Comment les membres de la MC perçoivent-ils l'accompagnement vers le retour au travail ?

Résultats de l'enquête menée par la MC auprès de ses membres en incapacité de travail ou en invalidité en novembre 2023

Hélène Henry, Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland — Service d'études

Résumé

À l'heure où le nombre de personnes en incapacité de travail ou en invalidité ne cesse de croître en Belgique, cette étude de la Mutualité chrétienne (MC) vise à investiguer le vécu de membres de la MC, notamment de ceux qui ont été suivis par un coordinateur ou une coordinatrice de retour au travail, pour les aider à retrouver le chemin vers un emploi correspondant à leurs besoins et leurs capacités.

Pour ce faire, la MC a réalisé des analyses descriptives de données quantitatives, récoltées via un questionnaire complété en ligne en novembre 2023 par 5.100 personnes en incapacité de travail, ou ayant récemment repris le travail.

Les résultats ont montré qu'un peu plus de la moitié des répondant·es qui ont bénéficié d'un suivi par un·e coordinateur·trice de retour au travail, ont commencé ce suivi à leur propre initiative, et se sont senti·es aidé·es par ce·tte dernier·e, par exemple pour déterminer leurs options possibles ou pour se sentir écouté. La qualité de ces contacts a également été évaluée de manière globalement positive. Concernant les résultats perçus à l'issue de cet accompagnement, presque un tiers des répondant·es en voyaient déjà au moment de l'enquête, notamment en termes de retour sur le marché de l'emploi.

Pour ceux et celles qui avaient repris le travail après une période d'incapacité ou d'invalidité, un peu moins de la moitié ont affirmé qu'ils·elles ont eu du mal à retravailler après leur incapacité, et un peu plus de la moitié ont déclaré avoir besoin d'adaptations au travail exercé avant leur incapacité.

Sur base de ces résultats, diverses recommandations sont formulées envers différent·es acteur·rices du retour au travail, afin d'améliorer le dispositif d'accompagnement vers le retour au travail, de ceux et celles qui souhaitent et se sentent capables de retrouver le chemin vers l'emploi.

Mots-clés : Incapacité de travail, retour au travail, coordinateur·trice de retour au travail, accompagnement, enquête, étude quantitative

Introduction

Ces dernières années, on constate en Belgique une évolution importante du nombre de personnes en invalidité, c'est-à-dire, en incapacité de travail depuis plus d'un an. Selon les derniers chiffres de l'INAMI, le nombre total de personnes en invalidité au sein du régime général (travailleur·euses salarié·es du secteur privé et chômeur·euses), a augmenté de 24%[1]entre 2017 et 2022, pour atteindre 471.927 personnes en invalidité fin 2022 (INAMI, 2024a). Au sein du régime indépendant, on compte en 2022, 30.444 personnes en invalidité (soit une augmentation de 23% par rapport à 2017).

Les deux principales causes de l'invalidité au sein du régime général et au sein du régime indépendant sont les troubles psychiques (38% du nombre total de personnes en invalidité au sein du régime général, et 26% au sein du régime indépendant) et les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif (32% au sein du régime général et 29% au sein du régime indépendant). Le nombre de personnes en invalidité pour ces deux types de maladie a également augmenté considérablement entre 2017 et 2022. Par exemple, au sein du régime général, on constate une augmentation de 30% pour les troubles psychiques et de 29% pour les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif, durant cette période.

Afin d'aider les personnes en incapacité de travail ou en invalidité dont l'état de santé le permet, à retrouver le chemin du travail, la « Loi du 12 décembre 2021 instaurant le 'Trajet Retour Au Travail' sous la coordination du 'Coordinateur Retour Au Travail' dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés », a été adoptée et est entrée en vigueur le 1er janvier 2022. Une loi similaire pour les travailleur·euses indépendant·es est également entrée en vigueur le 1er janvier 2023.

L'objectif global du trajet de retour au travail est « de soutenir le plus rapidement possible le titulaire reconnu incapable de travailler en mettant en place un accompagnement adapté en vue de l'exercice d'un emploi correspondant à ses possibilités et ses besoins sous la coordination du 'Coordinateur Retour au Travail' » (INAMI, 2022, p. 53). Le trajet de retour au travail peut être initié par la personne elle-même ou par le·la médecin-conseil de la mutualité, après une évaluation des 'capacités restantes' de la personne, c'est-à-dire, une estimation de ce que la personne peut encore faire, sur base de ses capacités physiques et psychiques (INAMI, 2024b).

Afin de mettre en œuvre ces trajets, et d'aider les personnes dont l'état de santé le permet, à retrouver le chemin vers une activité professionnelle, la fonction de coordinateur·trice de retour au travail a été créée au sein des mutualités. Cette fonction est définie comme suit : « le Coordinateur Retour Au Travail au sein de la mutualité prend toutes les mesures utiles dans le cadre du 'Trajet Retour Au Travail' et contacte, en concertation avec le médecin-conseil et avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de ce titulaire, ainsi qu'il accompagne le titulaire dans les contacts avec les personnes physiques ou morales susvisées » (INAMI, 2022, p. 55). Dans la suite de cet article, nous utiliserons le terme « coordinateur·trice » pour désigner le coordinateur ou la coordinatrice de retour au travail.

En avril 2022, les coordinateur·trices ont commencé à être intégré·es au sein des équipes médicales interdisciplinaires des mutualités. Au cours des années 2022 et 2023, leur nombre a progressivement augmenté pour atteindre, en moyenne, une trentaine de coordinateur·trices au sein de la Mutualité chrétienne (MC) en 2023. Un peu plus d'un an et demi après leur entrée en fonction, la MC a souhaité interroger ses membres sur la manière dont ils ont vécu et perçu cet accompagnement vers le retour au travail, mais aussi sur la manière dont la reprise du travail s'est déroulée, pour celles et ceux qui ont repris.

Afin de répondre à ces questions, un questionnaire a ainsi été conçu et envoyé à des membres de la MC en incapacité de travail ou en invalidité, ou l'ayant été récemment, en novembre 2023. Le présent article a pour objectif de présenter les résultats de cette étude, dont la question de recherche est double :

a) Quel est le vécu des membres de la MC lors de l'accompagnement vers le retour au travail ?
b) Quel est le vécu des membres de la MC lors du retour au travail ?

Puisque cette fonction a été créée très récemment, les résultats présentés dans cet article sont à interpréter avec prudence. Tout d'abord, la **fonction de coordinateur·trice étant récente**, elle peut encore évoluer, et la pratique de cette fonction peut aussi s'améliorer avec le temps et l'expérience accumulée. Les résultats concernent donc uniquement la période à laquelle les données ont été récoltées (novembre 2023). Par ailleurs, les données récoltées

1 Afin de faciliter la lecture du texte, nous avons arrondi en nombres entiers les pourcentages fournis dans le texte original.

à l'occasion de cette étude ne concernent que les personnes qui ont accepté de répondre au questionnaire : **il ne s'agit donc pas de données exhaustives sur l'ensemble de la population** suivie par des coordinateur·trices. Enfin, il s'agit bien de données d'enquête autorapportées : c'est bien la **perception des membres** qui a été mesurée dans cette étude et, en particulier, leurs réponses dépendent de leur perception de **ce qu'ils comprennent et attendent de la fonction d'un·e coordinateur·trice**. La section 4.1. présente les limites méthodologiques de cette étude.

1. Revue de la littérature

Avant de présenter la méthode et les résultats de l'enquête réalisée par la MC, nous présentons quelques études[2] menées dans d'autres pays, qui ont investigué le rôle joué par les coordinateur·trices afin d'accompagner des personnes, en incapacité de travail ou en invalidité, à retrouver le chemin vers l'emploi. Un premier constat à la suite de cette revue de la littérature est que cette fonction n'est pas définie ou implémentée de la même manière dans tous les pays. Par exemple, selon les pays, le·la coordinateur·trice peut être rattaché·e au lieu de travail, au système d'assurances, ou au système de santé (Corbière et al., 2020). La mesure dans laquelle il est possible de comparer des résultats d'études ayant investigué l'accompagnement vers le retour au travail par des coordinateur·trices est donc limitée.

Pour effectuer cette revue de la littérature, nous avons recherché des études et des revues systématiques de la littérature en lien avec notre question de recherche, portant sur l'accompagnement vers le retour au travail et le retour au travail. Cette revue de la littérature est donc structurée en distinguant ces deux sous-parties.

1.1. Revue de la littérature sur l'accompagnement vers le retour au travail

1.1.1. Rôle et compétences-clés des coordinateur·trices

Alors qu'en Belgique, la fonction de coordinateurs·trices de retour au travail est relativement récente, elle existe depuis plus longtemps dans d'autres pays. Ainsi, une revue de la littérature de Corbière et al. (2020), a relevé 33 études, ayant mentionné le·la coordinateur·trice comme une des parties prenantes du retour au travail, dans les pays suivants : Royaume-Uni, Danemark, Pays-Bas, Australie, États-Unis, Canada, Norvège, Irlande, Brésil, et Suède.

À la suite de leur revue de la littérature, Corbière et al. (2020) définissent de la manière suivante le rôle et les actions du·de la coordinateur·trice de retour au travail : « Le·la coordinateur·trice est responsable de l'implication de tous·tes les acteur·rices du retour au travail et connaît les services de réadaptation et de santé mentale, les procédures organisationnelles et les valeurs du management, ainsi que les besoins du·de la travailleur·euse et de l'organisation. Son rôle devrait impliquer d'encourager les échanges directs entre les différentes parties prenantes afin d'établir une vision commune d'un retour au travail durable pour le·la travailleur·euse, et de parfois intervenir en tant que médiateur·rice en cas de conflits interpersonnels sur le lieu de travail. Le·la coordinateur·trice devrait également aider les autres parties prenantes du retour au travail à identifier les ressources et les procédures nécessaires au retour au travail du·de la travailleur·euse. Enfin, le·la coordinateur·trice surveille l'évolution de l'état de santé du·de la travailleur·euse afin d'atteindre l'objectif d'un retour au travail durable » (Corbière et al., 2020, p. 408, notre traduction).

Même si le rôle du·de la coordinateur·trice n'a été cité que dans 15% du total des articles examinés dans la revue de la littérature de Corbière et al. (2020), qui portait plus largement sur les rôles et actions de différentes parties prenantes dans le processus de retour au travail des travailleur·euses absents pour cause de troubles mentaux courants, il convient de noter que deux tiers d'entre eux n'ont été publiés qu'après 2010. Selon Corbière et al. (2020), l'intérêt porté au rôle des coordinateur·trices ne cesse de croître, et ces derniers· jouent un rôle de plus en plus central en assurant la communication et une compréhension commune des attentes de toutes les parties prenantes du retour au travail (Vogel et al., 2017), ainsi qu'une coordination des actions entre les supérieurs hiérarchiques, les assureurs et les prestataires des soins de santé (Durand, Nastasia, Coutu, & Bernier, 2017). Dans le même ordre d'idées, une recherche finlandaise a souligné le rôle central des coordinateur·trices en termes d'activités fonctionnelles (par exemple, afin d'identifier les obstacles au retour

2 Il s'agit donc d'une revue « non-exhaustive » de la littérature, c'est-à-dire qui ne reprend pas l'ensemble des études qui ont été effectuées sur le sujet (l'objectif du présent article n'étant pas de faire une revue systématique de la littérature sur cette question).

au travail et négocier des aménagements) et d'activités interpersonnelles (par exemple, afin de clarifier les rôles et les responsabilités des parties prenantes ainsi que leur collaboration) (Kärkkäinen, Saaranen, & Räsänen, 2019).

Plusieurs études ont par ailleurs mis en évidence quelques compétences clés des coordinateur·trices pour exercer leur rôle et favoriser le retour au travail (Bohatko-Naismith, James, Guest, & Rivett, 2015; Pransky, Shaw, Loisel, Hong, & Désorcy, 2010). Elles ont ainsi montré que la réussite du processus de retour au travail dépendait notamment des **traits interpersonnels inhérents** aux coordinateur·trices, tels que **l'amabilité, l'organisation et le soutien**, ainsi que de leurs bonnes **compétences en matière d'écoute active, de communication, de résolution de problème et de négociation,** qui sont très importantes pour impliquer toutes les parties prenantes, notamment l'employeur et le·la médecin traitant·e. D'autres qualités ont encore été soulignées, comme **l'empathie, l'assertivité, l'ouverture d'esprit, l'adaptabilité, la patience et la compassion,** dans les relations avec les travailleur·euses malades ou accidenté·es.

1.1.2. Vécu des personnes lors d'interventions visant le retour au travail

Nous avons relevé quelques études s'étant intéressées au vécu de personnes suivies lors d'une intervention visant le retour au travail. De manière générale, les résultats de ces études montrent une certaine satisfaction des participant·es à ces programmes, même si elles pouvaient aussi générer certains sentiments négatifs.

Par exemple, une étude qualitative (par entretiens) a analysé le vécu de personnes en incapacité de travail **pour troubles mentaux**, lors d'une intervention visant le retour au travail, au Danemark. L'intervention consistait en un entretien avec un·e coordinateur·trice, visant à évaluer la capacité de travail, et à orienter la personne vers des **activités favorisant le retour au travail** (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2014).

Les résultats ont montré que l'évaluation des capacités de travail peut être vécue différemment par les personnes, certaines ayant vécu l'expérience positivement, avec le sentiment que **cela les a aidées à avoir de la structure et une direction** dans une situation qui leur semblait plutôt chaotique et incertaine ; **à augmenter leur connaissance de leur situation de santé** ; et à **mieux déterminer quand et comment retourner au travail**. Cependant, ce type de consultation pouvait aussi engendrer des sentiments négatifs comme de la **frustration et de l'incertitude**, notamment quant aux objectifs de la consultation avec le·la coordinateur·trice, ainsi qu'une **difficulté à verbaliser et à décrire ses problèmes de santé mentale.**

Dans l'ensemble, les participant·es à l'étude d'Andersen et al. (2014) ont eu le sentiment de profiter des activités proposées pour favoriser le retour au travail (par exemple, des sessions individuelles avec un psychologue ou des sessions de groupe psycho-éducative), mais seulement si elles leur semblaient en **adéquation avec leurs besoins**.

Les auteur·es concluent qu'une approche individualisée (c'est-à-dire, la capacité des professionnel·les du retour au travail à inspirer chez le·la travailleur·euse en incapacité le sentiment d'être rencontré·e dans ses besoins et d'être vu·e comme un individu unique) semble nécessaire pour la réalisation du potentiel positif d'une intervention visant le retour au travail.

De la même manière, une autre étude qualitative (Holmlund et al., 2022) menée en Suède a trouvé que des personnes souffrant **de troubles mentaux communs** percevaient le·la coordinateur·trice **comme facilitant l'organisation** du processus de retour au travail**.** Leurs résultats ont montré que ce processus est facilité, notamment **lorsque les parties prenantes perçoivent les avantages** et ont une attitude positive envers la coordination vers le retour au travail ; lorsqu'il y un **dialogue ouvert** entre le système de santé, l'employé·e et l'employeur ; ou encore lorsque le *leadership* est engagé vis-à-vis du processus. Les **obstacles** à cette coordination sont le fait que le **contenu de l'intervention soit peu clair**, qu'il y ait des **conflits sur le lieu de travail** de l'employé·e, un **manque de lignes de communication** entre le système de soins de santé et l'employeur, un **manque de travail en équipe**, et que la qualité de l'intervention dépende du parcours professionnel et de la **formation du·de la coordinateur·trice**.

D'autres études (Brines, Salazar, Graham, Pergola, & Connon, 1999; Feuerstein, Salazar, Grahal, Pergola, & Connon, 2003) ont analysé le vécu de participant·es lors d'une intervention visant le retour au travail aux États-Unis, réalisée par des infirmier·es gestionnaires de cas. L'étude de Brines et al. (1999) a par exemple montré que les travailleur·euses étaient satisfait·es du service lorsque l'infirmier·e gestionnaire de cas était notamment capable de **les aider à développer des buts appropriés, d'anticiper et de répondre à leurs besoins** ; lorsqu'il·elle décrivait clairement son rôle dans le processus de retour au travail ; et lorsqu'il·elle répondait à leurs préoccupations **avec intérêt et respect**. À l'inverse, les travailleur·euses étaient insatis-

fait·es quand ils·elles avaient l'impression que le système ne **répondait pas à leurs besoins** et que l'infirmier·e n'était pas en mesure de les aider.

Quant à l'étude de Feuerstein et al. (2003), qui a investigué les effets d'une intervention où des infirmier·es assistaient des managers pour réintégrer des personnes souffrant **de troubles des membres supérieurs liés au travail**, les résultats ont montré une **satisfaction plus grande** chez les patient·es ayant bénéficié de l'intervention, et que cette satisfaction prédisait, par la suite, une diminution de la sévérité des symptômes, et **un retour au travail plus rapide.**

1.2. Revue de la littérature sur le vécu lors du retour au travail

Nous avons relevé plusieurs études sur le retour au travail, qui portaient surtout sur l'identification des facteurs ayant facilité ou entravé le retour au travail de ceux et celles qui avaient repris après une période d'incapacité ou d'invalidité. Pour présenter cette partie, nous nous sommes basés sur une étude de Corbière et al. (2018) menée au Canada, qui a investigué les perceptions d'employé·es sur les facteurs influençant leur retour au travail après une période d'incapacité de travail pour cause de **dépression.** Cette étude a mis en évidence trois thèmes influençant le retour au travail, que nous détaillons ci-dessous, en ajoutant les résultats d'autres études ayant trouvé des résultats similaires, y compris pour des personnes souffrant d'autres pathologies.

1.2.1. La décision sur le délai de la reprise du travail

La décision quant au meilleur moment pour reprendre le travail peut faciliter ou au contraire mettre en péril la réussite du retour au travail. Dans leur étude, Corbière et al. (2018) ont par exemple trouvé que **l'absence de consensus** entre l'employé·e et le·la prestataire de soins sur le délai de reprise du travail, et l'absence de reprise progressive du travail, explique en partie les rechutes des participant·es ayant souffert de **dépression**. Une méta-synthèse a également montré que **ne pas savoir déterminer quel est le meilleur moment** pour reprendre le travail, est une difficulté fréquemment relevée par les personnes souffrant **de troubles mentaux communs** (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2012). D'autres auteur·es ont notamment souligné que dans la mesure où le travail est parfois à l'origine des troubles mentaux, un retour au travail précoce est plus difficile à mettre en place pour ces types de pathologie (MacEachen et al., 2020). De ce fait, le délai optimal de reprise du travail n'est pas facile à définir, et ce d'autant plus lorsque les coordinateur·trices travaillent avec des populations souffrant de troubles mentaux, que lorsqu'ils·elles travaillent avec des personnes souffrant de troubles physiques (MacEachen et al., 2020).

1.2.2. La reprise progressive du travail et l'implémentation d'aménagements du travail

L'étude de Corbière et al. (2018) montre aussi que la majorité des participant·es ayant repris le travail après leur **dépression** l'avaient fait progressivement. Plus de la moitié sont retourné·es au travail avec les mêmes conditions de travail qu'avant leur incapacité (à l'exception du retour progressif, le cas échéant). Même si la majorité des participant·es ont repris le travail progressivement, seulement un tiers de l'échantillon a eu l'opportunité de voir son travail réorganisé. Or les participant·es révèlent que sans une **réorganisation du travail**, un retour progressif peut s'avérer insuffisant pour assurer un retour au travail réussi.

De même, Andersen et al. (2012) ont relevé la difficulté pour de nombreuses personnes souffrant **de troubles mentaux communs**, d'implémenter les solutions prévues lors du retour au travail, notamment en raison d'un manque de soutien social et organisationnel qui complique l'implémentation d'aménagements du travail et d'une reprise progressive du travail. Dans une étude longitudinale, Joosen et al. (2022) ont également trouvé que selon des **travailleur·euses souffrant de troubles mentaux courants**, le retour à l'emploi était facilité par **des ajustements du travail et des conseils adéquats** en matière de santé au travail.

Concernant le retour au travail après une **maladie cardiovasculaire**, une revue systématique de la littérature de Andersen et al. (2023) indique une influence positive de facteurs liés au contexte de travail, comme par exemple des **aménagements du travail**, ou encore de la **flexibilité** et de **l'autonomie dans le travail**.

Pour le retour au travail de personnes absentes en raison de **troubles musculosquelettiques,** une revue de la littérature de Nogawa et Kojimahara (2018) a souligné les effets positifs d'une **reprise du travail à temps partiel, et du travail adapté**.

1.2.3. Les attitudes et les comportements des collègues et des supérieurs immédiats

Selon Corbière et al. (2018), le **suivi réalisé par le supérieur direct, son soutien, sa compréhension et son ouverture**

d'esprit concernant les aménagements du travail, peuvent jouer un rôle important pour faciliter le retour au travail de personnes souffrant de **dépression**. De même, une revue de la littérature de Etuknwa et al. (2019) portant tant sur des personnes souffrant de **troubles mentaux communs que de troubles musculo-squelettiques**, a mis en évidence que le **soutien de la part du management et des collègues** fait partie des facteurs les plus déterminants pour atteindre un retour durable au travail.

L'importance du soutien de l'employeur a été mise en évidence lors du retour au travail à la suite d'autres pathologies. Ainsi, une revue de la littérature de Coutts et Cooper (2023), sur le retour au travail après **un accident vasculaire cérébral**, a montré qu'avoir un **soutien à la réadaptation individualisée, des employeurs et/ou collègues soutenant, ainsi qu'une bonne communication** entre toutes les parties prenantes, sont des facteurs facilitant la reprise du travail. En outre, l'importance du soutien de l'employeur, du supérieur et des collègues a été mise en évidence dans des études investiguant le retour au travail après un **cancer du sein** (Islam et al., 2014; Marinas-Sanz et al., 2023).

1.3. Conclusion de la revue de la littérature

Cette brève revue de la littérature sur l'accompagnement et le retour au travail met en évidence le fait que la fonction de coordinateur·trice de retour au travail existe déjà depuis plusieurs années dans d'autres pays. Plusieurs études et revues de la littérature ont ainsi permis de définir les rôles et actions des coordinateur·trices, et d'identifier leurs compétences clés.

Certaines études ayant investigué le vécu des personnes ayant bénéficié d'interventions visant le retour au travail ont par ailleurs montré que la satisfaction des bénéficiaires de ces interventions pouvait relativement varier. Le fait d'avoir une **intervention correspondant aux besoins** de l'individu, avec un·e coordinateur·trice ayant de bonnes **compétences interpersonnelles**, semble être un élément important pour la réussite de l'accompagnement vers le retour au travail.

Concernant le retour au travail en tant que tel, plusieurs études ont montré que ce dernier avait davantage de chances de réussir, lorsque la reprise du travail a lieu **au bon moment** et **est progressive**, lorsque des **aménagements du travail** sont possibles, et lorsque **l'employeur est soutenant** vis-à-vis de la personne qui reprend le travail.

2. Méthode

2.1. Collecte des données

2.1.1. Critères d'inclusion

Les données de cette étude ont été recueillies par le biais d'une enquête en ligne envoyée à la mi-novembre 2023 à un échantillon des membres de la MC, habitant en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, âgés de plus de 18 ans, et qui étaient en incapacité de travail depuis minimum trois mois, et maximum quatre ans, au moment de l'envoi de l'enquête.

Afin de répondre à la deuxième partie de la question de recherche, sur le vécu lors du retour au travail, nous avons également inclus des personnes qui avaient repris le travail, après avoir connu une période d'incapacité de minimum trois mois et maximum quatre ans, qui s'est terminée au maximum douze mois avant la date d'envoi de l'enquête.

Concernant l'inclusion selon le niveau de capacités restantes (c'est-à-dire, l'estimation de ce que la personne peut encore faire, tant sur le plan physique que psychique), nous avons inclus dans l'échantillon des personnes ayant des niveaux de capacités restantes variés, à savoir des personnes qui pourraient à court terme reprendre spontanément le travail (catégorie 1) ; des personnes pour qui la reprise n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic ou au traitement médical (catégorie 3), et des personnes pour qui la reprise d'un emploi semble possible, moyennant quelques actions de réadaptation et/ou d'orientation (catégorie 4) (INAMI, 2022). Ce sont ces dernières qui sont prioritairement concernées par la mesure 'Trajet Retour Au Travail'. Nous n'avons pas inclus les personnes faisant partie de la catégorie 2, dans la mesure où leur reprise de travail ne semble pas possible pour des raisons médicales. Afin d'avoir un échantillon suffisamment grand, nous avons également inclus des personnes dont le niveau de capacités restantes n'avait pas encore été catégorisé au moment de l'étude.

2.1.2. Critères d'exclusion

Afin de ne pas envoyer le questionnaire à des personnes non-concernées par la thématique du retour au travail au moment de l'enquête (par exemple, pour des raisons médicales, en raison d'un repos de maternité, etc.), nous avons également exclu de l'échantillon les personnes répondant aux critères suivants :

- les personnes en incapacité de travail suite à un accou-

chement ou un repos de maternité en 2023 ;
- les mineurs d'âge (au moment de la construction de l'échantillon) ;
- les personnes en situation de soins palliatifs, en coma, en séjour en maison de soins psychiatriques (MSP), les personnes admises en hôpital psychiatrique ou au sein des services psychiatriques d'hôpitaux généraux, et les personnes séjournant en maison de repos.

Nous avons également exclu les personnes travaillent sous le régime indépendant, car la loi sur le 'Trajet Retour Au Travail' sous la coordination du 'Coordinateur Retour au Travail' est entrée en vigueur chez ces derniers plus récemment (1er janvier 2023).

Au total, 69.527 personnes qui correspondent aux critères ci-dessus, ont été contactées (14.776 francophones, 54.751 néerlandophones). Parmi ces personnes, 5.100 ont répondu au questionnaire jusqu'au bout. Les analyses se basent sur les réponses de ces personnes.

2.2. Profil des répondant·es

Une description de l'échantillon des répondant·es à cette étude est donnée au tableau 1. Ci-dessous, nous détaillons leurs caractéristiques socio-démographiques, d'emploi et d'incapacité de travail[3].

2.2.1. Variables socio-démographiques

Notre échantillon de répondant·es (n=5.100) compte une majorité de femmes (65%), ce qui est légèrement supérieur à la proportion de femmes parmi les personnes en invalidité dans le régime général (60%) en 2022 (INAMI, 2024a). Le niveau d'étude des répondant·es se répartit entre enseignements primaire (4%), secondaire inférieur (18%), secondaire supérieur (35%), supérieur de type court (29%) et supérieur de type long (14%). L'âge moyen des participant·es est de 49 ans (écart-type=10 ans). Les participant·es habitent majoritairement en Flandres (65%), puis en Wallonie (30%), en région bruxelloise (3%) et à l'étranger (2%). Par rapport à la population totale des personnes en invalidité au sein du régime général fin 2022, notre échantillon comporte plus de personnes habitant en Flandres (65% au lieu de 51%), et moins de personnes habitant en Wallonie (30% au lieu de 38%), en région Bruxelloise (3% au lieu de 9%) et à l'étranger (2% au lieu de 3%).

2.2.2. Variables liées au dernier emploi exercé avant l'incapacité de travail

Au niveau professionnel, la majorité des participant·es étaient au travail en tant que salarié·es avant de tomber en incapacité de travail (91%). Le reste des participant·es étaient au chômage (4%), salarié·es et indépendant·es complémentaires (3%) ou dans d'autres situations (travail à temps partiel combiné à des indemnités, en formation, etc.). Concernant le type de travail effectué avant l'incapacité, 53% des répondant·es exerçaient un métier principalement manuel, et 47% un métier principalement intellectuel. La plupart des répondant·es travaillaient à temps plein (60%), dans des entreprises de plus de 500 travailleur·euses (33%) ou comprenant entre 50 et 249 travailleur·euses (25%). Concernant le secteur d'activités (voir Figure 1), une grande partie des répondant·es ont déclaré être actif·ves dans le secteur de la santé et de l'action sociale (27%), de l'industrie manufacturière (13%), des activités de services administratifs et de soutien (9%) et le commerce (8%). Cette répartition correspond relativement bien aux secteurs dans lesquels les taux d'absentéisme sont les plus élevés selon Heidi Verlinden, experte du centre de recherche de Securex : « Les secteurs les plus concernés par des taux d'absentéisme élevés sont le secteur des soins de santé, les secteurs qui emploient beaucoup d'ouvriers comme les entreprises textiles, le secteur de la chimie et de la fabrication de papier. Un autre secteur concerné par des taux d'absence particulièrement élevés est celui du commerce et de la distribution, chez les ouvriers comme chez les employés. On observe également des taux d'absence importants dans l'enseignement et dans le secteur des titres-services » (Bernaerts, 2024).

2.2.3. Variables liées à l'incapacité de travail

Les participant·es qui étaient en incapacité de travail au moment de l'enquête (novembre 2023), l'étaient depuis en moyenne quinze mois (écart-type=douze mois). Les deux principales pathologies à l'origine de l'incapacité de travail sont les troubles psychiques (burnout et troubles psychologiques, 38%, n=1.931) et les maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif (23%, n=1.184). Les statistiques pour le burnout et les troubles psychologiques sont assez proches de celles calculées par l'INAMI (2024a) pour l'ensemble de la population de la Belgique en invalidité au sein du régime général en 2022 (37,5%).

3 Afin de faciliter la lecture des résultats, les pourcentages sont arrondis dans le texte. Dans les figures et tableaux, les pourcentages sont donnés avec une décimale après la virgule.

Figure 1 : Secteurs d'activités des répondant·es (n=5.100) (Source : MC)

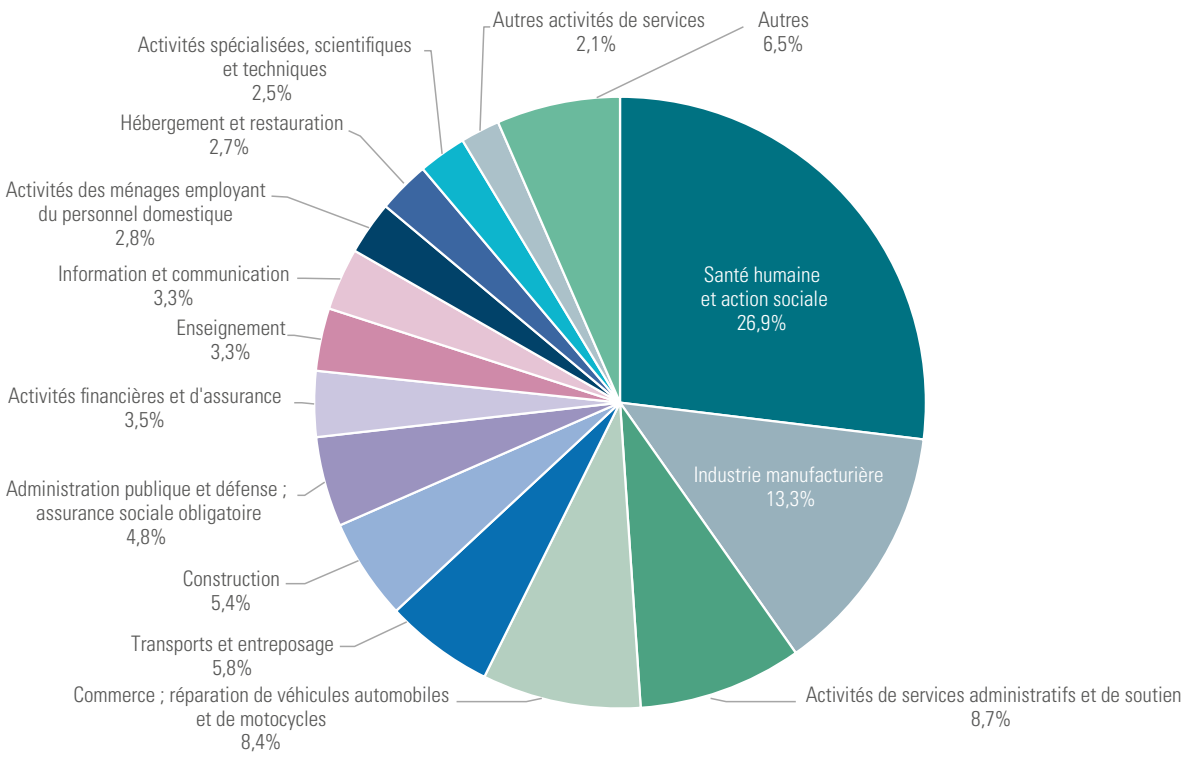
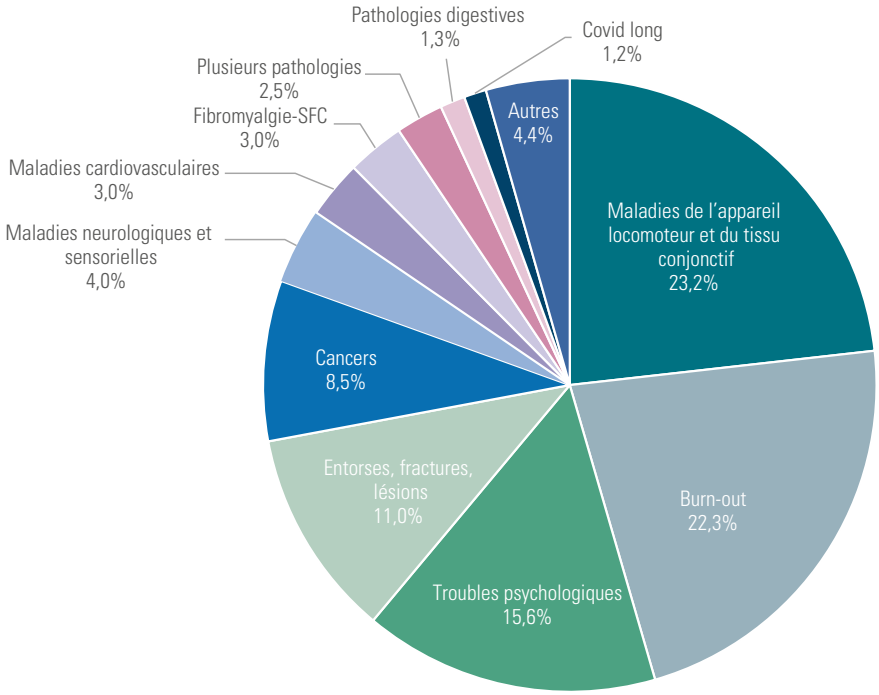


Figure 2 : Pathologie principale à l'origine de l'incapacité de travail des répondant·es (n=5.100) (Source : MC)



Les trois autres pathologies les plus fréquentes sont les entorses, fractures et lésions (11%, n=560), les cancers (9%, n=431) et les maladies neurologiques et sensorielles (4%, n=204). Le reste des pathologies mentionnées par les répondant·es est détaillé dans la figure 2.

Concernant les capacités restantes, on compte dans notre échantillon 51% de personnes dans la catégorie 3 (n=2.585), 37% de personnes dont les capacités restantes n'ont pas (encore) été catégorisées (n=1.870), 6% de personnes dans la catégorie 4 (n=325) et 6% de personnes dans la catégorie 1 (n=320).

Tableau 1 : Description des répondant·es (n=5.100) (Source : MC)

Critères	Description	N	%
Sexe	Homme	1.769	34,7
	Femme	3.331	65,3
Niveau d'études	Enseignement primaire	209	4,1
	Enseignement secondaire inférieur	931	18,3
	Enseignement secondaire supérieur	1.762	34,5
	Enseignement supérieur de type court	1.465	28,7
	Enseignement supérieur de type long	733	14,4
Région	Flandres	3.317	65,0
	Wallonie	1.502	29,5
	Bruxelles	175	3,4
	À l'étranger	106	2,1
Situation professionnelle avant l'incapacité	Au travail en tant que salarié·e	4.653	91,2
	Au chômage	201	3,9
	Au travail en tant que salarié·e et indépendant·e complémentaire	173	3,4
	Autres situations	73	1,5
Type de travail exercé avant l'incapacité	Manuel	2.684	52,6
	Intellectuel	2.416	47,4
Régime de travail	Temps plein	3.049	59,8
	Temps partiel	2.051	41,2
Secteurs d'activité les plus fréquents	Santé humaine et action sociale	1.373	26,9
	Industrie manufacturière	680	13,3
	Services administratifs et de soutien	442	8,7
	Commerce	428	8,4
	Transports et entreposage	294	5,8
	Autres secteurs	1.883	36,9
Pathologies les plus fréquentes à l'origine de l'incapacité	Burnout et troubles psychologiques	1.933	37,9
	Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	1.184	23,2
	Entorses, fractures et lésions	560	11
	Cancers	431	8,5
	Maladies neurologiques et sensorielles	204	4,0
	Autres pathologies	788	15,4
Catégories	Pas de catégorie	1.870	36,6
	1	320	6,3
	3	2.585	50,7
	4	325	6,4

2.3. Mesures et analyses des variables

2.3.1. Mesures

Dans le questionnaire, les personnes étaient tout d'abord interrogées sur leur situation socio-démographique (âge, sexe, etc.), sur leur contexte d'emploi avant l'incapacité de travail (type, régime de travail, etc.), et sur leur situation d'incapacité de travail (pathologie, durée, etc.).

Ensuite, le questionnaire comportait des questions mesurant les variables de la question de recherche, à savoir :

- **l'accompagnement lors du retour au travail** : cette variable a été mesurée avec des questions comme par exemple, le fait d'avoir ou non été suivi·e par un·e coordinateur·trice, le fait de s'être senti·e aidé·e ou non lors de ce suivi, ou encore la qualité des contacts durant le suivi ;
- le **vécu lors du retour au travail** : pour mesurer cette variable, des questions concernant le pourcentage de reprise du travail, le lieu de la reprise, ou encore le besoin d'adaptations lors du retour au travail, ont été posées.

Pour certaines questions, portant par exemple sur l'évaluation de la qualité des contacts, il était demandé aux participant·es de se positionner sur une échelle de Likert comportant cinq modalités de réponse, allant de un pour 'pas du tout d'accord' à cinq pour 'tout à fait d'accord'. Pour d'autres questions, comme celles concernant le lieu de reprise du travail, les participant·es pouvaient choisir l'option de réponse qui correspondait le mieux à leur situation, parmi les choix proposés (reprise chez le même employeur, dans la même fonction, avec aménagements ; ou bien reprise chez un autre employeur, dans une autre fonction, etc.).

Il s'agissait donc principalement de questions fermées à choix multiples mais pour certaines questions, un champ 'autres : veuillez préciser' était proposé, afin de permettre aux répondant·es d'insérer un commentaire contextuel décrivant leur situation spécifique, lorsqu'aucune catégorie de réponse préétablie ne convenait.

2.3.2. Analyses

Pour répondre à notre question de recherche et analyser le vécu des personnes lors de l'accompagnement et, le cas échéant, lors du retour au travail, nous avons réalisé des analyses statistiques descriptives avec le logiciel SPSS. La plupart des variables mesurées étant de type catégoriel (c'est-à-dire, avec des catégories de réponse préétablies), nous avons principalement réalisé des analyses de fréquence, afin d'obtenir le nombre et le pourcentage de réponses pour chaque modalité de réponse aux variables mesurées.

Pour les variables pour lesquelles une option de réponse 'autres' avec un champ libre était proposée, nous avons réalisé un recodage : soit en recodant la réponse dans une catégorie de réponse déjà existante lorsque cela était possible, soit en créant une nouvelle catégorie de réponse, si aucune des catégories existantes ne convenait. À la suite de ce recodage, de nouvelles catégories de réponse ont dès lors été créées. Lorsque le commentaire introduit par le·la répondant·e ne correspondait à aucune catégorie (y compris celles nouvellement créées), ou faisait référence à une situation très spécifique, ou encore était sans lien avec la question posée, la réponse restait encodée comme 'autres'.

3. Résultats

Les résultats ci-dessous sont issus des analyses statistiques descriptives réalisées sur les variables d'intérêt de cette étude. Nous avons organisé cette section en deux sous-parties. La première présentera les résultats des perceptions des membres interrogés, lors de **l'accompagnement vers le retour au travail**, tandis que la seconde présentera les résultats du **vécu de celles et ceux qui ont repris le travail**, lors de leur retour au travail. Afin d'illustrer certains résultats, nous présentons pour certaines variables, des extraits des propos que des participant·es ont insérés dans le questionnaire, lorsqu'un champ libre pour le faire leur était proposé. Dans la mesure où certaines questions n'ont été posées qu'aux participant·es concerné·es par cette question, le nombre de répondant·es est indiqué à chaque fois.

3.1. Résultats sur le vécu lors de l'accompagnement vers le retour au travail

Comme le montre la figure 3, au moment de l'enquête (novembre 2023), parmi les 5.100 personnes ayant répondu entièrement au questionnaire, 943 (18%) ont affirmé avoir déjà eu un suivi avec un·e coordinateur·trice. Pour certaines d'entre elles, ce suivi s'est arrêté après le pre-

mier contact (5%, n=240) ou après quelques contacts (3%, n=133), ou elles ont été redirigées vers d'autres possibilités (4%, n=190), tandis que pour 380 personnes (7%), le suivi était toujours en cours au moment où elles ont répondu au questionnaire.

Ci-dessous, nous présentons les résultats en les distinguant selon que :

- les personnes n'ont jamais eu de suivi (3.1.1) ;
- les personnes étaient suivies ou avaient eu un suivi au moment de l'enquête (3.1.2) ;
- les personnes pour qui le suivi s'est arrêté ou qui ont été réorientées vers d'autres possibilités (3.1.3).

3.1.1. Absence de suivi par le·la coordinateur·trice

Pour quelle raison principale, les personnes n'ont-elles pas (déjà) eu d'entretien avec un·e coordinateur·trice ?

Comme le montre la figure 4, au moment de l'enquête, parmi les 4.157 personnes qui n'ont pas été suivies par un·e coordinateur·trice, un peu plus d'un·e sur cinq (21%, n=891) a déclaré ne pas avoir eu de suivi car sa maladie ne lui permet pas d'envisager un tel retour.

> *« Parce que physiquement, je ne pouvais pas encore travailler, car j'ai eu 11 semaines de plâtre, et que j'avais besoin d'une longue réhabilitation » (commentaire d'un·e répondant·e).*

Un·e répondant·e sur cinq (20%, n=832) et environ un·e répondant·e sur six (16%, n=667) ont déclaré ne pas avoir été, respectivement, invité·e ou informé·e de cette possibilité. Cela peut probablement s'expliquer par le fait que la possibilité d'être suivi par un·e coordinateur·trice est encore assez récente et que cette étude incluait également des personnes avec des capacités restantes variées, et pas uniquement les personnes en catégorie 4 qui sont principalement concernées par la mesure 'Trajet de retour au travail'.

Parmi les autres raisons, certaines personnes ont évoqué qu'elles ont décidé d'organiser leur retour au travail directement via leur employeur ou la médecine du travail (16%, n=648) ou par elles-mêmes (9%, n=358) ; qu'elles ne sentent pas capable d'entamer ce genre de démarche pour le moment (8%, n=335) ; ou encore qu'elles ont déjà repris le travail (3%, n=112). Les autres raisons évoquées sont présentées dans la figure 4.

> *« Je me suis renseignée auprès de mon employeur pour organiser un retour au travail ».*

Figure 3 : Situation des répondant·es en termes de suivi par un·e coordinateur·trice (n=5.100) (Source : MC)

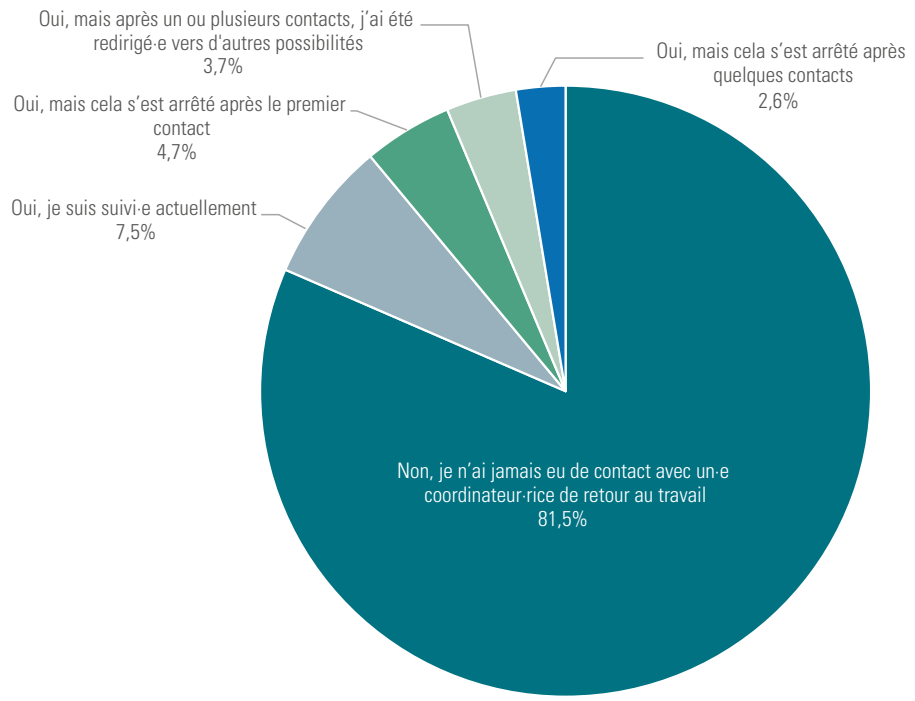
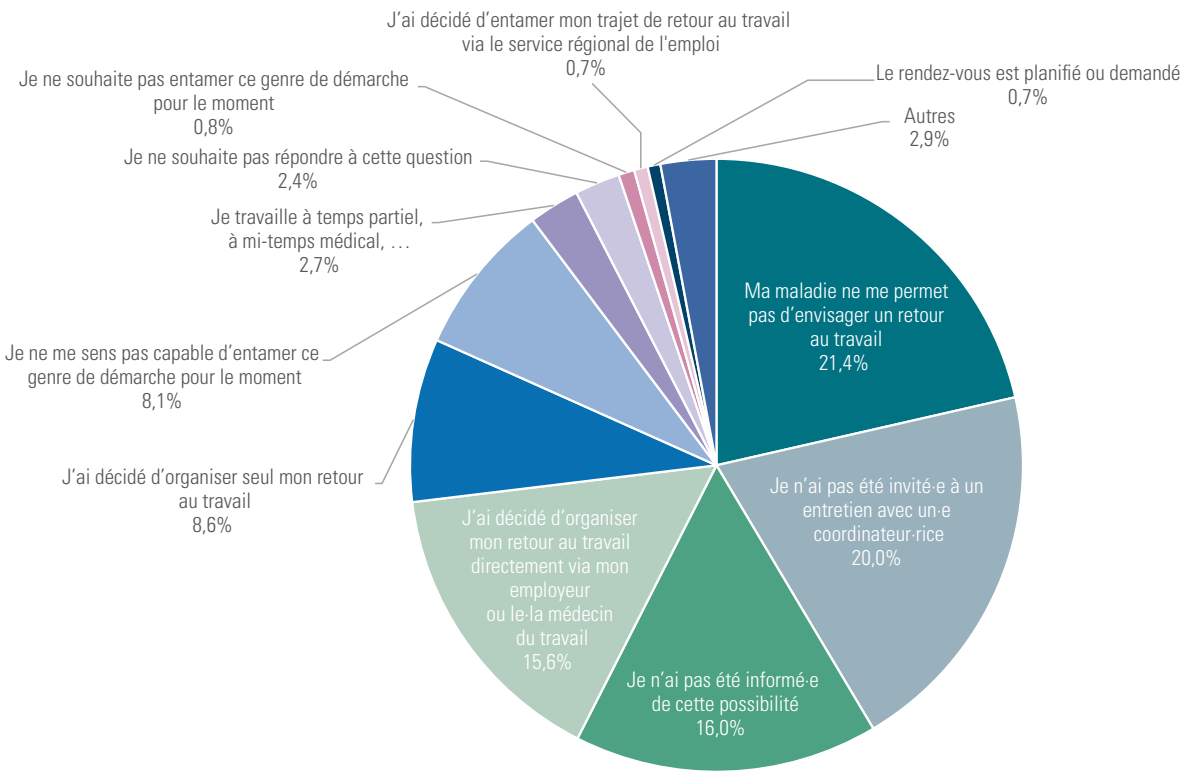


Figure 4 : Raison la plus importante pour laquelle il n'y a pas eu d'entretien avec un·e coordinateur·trice (n=4.157) (Source : MC)



Est-ce que les personnes étaient accompagnées ailleurs dans le cadre d'une reprise du travail ?

Environ la moitié des répondant·es qui n'étaient pas suivi·es par un·e coordinateur·trice (n=4.157), n'étaient pas accompagné·es ailleurs dans le cadre d'une reprise du travail (54%, n=2.239), alors qu'un peu moins d'un tiers (29%, n=1.197) avaient entre-temps repris le travail. Les autres répondant·es ont répondu qu'ils·elles étudient les possibilités de reprise du travail avec leur employeur (4%, n=160), leur médecin du travail (4%, n=146), ou qu'ils·elles bénéficient d'un accompagnement professionnel (par exemple, via un centre de formation et d'insertion socio-professionnelle, ou un service de coaching spécialisé) (3%, n=108). Les autres raisons évoquées sont décrites dans la figure 5.

> *« Mon psychologue m'a donné les outils nécessaires pour m'améliorer et fixer mes limites ».*
> *« J'ai été licencié et je suis un programme de coaching/ reconversion professionnelle ».*

3.1.2. Résultats du suivi par un·e coordinateur·trice

Les personnes suivies ou qui avaient été suivies par un·e coordinateur·trice au moment de l'enquête (n=943) ont indiqué qu'elles ont démarré ce suivi soit à leur propre initiative (51%, n=484) ou à l'initiative du médecin-conseil (49%, n=459). Elles ont eu en moyenne trois contacts avec le·la coordinateur·trice (écart-type=3).

Dans quelle mesure les personnes se sont-elles senties aidées pour préparer leur retour au travail ?

Comme le montre la figure 6, parmi les 943 personnes qui ont reçu un tel suivi, environ la moitié (52%, n=493) ont affirmé s'être senties aidées ou tout à fait aidées par le·la coordinateur·trice, alors qu'environ un·e répondant·e sur six (16%, n=153) ont affirmé ne pas s'être senti·es (du tout) aidé·es, le reste des répondant·es ne s'étant pas prononcé·es (32%, n=297).

Pour ceux et celles qui se sont senti·es aidé·es ou tout à fait aidé·es par le·la coordinateur·trice (n=493), les motifs d'aide les plus fréquemment évoqués sont l'aide apportée pour déterminer les options possibles (18%, n=90), le fait

Figure 5 : Les personnes non suivies par un·e coordinateur·trice sont-elles accompagnées d'une autre façon, dans le cadre d'une reprise du travail ? (n=4.157) (Source : MC)

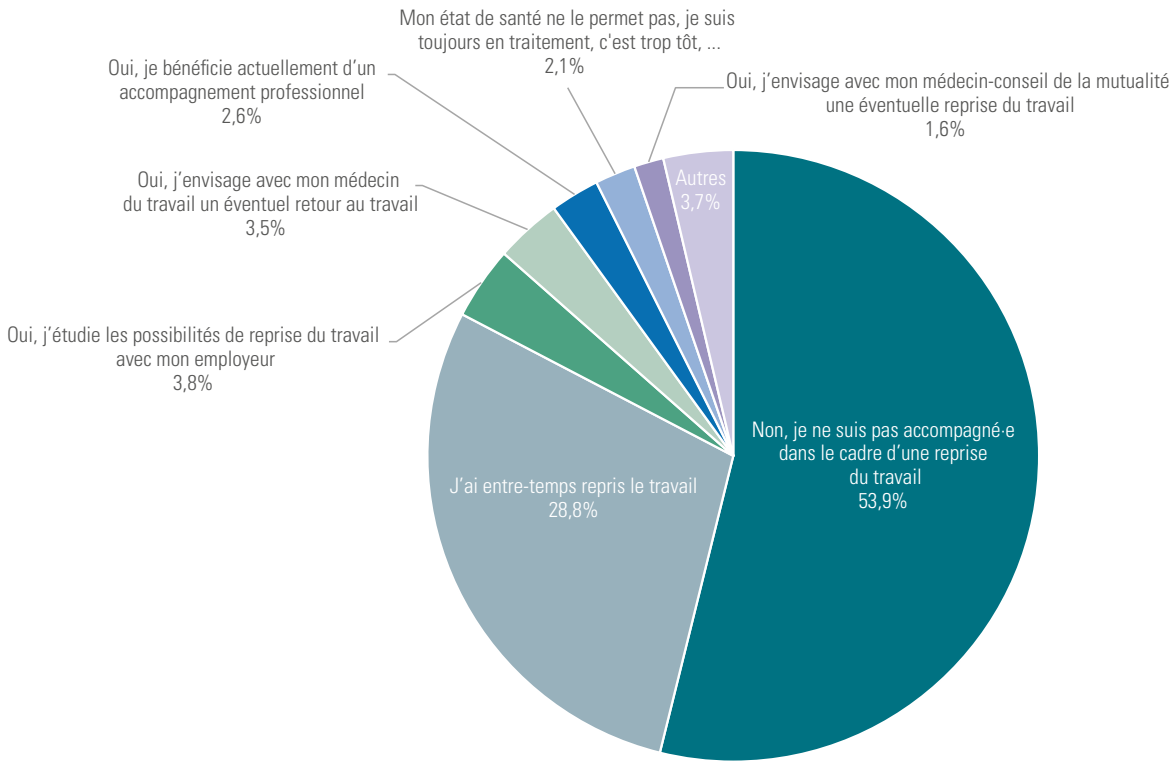
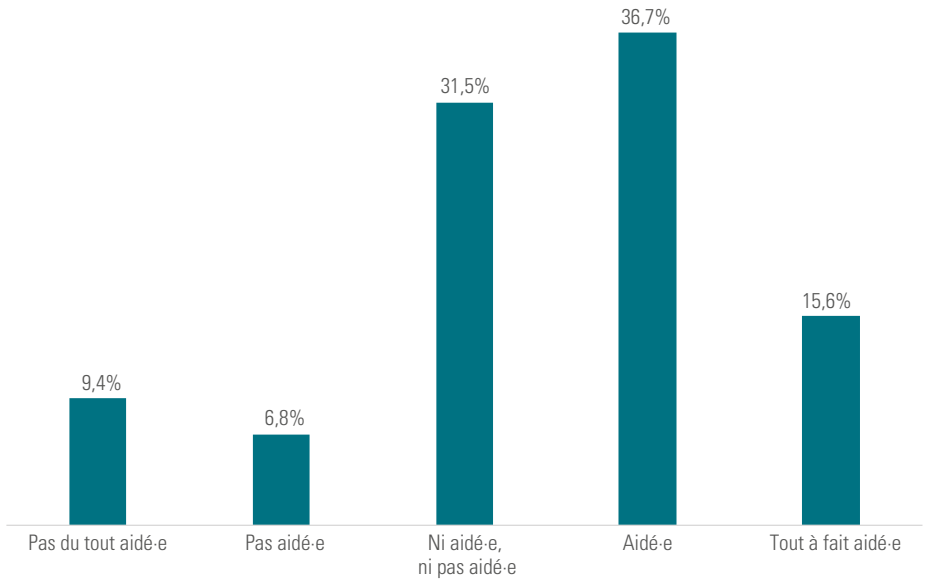


Figure 6 : Pourcentage de répondant·es en fonction du sentiment d'aide perçu, suite au suivi effectué par le·la coordinateur·trice (n=943) (Source : MC)



de s'être senti·e écouté·e (17%, n=82), d'avoir reçu des informations sur les possibilités auprès du médecin du travail (15%, n=75) ou encore, d'avoir été réorienté·e vers le service régional de l'emploi (6%, n=31). Les autres facteurs d'aide sont détaillés dans la figure 7.

> *« Restaurer la confiance en soi, se sentir écouté, découvrir quelles sont mes capacités/intérêts restants ».*
> *« Nous avons discuté des possibilités qui existent et de la manière dont cela fonctionne, des agences que je peux contacter ».*

La raison évoquée le plus fréquemment parmi les personnes qui ne sont pas senties aidées par le·la coordinateur·trice (n=153) ou qui avaient répondu de manière neutre à cette question (n=297), est qu'elles n'étaient tout simplement pas prêtes à reprendre le travail (35%, n=159). Ensuite, certains répondant·es ont évoqué le fait qu'ils·elles y seraient de toute façon arrivé·es par eux·elles-mêmes (15%, n=67), qu'ils·elles ont été aidé·es d'une autre façon (9%, n=39), que les informations données n'étaient pas pertinentes (6%, n=28) ou que leurs problèmes de santé étaient trop importants (6%, n=27). Les autres raisons sont reprises dans la figure 8.

> *« Je ne peux pas reprendre le travail, c'est très clair. J'attends donc une amélioration, s'il y en a une ».*
> *« C'était juste une première rencontre et on a surtout discuté des actions que j'ai moi-même entrepris. Il s'agissait surtout de rassembler des informations ».*

Comment les contacts avec le·la coordinateur·trice ont-ils été perçus ?

Comme le montre le tableau 2, la majorité des personnes suivies par un·e coordinateur·trice (n=943) ont évalué positivement les contacts qu'elles ont eus durant ce suivi. Par exemple, la majorité des personnes étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle elles se sont senties écoutées (80%, n=757) ou comprises (75%, n=708) durant ces contacts. Par contre, les affirmations selon lesquelles les informations reçues lors de l'entretien ont aidé les participant·es (59%, n=560) et le fait d'avoir été orienté·e vers la bonne personne ou agence pour aller plus loin (54%, n=513) ont obtenu les scores d'accord les plus faibles (mais tout de même supérieur à 50%). Toutes les autres affirmations ont été évaluées avec un taux d'accord allant de 65% à 84%.

Figure 7 : Raisons principales pour lesquelles les répondant·es se sont senti·es aidé·es par le·la coordinateur·trice (n=493) (Source : MC)

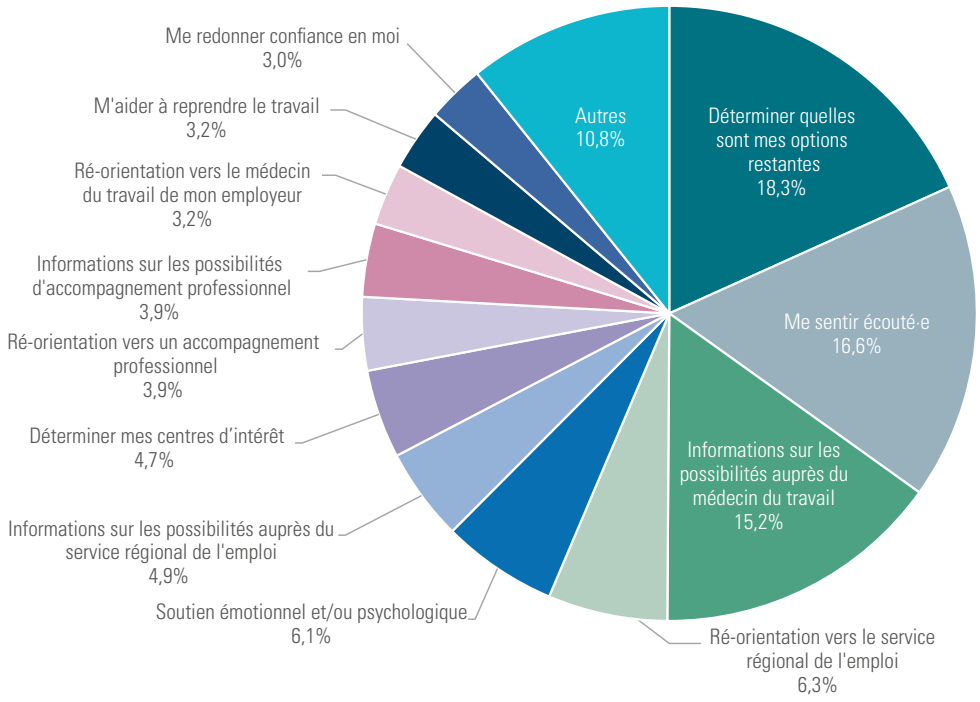
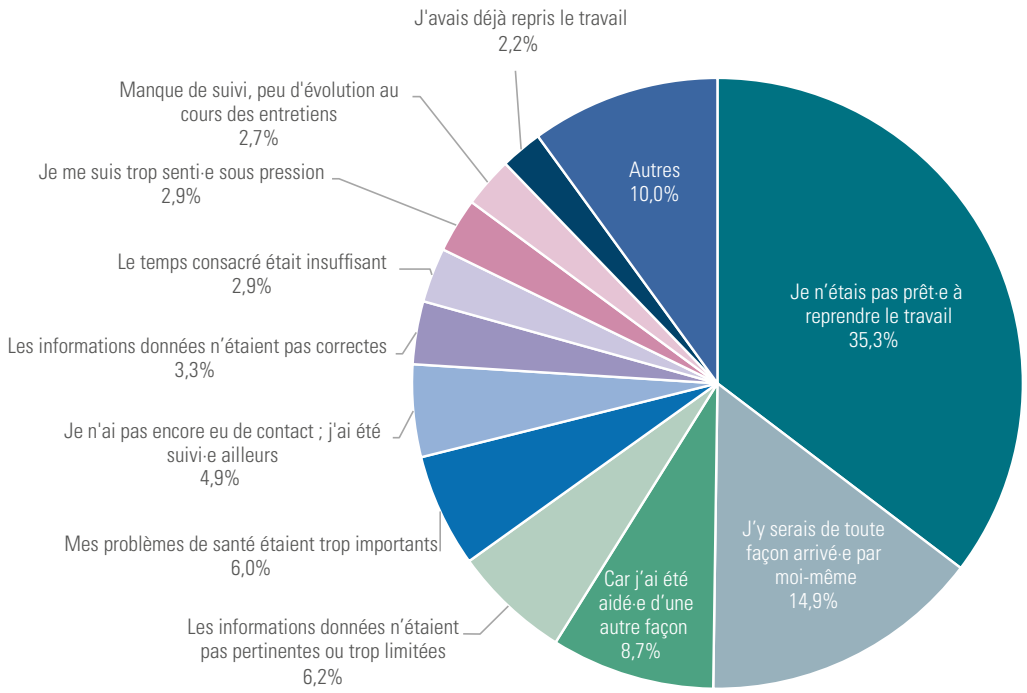


Figure 8 : Raisons principales pour lesquelles les répondant·es ne se sont pas senti·es aidées par le·la coordinateur·trice (n=450) (Source : MC)



Quels résultats les répondant·es perçoivent-ils·elles, suite au suivi par un·e coordinateur·trice ?

Parmi les personnes ayant été suivies par un·e coordinateur·trice (n=943), un peu plus d'un tiers (36%, n=341) ne voyaient pas de résultats concrets issus de ce suivi, au moment où elles ont répondu au questionnaire ; un tiers (33%, n=314) affirmaient que c'était encore trop tôt pour le dire, et un peu moins d'un tiers des personnes suivies (30%, n=288) voyaient déjà des résultats à l'issue de ce suivi. Selon ces dernières, les résultats les plus importants sont le fait d'avoir repris le travail (40%, n=115), d'avoir une meilleure idée de la direction qu'elles souhaitent prendre

Tableau 2 : Qualité perçue des contacts avec le·la coordinateur·trice (n=943) (Source : MC)

Durant mes contacts avec le·la coordinateur·trice :	D'accord ou tout à fait d'accord	
	N	%
… je me suis senti écouté·e	757	80,3
… je me suis senti compris·e	708	75,1
… j'ai reçu les informations dont j'avais besoin (par ex., en ce qui concerne mon contrat de travail, les possibilités de reprise d'un emploi, la reconversion, l'orientation professionnelle, …)	637	67,6
… les informations que j'ai reçues étaient compréhensibles	757	80,3
… les informations que j'ai reçues lors de l'entretien m'ont aidé·e	560	59,4
… mes besoins spécifiques ont bien été pris en compte	616	65,3
… j'ai été orienté·e vers la bonne personne/agence (par ex., orientation professionnelle, service régional de l'emploi, médecin du travail) pour m'aider à aller plus loin	513	54,4
… je me suis senti·e libre de décider par rapport aux propositions que j'ai reçues	622	66,0
… l'entretien s'est passé dans de bonnes conditions (horaire, lieu …)	787	83,5
… le temps qui m'a été consacré durant l'entretien était suffisant	762	80,8

(13%, n=36), ou encore d'avoir retrouvé l'envie de retourner au travail (12%, n=33). Les autres résultats évoqués sont présentés dans la figure 9.

« J'ai repris le travail à 50% et j'en suis très heureux ».
« Je vais reprendre le travail partiellement et suis une formation ».

3.1.3. Résultats pour les personnes pour qui le suivi s'est arrêté ou qui ont été réorientées vers d'autres possibilités

Pour quelle raison le suivi s'est-il arrêté ?

Parmi les personnes qui ont été suivies par un·e coordinateur·trice, mais pour qui le suivi s'est arrêté après un ou plusieurs contacts (7%, n=373), la raison la plus fréquemment évoquée pour expliquer cet arrêt est que l'état de santé ne permettait pas ou ne permettait plus de participer à ce trajet (33%, n=123). Les autres raisons sont le fait d'avoir repris le travail (22%, n=83), le fait de ne plus pouvoir travailler (10%, n=37) ou encore que le trajet n'était pas ce à quoi les personnes s'attendaient (4%, n=15). L'ensemble des raisons évoquées est représenté dans la figure 10.

« À ce premier contact, je n'étais pas en état de travailler ».
« J'avais complètement repris le travail ».

Si d'application : vers qui la personne a-t-elle été redirigée ?

Les personnes qui ont été redirigées vers d'autres possibilités (4%, n=190), ont été réorientées vers le·la médecin du travail de leur employeur dans 38% des cas (n=73). Ensuite, il s'agit d'une réorientation vers le service régional de l'emploi (35%, n=66), puis du renvoi vers un accompagnement professionnel (15%, n=29). Les autres acteur·rices vers qui la personne a été réorienté·e sont présenté·es dans la figure 11.

« J'ai moi-même demandé un entretien avec le médecin du travail de mon lieu de travail ».
« J'ai été redirigé·e vers le [nom d'un Centre de Formation et d'Insertion Socioprofessionnelle Adapté] pour y passer des tests et voir vers quoi je pouvais me tourner ».

Figure 9 : Résultat perçu par les répondant·es comme le plus important suite à leur(s) entretien(s) avec le·la coordinateur·trice (n=288) (Source : MC)

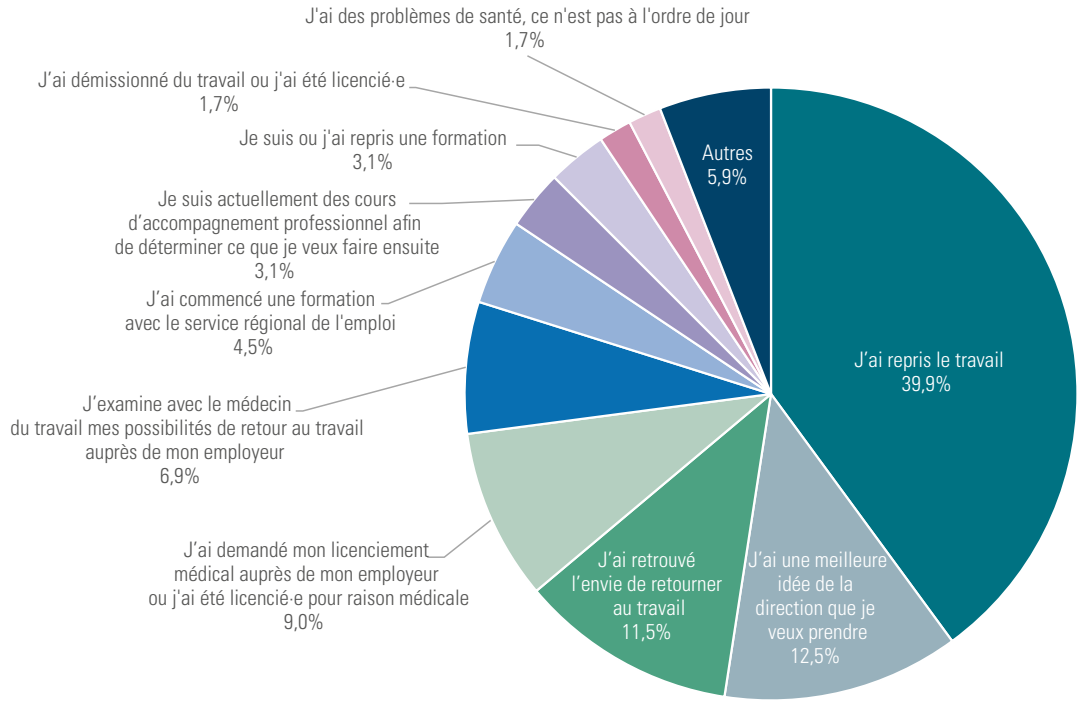


Figure 10 : Raison principale pour laquelle le trajet avec le·la coordinateur·trice s'est arrêté (n=373) (Source : MC)

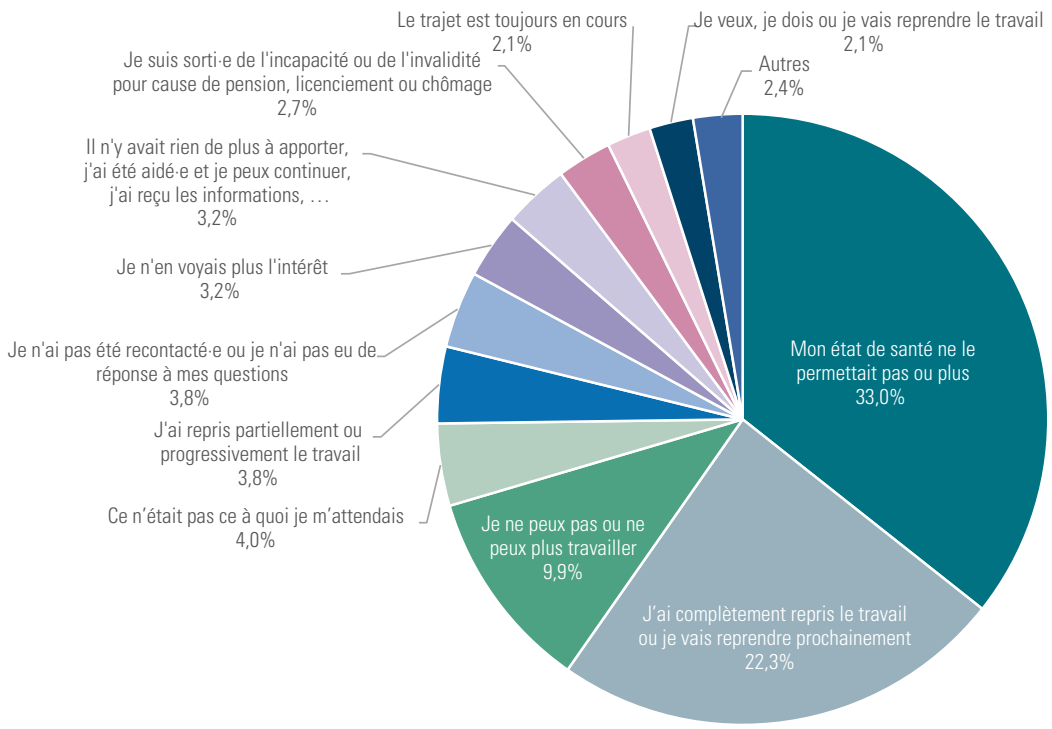
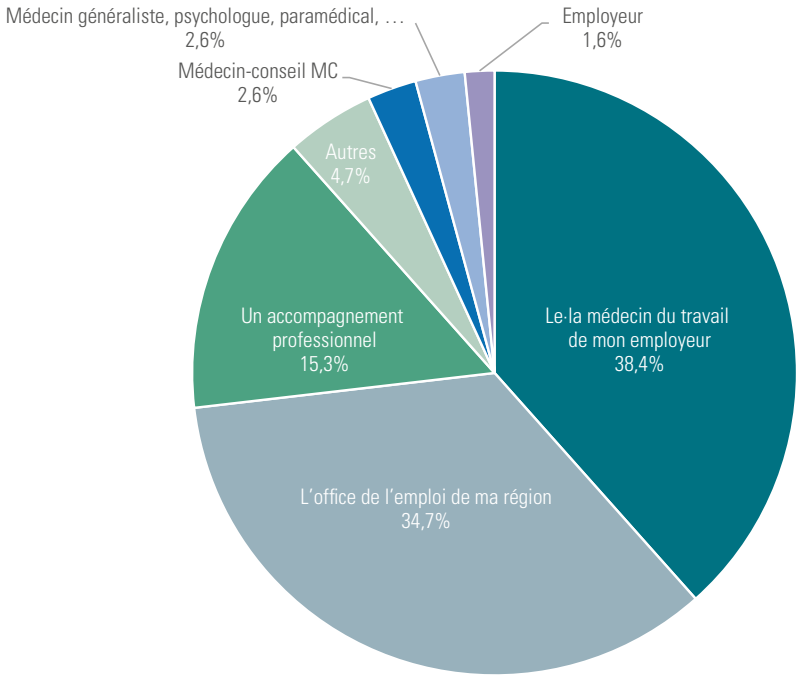


Figure 11 : Acteur·rices vers qui les participant·es ont été redirigé·es en premier lieu (n=190) (Source : MC)



3.2. Résultats sur le vécu lors du retour au travail

Parmi les répondant·es (n=5.100), 2.299 avaient repris le travail au moment de l'enquête, et ce depuis en moyenne huit mois (écart-type=neuf mois). Comme le détaille la figure 12, 55% des participant·es n'avaient donc pas repris le travail (n=2.801) au moment où ils·elles ont répondu à l'enquête, tandis que 30% des personnes avaient repris le travail à temps partiel (n=1.549), et 15% à temps plein (n=750). Rappelons encore ici que cette étude incluait notamment un grand nombre de personnes (n=2.585) pour qui une reprise de travail chez l'employeur n'était momentanément pas d'actualité parce que la priorité devait être donnée au diagnostic ou au traitement médical ('catégorie 3'). Ceci explique probablement pourquoi une partie des participant·es n'avaient pas repris le travail au moment de l'enquête.

3.2.1. Où les répondant·es ont-ils·elles repris le travail ?

Parmi les répondant·es ayant repris le travail (n=2.299), environ la moitié (48%, n=1.098) ont repris le travail chez le même employeur, dans la même fonction qu'auparavant, sans aménagements de leur travail. Un peu plus d'un quart (27%, n=623) ont repris le travail chez le même employeur, dans la même fonction, avec des aménagements du travail, alors que 9% (n=205) ont repris le travail chez un autre employeur, dans une autre fonction.

> *« Même employeur, avec des adaptations au début, mais après trois mois c'était de nouveau le même travail qu'avant ».*
> *« Même employeur, même type de fonction mais autre équipe ».*

La figure 13 détaille les autres modalités via lesquelles les répondant·es à cette enquête ont repris le travail. Notons encore que dans 86% des cas (n=1.968), cette reprise du travail s'inscrit dans le cadre d'une activité autorisée par le·la médecin-conseil.

