnes invalides (appartenant au régime général) entre 1993 et 2016. « Les simulations montrent que, au cours de la période d'observation, le vieillissement démographique et la hausse des taux d'activité expliquent 100% de la progression du côté des hommes et plus de 86% de celle du côté des femmes. Cependant, ces pourcentages ne tiennent pas compte de l'évolution de l'état de santé moyen, qui a également continué de s'améliorer. En ajustant les taux d'invalidité historiques aussi pour ce dernier facteur, on constate qu'un peu plus de 10% de la hausse des invalides hommes et 19% de celle des invalides femmes resteraient inexpliquées sur la période allant de 1993 à 2016. » (Saks, 2017, p. 71) Cette partie inexpliquée peut être due au fait que « les caractéristiques des personnes qui demandent une telle reconnaissance ont changé » (Idem). À ce sujet, la BnB met en avant « un glissement au niveau des motifs d'entrées en invalidité vers les maladies du système ostéo-articulaire et les troubles psychiques » (Idem).

#### 3. Les dépenses

Au total, l'indemnisation des travailleurs salariés et des indépendants en cas d'incapacité de travail représente près de 8,6 milliards d'euros en 2019<sup>4</sup> (voir Tableau 1). Ces prestations sont en croissance rapide : sur la période 2010 à 2019, à raison de 6,9% par an. Ce sont surtout les dépenses liées à l'invalidité qui sont en forte croissance : 7,7% par an. L'évolution rapide du volume de personnes invalides n'y est pas étrangère. Les dépenses liées aux incapacités primaires ont une croissance plus faible (mais quand même soutenue) de 4,8% par an.

<sup>4.</sup> En guise de comparaison, le montant des prestations de soins de santé s'élève à 26 milliards d'euros en 2019.

#### **Bibliographie**

- INAMI (2015) Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail. Analyse et facteurs explicatifs.
  - Disponible sur <a href="https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/absenteisme-incapacite-primaire.pdf">https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/absenteisme-incapacite-primaire.pdf</a>
- INAMI (2018a) Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail: analyse et facteurs explicatifs – Période 2011 - 2016.
   Disponible sur <a href="https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude-si-absenteisme-incapacite-primaire-analy-se-2011-2016.pdf">https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude-si-absenteisme-incapacite-primaire-analy-se-2011-2016.pdf</a>
- INAMI (2018b) Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides. Régime des salariés et régime des indépendants - Période 2007 – 2016.
  - Disponible sur <a href="https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude-si-facteurs-explicatifs-invalides-2007-2016.pdf">https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude-si-facteurs-explicatifs-invalides-2007-2016.pdf</a>
- INAMI (2021) Incapacité de travail de longue durée : Combien de burn-outs et de dépressions de longue durée ?
   Disponible sur
  - <u>Incapacité de travail de longue durée : Combien de burn-outs et de dépressions de longue durée ? INAMI (fgov.be)</u>
- INAMI. Statistiques des indemnités.
   Disponible sur <a href="https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indem-nites/Pages/default.aspx">https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indem-nites/Pages/default.aspx</a>
- INAMI. Notes diverses
  - CID 2015/26 (12-08-2015) Dépenses de l'exercice 2014 afférentes à l'incapacité de travail, au repos de maternité et à la réadaptation professionnelle régime des travailleurs indépendants.

- Cl 2015/59 (14-10-2015) Dépenses en matière d'incapacité de travail, de maternité, d'allocations pour frais funéraires et de réadaptation professionnelle pour l'exercice 2014 – régime des travailleurs salariés.
- CID 2019/01 (25-03-2019) Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides. Régime des indépendants Période 2008 – 2017.
- Cl 2019/13 (20-02-2019) Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides. Régime des salariés Période 2008 2017.
- CID 2020/21 (29-09-2020) Dépenses de l'exercice 2019 afférentes à l'incapacité de travail, au repos de maternité et à la réadaptation professionnelle régime des travailleurs indépendants.
- Cl 2020/64 (29-09-2020) Dépenses en matière d'incapacité de travail, de maternité, d'allocations pour frais funéraires et de réadaptation professionnelle pour l'exercice 2019 – régime des travailleurs salariés.
- Saks, Y. (2017) Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité, Revue économique, septembre, 59-72.
  - Disponible sur <a href="https://www.nbb.be/fr/articles/mieux-comprend-re-levolution-du-nombre-de-beneficiaires-de-lassurance-invalidite">https://www.nbb.be/fr/articles/mieux-comprend-re-levolution-du-nombre-de-beneficiaires-de-lassurance-invalidite</a>