3.2.2. Comment se passe le retour au travail ?

Le retour au travail a été évalué à l'aide de deux questions. La première demandait aux participant·es dans quelle mesure ils·elles ont pu reprendre le travail facilement. Comme le montre la figure 14, environ 42% (n=960) des répondant·es qui ont repris le travail (n=2.299) ont répondu d'accord ou tout à fait d'accord à l'affirmation selon laquelle

Figure 12 : Nombre *(ou pourcentage)* de répondant·es ayant (ou n'ayant pas) repris le travail, selon le temps de travail (n=5.100) (Source : MC)

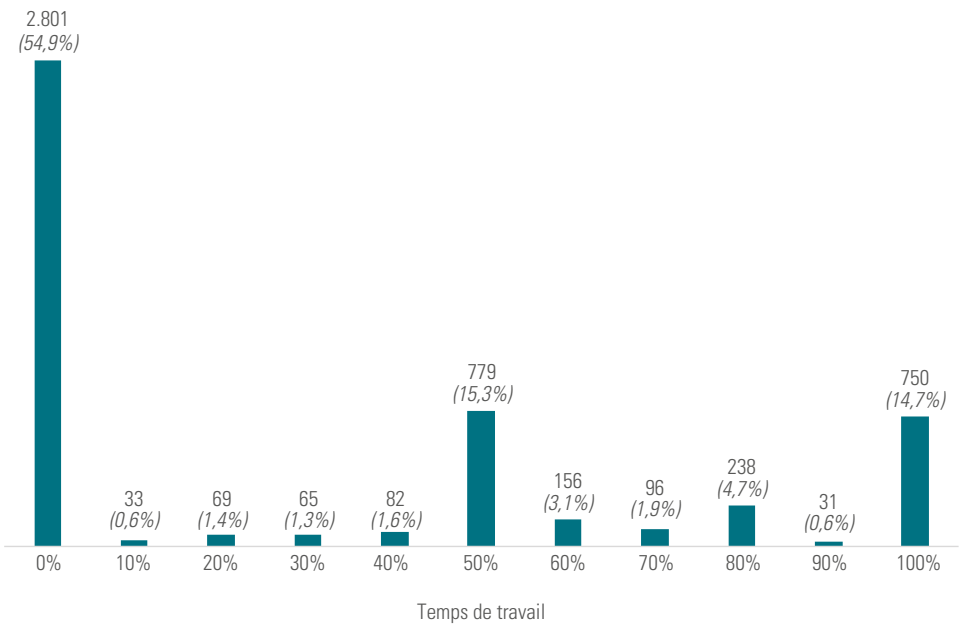


Figure 13 : Lieu de la reprise du travail (n=2.299) (Source : MC)

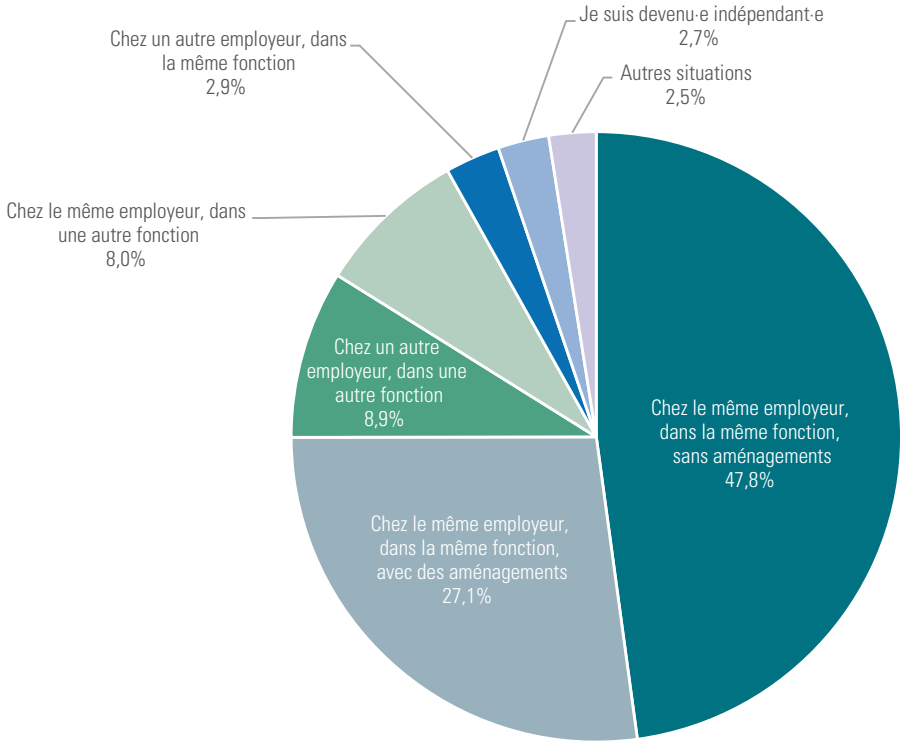
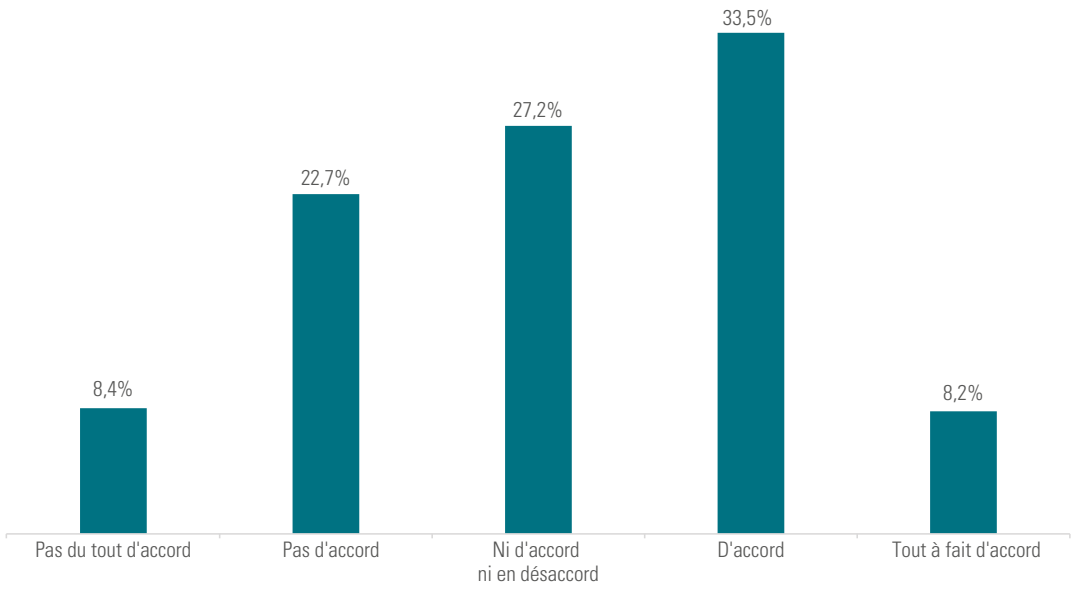


Figure 14 : Facilité perçue pour reprendre le travail après l'incapacité (n=2.299) (Source : MC)



ils·elles ont pu reprendre le travail assez facilement après leur incapacité, le reste des répondant·es ne s'étant pas prononcé·es (27%) ou n'étant pas (du tout) d'accord avec cette affirmation (31%).

La deuxième question visait à évaluer dans quelle mesure les participant·es éprouvaient des difficultés à travailler une fois qu'ils·elles ont repris le travail : 44% (n=1.003) étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils·elles ont eu du mal à travailler après leur incapacité de travail, tandis que 26% ne se prononçaient pas et 30% étaient en désaccord avec cette affirmation (voir Figure 15). Cette dispersion dans les réponses à cette question suggère que la facilité avec laquelle se passe la reprise du travail peut varier considérablement d'une personne à l'autre.

3.2.3. Dans quelle mesure des aménagements du travail sont-ils nécessaires et octroyés, lors du retour au travail ?

Parmi celles et ceux qui ont repris le travail (n=2.299), 55% (n=1.254) ont répondu avoir besoin d'adaptations du travail qu'ils·elles faisaient avant de tomber en incapacité. Parmi eux·elles, 63% (n=786) ont obtenu au moins la majorité des adaptations dont ils·elles avaient besoin (voir Figure 16), mais pas toujours facilement : pour 21% (n=227) parmi ceux et celles qui ont obtenu des adaptations (n=1.084), ce n'était pas du tout ou pas facile de les obtenir (voir Figure 17).

Parmi les 170 personnes qui n'ont obtenu aucune des adaptations dont elles avaient besoin, 20% (n=34) n'ont pas reçu d'explication de la raison pour laquelle ce n'était pas possible. Parmi les autres raisons évoquées pour le refus des aménagements, on retrouve selon 19% des répondant·es (n=33), la difficulté pour l'organisation du travail ; pour 16% (n=27), le fait que les adaptations n'étaient pas possibles pour le travail effectué ; et pour 11% (n=19), le fait que le supérieur hiérarchique n'en voyait pas l'utilité (voir Figure 18).

« Demande acceptée dans un premier temps par ma directrice, puis refusée car l'équipe avait trop souffert de mon absence ».
« Il y a trop peu de personnel, la charge de travail est beaucoup trop élevée pour tout le monde ».

Figure 15 : Difficulté perçue de travailler après l'incapacité (n=2.299) (Source : MC)

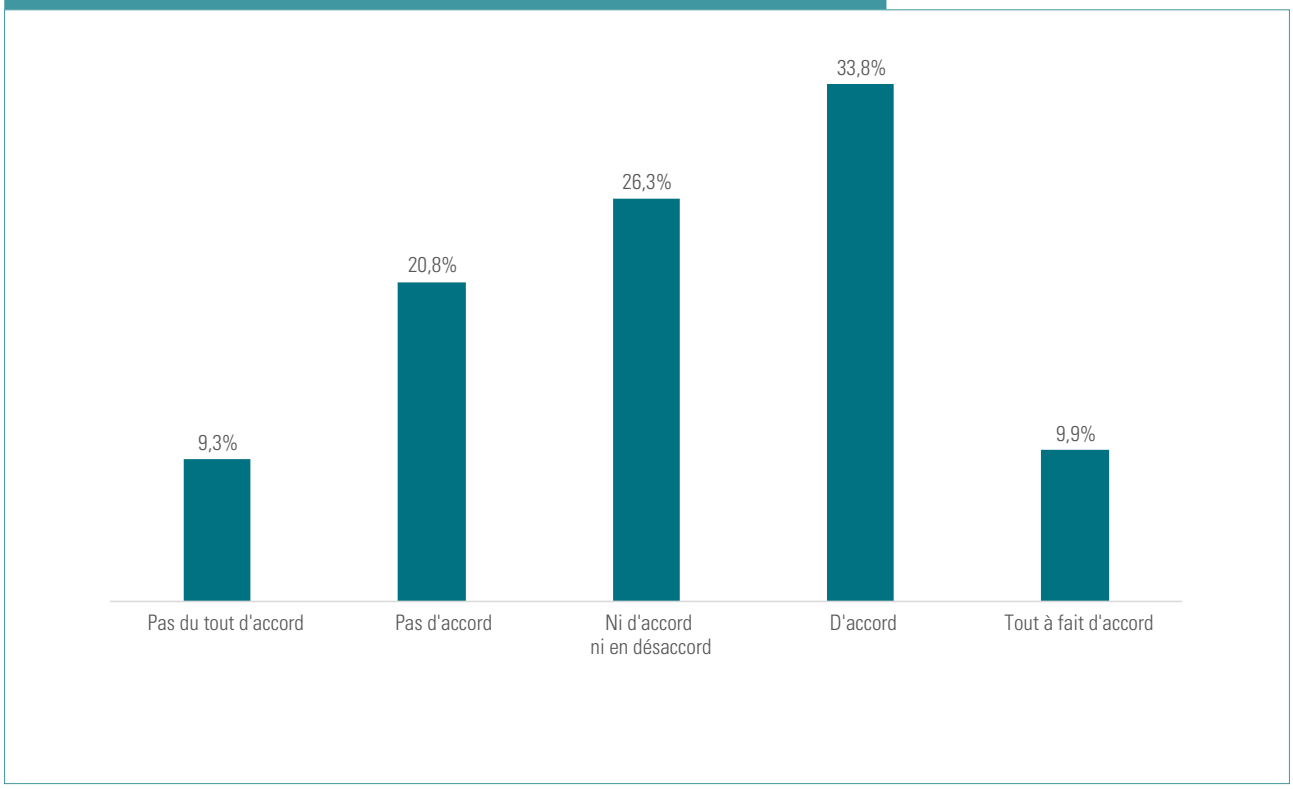


Figure 16 : Mesure dans laquelle les répondant·es ont obtenu des adaptations pour reprendre leur travail (n=1.254) (Source : MC)

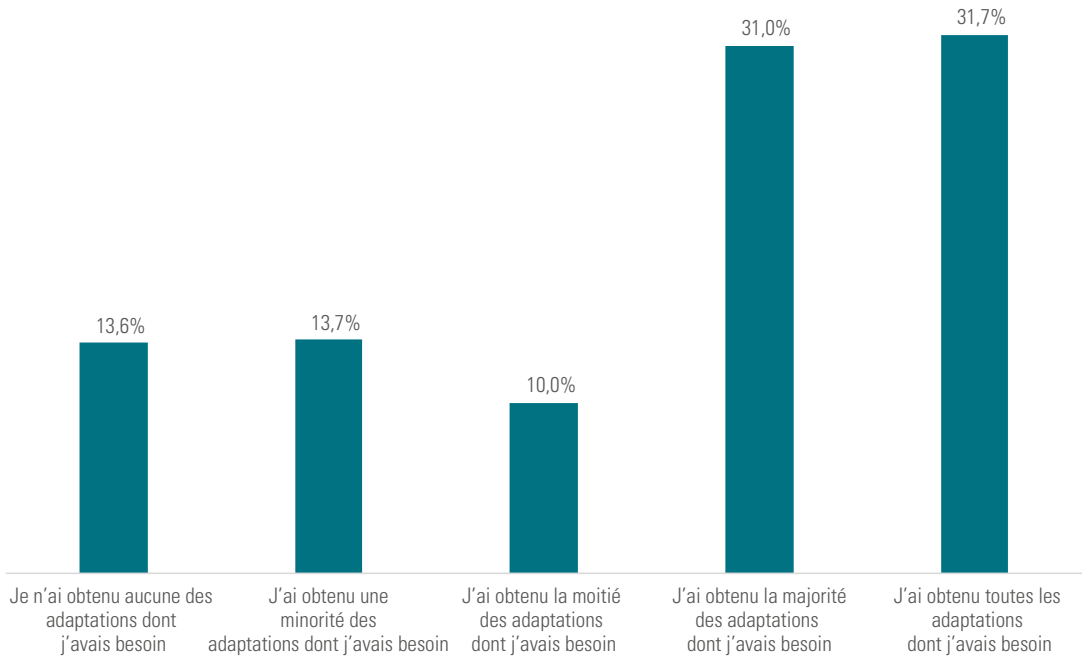


Figure 17 : Mesure dans laquelle les répondant·es ont obtenu facilement des adaptations pour reprendre le travail (n=1.084) (Source : MC)

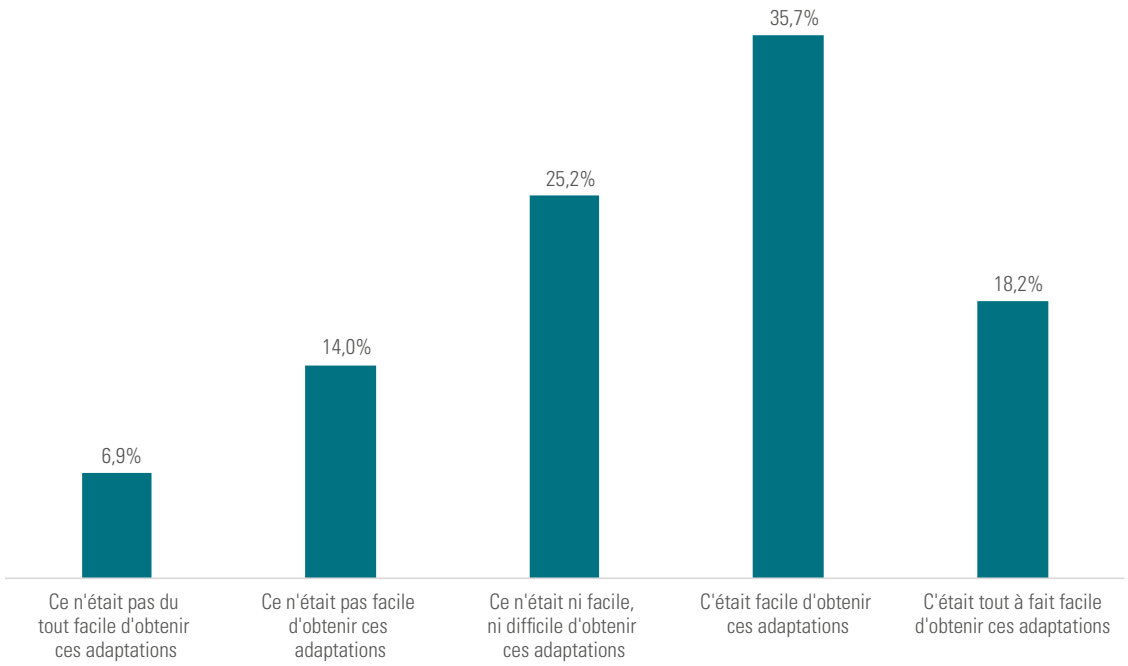
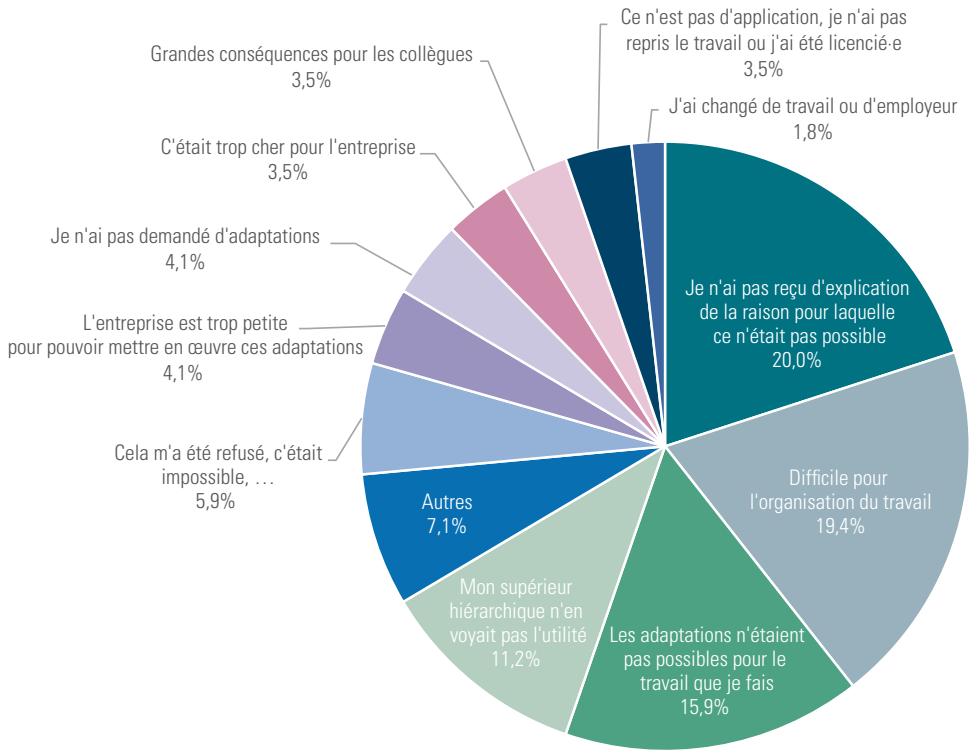


Figure 18 : Raison principale pour laquelle les répondant·es n'ont pas reçu d'adaptations à leur travail (n=170) (Source : MC)



4. Discussion et recommandations

L'objectif principal de cette étude de la MC est de faire un premier état des lieux du vécu des personnes qui ont bénéficié de l'accompagnement d'un·e coordinateur·rice de retour au travail. Moins de deux ans après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation sur le 'Trajet Retour Au Travail' en janvier 2022, parmi les personnes interrogées dans notre enquête menée en novembre 2023, presque une sur cinq (943/5.100), toutes catégories confondues[4], avaient déjà eu au moins un contact avec un·e coordinateur·trice. Cependant, cette mise en œuvre de la mesure étant relativement récente, plusieurs limites de cette étude sont à souligner. Ces limites ouvrent néanmoins des perspectives pour de futures recherches dans le domaine du retour au travail.

4.1. Limites méthodologiques et perspectives pour de futures recherches

4.1.1. Non-représentativité

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les données présentées dans cette étude ne concernent qu'un échantillon de membres de la MC qui ont accepté de répondre entièrement au questionnaire : il ne s'agit donc pas de données exhaustives sur l'ensemble de la population en incapacité de travail ou en invalidité suivie ou non par des coordinateur·trices de retour au travail. Les personnes ayant accepté de répondre au questionnaire ont peut-être des caractéristiques différentes des personnes qui n'y ont pas répondu, et on ne peut exclure que cela ait pu biaiser partiellement les résultats de cette étude.

4 Rappelons que notre échantillon comportait des personnes ayant des niveaux de capacités restantes très variées, et pas seulement les personnes ayant le niveau de capacités restantes concernées en priorité par cette mesure de retour au travail (catégorie 4).

4.1.2. Perception des répondant·es

Dans cette étude, ce sont bien les perceptions personnelles et donc, subjectives, des répondant·es qui ont été mesurées. Lors du recodage des réponses données par les répondant·es lorsqu'un champ libre pour le faire leur était proposé, nous avons constaté une certaine confusion chez certain·es répondant·es, qui semblent avoir parfois confondu le suivi par le·la coordinateur·trice de la MC, et le suivi effectué par d'autres acteur·rices du retour au travail (par exemple, coach de retour au travail d'une association, de l'employeur, d'un service externe de prévention, etc.). Rappelons aussi que c'est bien par rapport à leurs attentes vis-à-vis de la fonction d'un·e coordinateur·trice qu'ils·elles ont répondu aux questions sur la qualité du suivi, ou sur leur sentiment d'avoir été aidé·es. Toutefois, ces attentes ne sont pas forcément toujours en adéquation avec la manière dont la fonction de coordinateurs·trices a été pensée. Les réponses à ces questions peuvent cependant nourrir la manière dont cette fonction pourrait être pensée et améliorée à l'avenir, comme nous le suggérons dans les recommandations ci-dessous.

4.1.3. Analyses descriptives globales

Les analyses effectuées dans cette étude sont des analyses descriptives : elles rapportent les pourcentages des réponses (les plus fréquemment) observées aux questions posées, pour l'ensemble des répondant·es. Ces résultats portent donc sur l'ensemble de la population interrogée, sans les distinguer par sous-groupe, par exemple selon l'âge, le sexe, la pathologie, ou encore le type de travail. Les résultats sont donc à interpréter avec prudence, et il ne faut pas considérer qu'ils s'appliqueraient de manière uniforme au sein des différents sous-groupes. De futures recherches pourraient être menées afin d'analyser ces différences, et de voir si des différences significatives émergent en fonction du sous-groupe auquel appartient le·la répondant·e.

4.1.4. Temps de mesure

Pour cette étude, une seule mesure a été effectuée, en novembre 2023. D'une part, toutes les informations ayant été communiquées au même moment par les répondant·es, il n'est pas possible de tester une relation de causalité entre les variables mesurées. D'autre part, les données ont été récoltées peu de temps après la mise en place de la fonction de coordinateurs·trices au sein des mutualités : il s'agit d'une fonction nouvellement créée, qui peut encore évoluer. On peut supposer que les résultats seraient sans doute différents si cette fonction existait depuis plus longtemps. De futures études de type longitudinal pourraient ainsi être menées pour tester les effets de ce suivi par les coordinateur·trices, dans le temps.

4.2. Résumé des résultats et recommandations

Dans cette partie, nous résumons les principaux résultats de cette étude et présentons au fur et à mesure des **recommandations**, sur la manière dont ils pourraient être utilisés pour améliorer l'accompagnement vers le retour au travail retour au travail. Certaines recommandations ont également été émises sur base des constats tirés de la revue de la littérature présentée ci-dessus.

Un tableau reprenant les recommandations en les distinguant selon les acteur·rices auxquelles elles s'adressent, se trouve à la fin de cette section (voir Tableau 3). Notons que ce tableau ne reprend que les acteur·rices pour lesquel·les des recommandations peuvent être émises sur base des résultats de l'étude (monde politique, INAMI, mutualités, employeurs et service de médecine du travail), et pas l'ensemble de ceux et celles qui sont potentiellement impliqué·es dans le retour au travail (par exemple, soins de santé ou services régionaux de l'emploi).

4.2.1. L'accompagnement vers le retour au travail

Lorsque les personnes étaient suivies dans le cadre d'un trajet de retour au travail, la moitié d'entre elles (51%) ont déclaré avoir entamé ce suivi à leur propre initiative, alors qu'un peu moins de l'autre moitié des répondant·es ont déclaré l'avoir entamé via le·la médecin-conseil. Ce résultat suggère donc qu'une partie des personnes suivies souhaitent entamer ce genre de démarche. De plus, la moitié des répondant·es (52%) ont déclaré s'être senti·es aidé·es par le·la coordinateur·trice, principalement pour déterminer les options possibles, se sentir écouté·es, obtenir des informations sur les possibilités auprès du·de la médecin du travail, être réorienté·es vers le service régional de l'emploi, ou encore avoir un soutien émotionnel et/ou psychologique.

Ces résultats suggèrent, tout comme les études relevées dans la revue de la littérature, que les coordinateur·trices ont une fonction très polyvalente, qui ne se limite pas à donner des informations ou à réorienter, mais aussi à apporter une écoute et un soutien qui sont très importants pour les personnes qui envisagent une reprise du travail.

En effet, des études scientifiques ont montré que le fait de se sentir soutenu et entendu par les acteur·rices du retour au travail, est un facteur clé pour la réussite du retour au travail (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2014; Haugli, Maeland, & Magnussen, 2011). Il a également été mis en évidence que des compétences telles que la communication, l'empathie, le soutien ou encore l'écoute active, sont des compétences importantes des coordinateur·trices pour la réussite du processus de retour au travail. C'est également le cas des compétences en médiation et négociation, afin que les coordinateur·trices puissent arbitrer équitablement tout différend entre les employeurs et les employés, le cas échéant (Bohatko-Naismith, James, Guest, & Rivett, 2015; Pransky, Shaw, Loisel, Hong, & Désorcy, 2010; Shaw, Hong, Pransky, & Loisel, 2008).

Il est donc important que les coordinateur·trices soient formé·es à ces aspects, notamment d'écoute bienveillante, de soutien émotionnel, de communication et de médiation, et qu'ils puissent y consacrer le temps nécessaire. Comme souligné par Holmlund et al. (2022), la formation des coordinateur·trices est un élément déterminant de la qualité de la coordination fournie aux personnes suivies.

La plupart des répondant·es ont évalué positivement les contacts qu'ils·elles ont eus avec les coordinateur·trices, avec des taux d'accord allant de 65 à 84%. Il s'agit d'un résultat encourageant, dans la mesure où plusieurs études (Black, Sim, Collie, & Smith, 2017; Lane et al., 2018) ont montré que la qualité des interactions avec les coordinateur·trices peut augmenter le sentiment d'auto-efficacité de la personne dans son retour au travail (c'est-à-dire, la croyance qu'elle a dans ses capacités à faire face aux exigences de son travail), et ses chances de reprise du travail.

Certaines personnes ont cependant déclaré qu'elles ne se sont pas senties (du tout) aidées (16%) ou qu'elles ne se sont senties ni aidées, ni pas aidées (32%). Parmi ces personnes, un peu plus d'un tiers (35%) a déclaré qu'elles ne se sont pas senties aidées ou ne se sont pas prononcées, car elles ne se sentaient pas prêtes à reprendre le travail. Dans une moindre mesure, certaines ont aussi déclaré que leurs problèmes de santé étaient trop importants. Ces résultats soulignent **l'importance de laisser le temps aux personnes de guérir avant de démarrer un trajet de retour au travail, et que le moment de la reprise du travail soit dans la mesure du possible, le fruit d'une décision partagée entre la personne et le·la médecin-conseil.** Ceci est cohérent avec les résultats d'études ayant démontré que si le retour au travail est initié trop rapidement, ou si la guérison n'est que partielle lorsque la personne reprend le travail, le risque de rechute augmente (Corbière et al., 2020). De plus, comme souligné par MacEachen et al. (2020), il faut être particulièrement attentif à ce délai de reprise du travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux. En effet, dans la mesure où le travail est parfois à l'origine des troubles mentaux, un retour au travail précoce peut être plus difficile à mettre en place dans ce type de situation (MacEachen et al., 2020).

D'autres personnes ont quant à elles déclaré qu'elles y seraient de toute façon arrivées par elles-mêmes, qu'elles ont été aidées d'une autre façon, ou que les informations données n'étaient pas pertinentes ou étaient trop limitées. Bien que globalement très positive, l'évaluation des contacts a également permis de mettre en évidence quelques points d'amélioration, comme le fait de **s'assurer que les informations données sont bien pertinentes et en mesure d'aider la personne, et de l'orienter vers le·la bon·ne acteur·rice pour aller plus loin, lorsque la situation s'y prête**. Diverses études ont d'ailleurs montré la plus-value que peut avoir le·la coordinateur·trice pour faire le lien entre les différent·es acteur·rices du retour au travail (Corbière et al., 2020; Durand, Nastasia, Coutu, & Bernier, 2017; Vogel et al., 2017).

Parmi les répondant·es, au moment où l'enquête a été menée, presque un tiers voyaient déjà des résultats suite à l'accompagnement reçu par les coordinateur·trices. Selon eux·elles, les résultats les plus importants sont le fait d'avoir repris le travail, d'avoir une meilleure idée de la direction qu'ils·elles souhaitent prendre, ou d'avoir retrouvé l'envie de retourner travailler. Ces premiers résultats suggèrent donc que pour au moins un tiers des répondant·es ayant été suivi·es par un·e coordinateur·trice, ce suivi semble remplir ses objectifs. Pour un autre tiers des répondant·es, c'était encore trop tôt pour le dire, alors que le dernier tiers ne voyaient pas de résultats concrets issus de ce suivi. L'accompagnement par des coordinateur·trices semble donc avoir des effets encourageants par rapport au retour sur le marché de l'emploi pour certain·es répondant·es, mais **de futures études pourraient être menées afin d'examiner ces effets dans le temps, et au sein de différents sous-groupes**. Par exemple, sur base de constats de l'étude de MacEachen et al. (2020), de futures études pourraient investiguer dans quelle mesure les effets du suivi par des coordinateur·trices sur le retour au travail varient selon le type de pathologie (mentale ou physique).

Toujours parmi les personnes qui avaient été ou étaient suivies par un·e coordinateur·trice au moment de l'enquête, pour un cinquième (20%) d'entre elles, le trajet s'est arrêté après un ou plusieurs contacts car elles ont été

redirigées vers d'autres possibilités, en premier lieu vers le·la médecin du travail de leur employeur et en second lieu, vers le service régional de l'emploi. Ces résultats soulignent **le rôle central que les coordinateur·trices peuvent jouer pour faire le lien entre la personne en incapacité de travail et les autres acteur·rices du retour au travail**, ce qui est particulièrement important afin d'optimiser les chances de réussite du retour au travail (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2012; Corbière et al., 2020).

Lorsque les personnes n'étaient pas suivies dans le cadre d'un trajet de retour au travail, dans 21% des cas c'était parce qu'elles estiment que leur état de santé ne leur permet pas d'envisager un tel retour ; et lorsque le trajet s'est arrêté, la première raison évoquée (33%) est que l'état de santé ne permettait pas aux participant·es de le poursuivre. De nouveau, il semble donc **nécessaire de laisser le temps aux personnes de guérir avant d'envisager un tel trajet**. Par ailleurs, un peu plus d'un tiers des personnes qui n'avaient pas eu de suivi par un·e coordinateur·trice ont déclaré qu'elles n'ont pas entamé de trajet parce qu'elles n'avaient pas été invitées ou informées de cette possibilité. Plus de personnes pourraient donc potentiellement être intéressées par cette possibilité, et il faut donc **continuer à informer les personnes concernées de l'existence de cette nouvelle mesure**.

4.2.2. Le retour au travail

Parmi les 5.100 répondant·es, un peu moins de la moitié (45%) avaient repris le travail au moment de l'enquête (30% à temps plein et 15% à temps partiel), pour la grande majorité (83%), chez le même employeur qu'auparavant, et dans le cadre d'une activité autorisée par le·la médecin-conseil (86%). Beaucoup de personnes ayant répondu à cette enquête semblent avoir recours à ce dispositif de reprise du travail dans le cadre d'une activité autorisée. Ce résultat rejoint les constats d'un précédent rapport de l'INAMI (INAMI, 2016), selon lesquels l'octroi d'une autorisation pour réintégrer les titulaires salariés en incapacité de travail via une activité partielle est un instrument fort utile et utilisé par les médecins-conseils. Des données fournies récemment par l'INAMI (INAMI, 2023) confirment également que ce dispositif est de plus en plus utilisé : alors que 67.595 titulaires salariés y avaient recours pour exercer une activité à temps partiel en 2020, on en comptait 78.550 à y avoir recours en 2021. Les résultats de la présente étude confirment donc une nouvelle fois **l'importance du dispositif de reprise du travail (à temps partiel) dans le cadre d'une activité autorisée**. La littérature a également souligné l'importance de la reprise progressive du travail pour un retour au travail réussi (Corbière et al., 2018 ; Nogawa & Kojimahara, 2017).

Parmi les répondant·es ayant repris le travail, 44% d'entre eux·elles ont affirmé qu'ils·elles ont eu du mal à travailler après leur incapacité, et 55% ont déclaré avoir besoin d'adaptations au travail exercé avant leur incapacité. Parmi ceux et celles qui avaient besoin d'adaptations, 73% ont obtenu au moins la moitié des adaptations souhaitées, ce qui représente une évolution positive par rapport aux résultats de l'étude de la MC réalisée en 2019 (Vancorenland et al., 2021). Dans cette précédente étude, 58% des répondant·es ayant besoin d'aménagements, les avaient obtenus tous ou en partie lorsqu'ils·elles avaient repris le travail. Cependant, il ne faut pas oublier que cette question n'a été posée qu'à ceux et celles qui ont repris le travail : il est possible que la non-reprise du travail soit justement due à l'impossibilité d'obtenir ces adaptations.

Par ailleurs, pour un cinquième des personnes qui ont obtenu des adaptations, ce n'était pas facile de les obtenir. Des difficultés, principalement liées à l'organisation du travail, semblent l'expliquer en partie. Le fait qu'un grand nombre de personnes reprennent le travail chez le même employeur qu'auparavant, et qu'elles aient besoin d'adaptations lorsqu'elles reprennent le travail, souligne **l'importance pour l'employeur et le·la médecin du travail, de réfléchir dans leurs politiques de retour au travail, à la manière dont le travail peut être adapté.** Cette réflexion peut aussi se faire en concertation avec le·la travailleur·euse lors de son retour au travail. Une étude a d'ailleurs démontré que le facteur prédictif le plus significatif du retour au travail des employé·es souffrant de dépression, est l'intention du supérieur hiérarchique de prendre des mesures pour faciliter leur retour au travail (Negrini et al., 2018). De nombreuses études (Corbière et al., 2018; Nogawa & Kojimahara, 2018; Wong et al., 2021) ont également souligné l'importance des aménagements du travail, et du soutien du supérieur et des collègues, lors du retour au travail.

Offrir du soutien et des possibilités de travail adapté nous semble dès lors indispensable afin qu'un maximum de personnes puissent reprendre le travail dans de bonnes conditions, compatibles avec leur état de santé, et d'éviter le risque de rechute en incapacité de travail.

Tableau 3 : Recommandations envers différent·es acteurs·trices du retour au travail

	Politique	INAMI	Mutualités				Employeurs	Médecine du travail
			Médecins-conseils	Coordinateur·trices de retour au travail	Services d'études	Paramédicaux		
Prévoir dans les formations des coordinateurs·trices, des apprentissages sur l'écoute bienveillante, le soutien émotionnel, la communication, etc.	x	x						
Prévoir que les coordinateurs·trices aient suffisamment de temps à consacrer aux aspects d'écoute, de soutien, etc.	x	x						
Faciliter la communication entre tou·tes les acteurs·trices du retour au travail	x	x		x				
Pérenniser le dispositif de reprise du travail dans le cadre d'une activité autorisée	x							
Continuer à informer les personnes concernées de l'existence de la mesure 'Trajet Retour au Travail'	x	x	x	x		x	x	x
Laisser le temps aux personnes de guérir avant de démarrer un trajet de retour au travail (en concertation avec le·la médecin-conseil)	x	x	x	x		x	x	x
S'assurer que les informations données aux personnes sont bien pertinentes et en mesure de les aider				x				
Orienter les personnes vers le·la bon·ne acteur·trice (par ex., médecin du travail, service régional de l'emploi) pour aller plus loin, lorsque la situation s'y prête				x				
Définir avec la personne le meilleur moment pour la reprise du travail (en concertation avec le·la médecin-conseil)			x			x		
Réaliser des études afin d'examiner les effets de l'accompagnement par les coordinateurs·trices, au cours du temps					x			
Réfléchir dans les politiques de retour au travail, à la manière dont le travail peut être adapté							x	x
Créer les conditions propices à une reprise progressive du travail							x	x
Encourager les supérieurs hiérarchiques et les collègues, à être soutenant et compréhensifs lors du retour au travail du·de la travailleur·euse ayant été absent·e							x	

Conclusion

En janvier 2022, une loi instaurant le « Trajet Retour Au Travail » est entrée en vigueur en Belgique, et a donné lieu à la création de la fonction de coordinateur·rice de retour au travail au sein des mutualités. Cette étude exploratoire de la MC a permis de mesurer les perceptions de personnes en incapacité de travail ou en invalidité, suivies (ou non suivies) par ce·tte nouvel·le acteur·rice du retour au travail. Bien que présentant plusieurs limites, cette étude a mis en évidence des premiers résultats encourageants liés à la mise en place de cette mesure, non seulement en termes de reprise du travail ou d'information et d'orientation des personnes en incapacité (par exemple vers le service régional de l'emploi ou la médecine du travail), mais aussi en termes d'écoute, d'aide pour identifier leurs options possibles, ou encore de soutien émotionnel et/ou psychologique. Alors que la précédente étude de la MC menée en 2019 (Vancorenland, et al., 2021) avait constaté que les personnes en incapacité de travail aimeraient avoir plus d'informations et de soutien de la part de la mutualité, notamment sur les possibilités de reprise du travail, cette nouvelle étude de la MC suggère que les coordinateur·trices peuvent aider à combler ce besoin pour de nombreuses personnes. Le fait que les répondant·es à cette étude-ci aient davantage obtenu d'adaptations du travail lorsqu'ils·elles reprennent le travail, que dans l'étude de 2019, laisse aussi penser que les nouvelles politiques de retour au travail semblent avoir des effets positifs chez d'autres acteur·rices du retour au travail. Poursuivre dans cette voie nous semble indispensable afin d'aider chacun et chacune, **qui le souhaite et qui s'en sent capable**, à reprendre le travail dans un contexte respectueux de ses capacités et de son état de santé.

Bibliographie

Andersen, E., Kristiansen, M., & Bernt Jørgensen, S. (2023). Barriers and facilitators to return to work following cardiovascular disease: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *BMJ Open, 13*, e06909.

Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with commin mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 38*, 93-104.

Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2014). How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation, 24*, 709-724.

Bernaerts, M. (2024). Les absences de longue durée en hausse en Belgique : voici les secteurs touchés par ce phénomène inquiétant. *La DH*. Récupéré sur https://www.dhnet.be/actu/belgique/2024/01/17/les-absences-de-longue-duree-en-hausse-en-belgique-voici-les-secteurs-touches-par-ce-phenomene-inquietant-5VVE5TNBU5GHBK7NGV5WNVT44M/

Black, O., Sim, M., Collie, A., & Smith, P. (2017). Early-claim modifiable factors associated with return-to-work self-efficacy among workers injured at work: are there differences between psychological and musculoskeletal injuries? *Journal of Occupational Environmental Medicine, 59*(12), 257-262.

Bohatko-Naismith, J., James, C., Guest, M., & Rivett, D. (2015). The role of the australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *Journal of Occupational Rehabilitation, 25*(1), 65-73.

Brines, J., Salazar, M., Graham, K., Pergola, T., & Connon, C. (1999). Injured workers' perceptions of case management services. A descriptive study. *AAOHN Journal, 47*(8), 355-364.

Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M., Sauve, G., & Lecomte, T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick-leave due to depression. *Journal of Rehabilitation, 84*(3), 3-13.

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A.,. . . Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 30*(3), 381-419.

Coutts, E., & Cooper, K. (2023). Return to work for adults following stroke: a scoping review of interventions, factors, barriers, and facilitators. *JBI Evidence Synthesis, 21*(9), 1794-1837.

Durand, M., Nastasia, I., Coutu, M., & Bernier, M. (2017). Practices of return to work coordinators working in large organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation, 27*(1), 137-147.

Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation, 29*(4), 679-700.

Feuerstein, M., Salazar, M., Grahal, K., Pergola, T., & Connon, C. (2003). Integrated case management for work-related upper-extremity disorders: impact of patient satisfaction on health and work status. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 45*(8), 803-812.

Haugli, L., Maeland, S., & Magnussen, L. (2011). What facilitates return to work? Patients' experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation, 21*(4), 573-581.

Holmlund, L., Hellman, T., Engblom, M., Kwak, L., Sandman, L., Törnkvist, L., & Björk Brämberg, E. (2022). Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation, 44*(13), 3113-3121.

INAMI. (2016). *Reprises partielles du travail avec l'autorisation des médecins-conseils chez les titulaires en incapacité de travail.* Récupéré sur inami.fgov : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_reprise_travail_partiel_salaries_2013_2016.pdf

INAMI. (2022). Le «Trajet Retour Au Travail» sous la coordination du «Coordinateur Retour Au Travail» dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés. *Bulletin d'information 2022/4*, 53-65. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2022_4_directives_IV.pdf

INAMI. (2023). Reprise progressive du travail. *Bulletin d'information 2023/1-2*, 83-84. Récupéré sur inami.fgov.be : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2023_1_2_qrp_V.pdf

INAMI. (2024a). *Statistiques des indemnités*. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2022#invalidite-en-2022

INAMI. (2024b). *Reprise d'un travail pendant une incapacité de travail.* Récupéré sur INAMI : https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion-socio-professionnelle

Islam, T., Dahlui, M., Majid, H., Nahar, A., Mohd Taib, N., & Su, T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health, 14(Suppl 3)*, S8.

Joosen, M., Lugtenberg, M., Arends, I., van Gestel, H., Schaapveld, B., Terluin, B., . . . Brouwers, E. (2022). Barriers and facilitators for return to work from the perspective of workers with common mental disorders with short, medium and long-term sickness absence: a longitudinal qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation, 32*(2), 272-283.

Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2019). Return-to-Work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*(29), 493-502.

Lane, T., Lilley, R., Hogg-Johnson, S., LaMontagne, A., Sim, M., & Smith, P. (2018). A prospective cohort study of the impact of return-to-work coordinators in getting injured workers back on the job. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(2), 298-306.

Loi du 12 décembre 2021 instaurant le «Trajet Retour Au Travail» sous la coordination du «Coordinateur Retour Au Travail» dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés, Moniteur Belge, 17 décembre 2021. Récupéré sur https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2021/12/17_1.pdf#page=10

MacEachen, E., McDonald, E., Neiterman, E., McKnight, E., Malachowski, C., Crouch, M.,. . . Giau, E. (2020). Return to work for mental Ill-health: a scoping review exploring the impact and role of return-to-work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation, 30*(3), 455-465.

Marinas-Sanz, R., Iguacel, I., Maqueda, J., Mínguez, L., Alquézar, P., Andrés, R., . . . Martínez-Jarreta, B. (2023). Facilitating factors and barriers in the return to work of working women survivors of breast cancer: a qualitative study. *Cancers (Basel), 15*(3), 874.

Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., . . . Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(2), 279-288.

Nogawa, K., & Kojimahara, N. (2018). Work accommodation at the time of Return-to-Work for workers on sick leave: a qualitative systematic review with recommendations for Return-to-work Guidance 2017. *Sangyo Eiseigaku Zasshi, 60*(3), 61-68.

Pransky, G., Shaw, W., Loisel, P., Hong, Q., & Désorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation, 20*(1), 41-48.

Shaw, W., Hong, Q., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18*(1), 2-15.

Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité. *MC-Informations, 284*, 4-55.

Vogel, N., Scandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W., Busse, J., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011618.

Wong, J., Kallish, N., Crown, D., Capraro, P., Trierweiler, R., Wafford, Q., . . . Heinemann, A. (2021). Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 31*(3), 474-490.