Tableau	1: Évoluti	on des dé	penses d'	indemnité	s d'incap	acité prim	naire et d'i	invalidité				
En milliers €		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Taux de croissance annuel moyer 2010-2019
Régime des indé- pendants	Incapacité primaire	67.597	72.478	75.471	82.085	84.324	86.941	85.801	86.521	105.727	123.349	6,9%
	Invalidité	237.683	254.366	266.598	279.938	291.594	304.273	326.077	342.451	362.756	386.002	5,5%
Régimes des sala- riés	Incapacité primaire	1.286.388	1.397.915	1.458.025	1.556.792	1.695.982	1.724.072	1.693.584	1.712.310	1.816.257	1.944.864	4,7%
	Invalidité	3.156.760	3.436.702	3.719.153	4.039.355	4.311.635	4.688.317	5.085.153	5.419.349	5.841.179	6.208.820	7,8%
ENSEM- BLE	Incapacité primaire	1.353.985	1.470.393	1.533.496	1.638.877	1.780.306	1.811.013	1.779.385	1.798.831	1.921.984	2.068.213	4,8%
	Invalidité	3.394.443	3.691.068	3.985.751	4.319.293	4.603.229	4.992.590	5.411.230	5.761.800	6.203.935	6.594.822	7,7%
TOTAL		4.748.428	5.161.461	5.519.247	5.958.170	6.383.535	6.803.603	7.190.615	7.560.631	8.125.919	8.663.035	6,9%

sources: notes CI 2015/59 et CID 2015/26, CI 2020/64 et CID 2020/21

MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez toujours demander à consulter gratuitement vos données à caractère personnel et, le cas échéant, demander la correction de toutes les données à caractère personnel incorrectes et/ou incomplètes vous concernant. Dans ce cadre, vous pouvez également demander que vos données à caractère personnel ne soient temporairement pas traitées (sauf dans plusieurs cas définis par la loi) jusqu'à ce que leur exactitude ait été contrôlée.

Vous pouvez également demander à recevoir une copie de vos données à caractère personnel et/ou qu'elle soit transmise à un autre établissement ou personnel de votre choix dans un format permettant de transférer facilement ces données à caractère personnel.

Vos données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent document. Si vous estimez que la Mutualité Chrétienne ne peut plus traiter vos données à caractère personnel dans le cadre de la revue MC-Informations, vous pouvez alors également demander, dans certains cas déterminés, que vos données à caractère personnel soient définitivement supprimées. En lieu et place de la suppression, vous pouvez demander que vos données soient conservées, mais qu'elles ne soient plus traitées (sauf dans certains cas prescrits par la loi).

Si vous deviez estimer que la Mutualité Chrétienne ne traite pas légitimement et légalement vos données à caractère personnel, vous pouvez introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (données de contact disponibles à l'adresse : www.autoriteprotectiondonnees.be). Dans une telle situation, nous recommandons toutefois de contacter d'abord notre délégué à la protection des données. Les éventuels problèmes ou incompréhensions seront souvent facilement résolus.

Si vous vous êtes abonné à la revue MC-informations, mais que vous changez d'opinion par la suite, vous pourrez toujours révoquer votre accord. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études Mieke Hofman Chaussée de Haecht 579 1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Si vous souhaitez des informations plus générales sur le traitement des données personnelles par la MC, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité générale sur notre site web : www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc

### **Sommaire**

Édito	
Incapacité de travail	
Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des sonnes avant, pendant et après leur incapacité	per
1. Introduction	
2. Objectifs et méthode de l'étude	
3. L'enquête	1
4. Résultats de l'étude : l'incapacité de travail	
sous l'angle de la prévention	1
5. Conclusions et recommandations	4
En bref	50
Incapacité de travail – chiffres et indicateurs	
1. Incapacité de travail primaire	5
2. Invalidité	6
3. Les dépenses	6

### **MC-Informations**

paraît quatre fois par an (mars, juin, septembre, décembre) en français et en néerlandais, et est consultable gratuitement sur : http://www.mc.be/MC-Informations.

A cette adresse, vous pouvez vous inscrire sur un « mail-alert » et serez ainsi averti lors de la parution d'un nouveau numéro.

# Colophon

Editeur responsableLuc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 HouthalenRédactrice en chefÉlise DerroitteRédaction finaleRebekka Verniest, Svetlana Sholokhova et Mieke

Layout Service cellule graphique

Impression Albe De Coker

Adresse de retour ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht