

# Les différents besoins des personnes en incapacité de travail

## Comment la prévention globale peut être complétée par une approche sur mesure

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse — Service d'études

En remerciant Hélène Henry et Clara Noirhomme

### Résumé

L'étude « Trajets de l'incapacité de travail », que nous avons réalisée en 2019, a permis de mieux comprendre les besoins des personnes avant, pendant et après leur incapacité de travail (Vancorenland, et al., 2021). Les résultats de l'étude ont été discutés pour l'ensemble du groupe des personnes en incapacité de travail. Toutefois, ce groupe est très diversifié, car il englobe des personnes d'âges différents, avec des pathologies différentes, qui effectuaient différents types de travail (intellectuel ou manuel), qui étaient employées dans des entreprises de tailles différentes, avaient des fonctions différentes (fonction dirigeante ou non) et avaient différentes situations familiales. Pour examiner si les besoins de ce groupe diversifié sont différents, des analyses supplémentaires ont été effectuées sur six caractéristiques : la pathologie, l'âge, le type de travail, la taille de l'entreprise, la fonction et la situation familiale.

Les résultats de nos nouvelles analyses montrent que les expériences et les besoins sont effectivement différents selon la caractéristique étudiée. Les principales différences ont été constatées en lien avec la pathologie, l'âge et le type de travail.

- La proportion de répondant-es qui estiment que leur situation de **travail joue un rôle dans leur incapacité** varie en fonction de la pathologie (la plus élevée pour le burn-out et la plus faible pour les blessures) et de la fonction (plus élevée pour ceux qui exercent une fonction dirigeante). Il existe de grandes différences quant aux raisons pour lesquelles le travail joue un rôle dans l'incapacité de travail pour les six caractéristiques.
- Le **besoin d'adaptations** ne diffère que selon la pathologie et est le plus élevé en cas de burn-out. Le type d'adaptation souhaité varie en fonction des six caractéristiques.
- Et **ce qui a aidé** les répondant-es **lors de leur reprise du travail ou ce qui l'a justement rendue plus difficile** différait entre toutes les caractéristiques étudiées.

Les premiers résultats généraux de l'étude « Trajets de l'incapacité » ont permis de comprendre comment l'approche globale de la prévention de l'incapacité devait être façonnée. Les nouvelles analyses présentées dans cet article fournissent des informations supplémentaires sur la manière d'affiner cette prévention de manière plus personnalisée. Les besoins des différents groupes de personnes en incapacité de travail étant différents, il est également nécessaire d'y apporter des réponses concrètes différentes. Une approche globale de la prévention peut donc être complétée par une approche sur mesure, tenant compte des différents besoins en présence.

Mots-clés : Incapacité de travail, besoins, pathologie, âge, travail manuel, travail intellectuel, taille de l'entreprise, fonction dirigeante, situation familiale, prévention

## 1. Introduction

L'étude « Trajets de l'incapacité de travail » a répertorié les besoins des personnes avant, pendant et après une période d'incapacité de travail (Vancorenland, et al., 2021). Les résultats étaient conformes aux recherches montrant que les facteurs de risque d'incapacité de travail ne sont pas seulement la charge physique et mentale, mais aussi le soutien social et la sécurité de l'emploi (Egmont, et al., 2019; Health and Safety Executive, 2021). Cette étude a fourni beaucoup d'informations intéressantes qui ont abouti à un certain nombre de recommandations visant à la prévention. Il s'agit de recommandations autour de la prévention tout au long du processus d'incapacité de travail et ceci pour les différentes parties prenantes. Que pouvons-nous faire pour prévenir l'incapacité de travail ? Que peut-on faire pour traverser la période d'incapacité le mieux possible ? Que pouvons-nous faire pour que la reprise du travail après une incapacité se fasse le plus facilement possible afin d'éviter les rechutes ?

Les résultats de l'étude ont été discutés globalement dans un premier article, pour l'ensemble du groupe des personnes en incapacité de travail (Vancorenland, et al., 2021). Mais le groupe des personnes en incapacité de travail est très diversifié. Ainsi, la raison de l'incapacité peut être différente : due à un burn-out, à une affection psychique ou à une maladie du système ostéoarticulaire. Il existe également des différences en termes d'âge, de type de travail, de fonction, de taille de l'entreprise et de situation familiale.

Comme on pouvait s'y attendre, les besoins de ce groupe très diversifié ne sont pas les mêmes pour tous. Par conséquent, ce deuxième article présente de nouvelles analyses qui reflètent plus en détail les différences de besoins au sein de ce groupe diversifié. De cette manière, une approche globale de la prévention (par le biais de la législation et des politiques de prévention dans les entreprises) peut être complétée par une approche sur mesure (en fonction des différents besoins).

## 2. Hypothèses et caractéristiques testées

L'une des raisons pour lesquelles le groupe des personnes incapacité de travail est si hétérogène découle des différentes **pathologies** à l'origine de l'incapacité de travail. Dans le cadre de l'étude « Trajets de l'incapacité de travail », la majorité des personnes interrogées ont indiqué que l'une des pathologies suivantes en était la cause :

- maladie du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs<sup>1</sup> (par exemple, douleurs dorsales et cervicales, problèmes de dos, rhumatismes, arthrose, etc.) (32% des répondant-es, le nombre de répondant-es (N) étant égal à 1.380),
- affections psychologiques (dépression, troubles anxieux, etc.) (24%, N=1.045),
- burn-out (22%, N=959),
- entorses, blessures ou fractures (18%, N=795).

Les chiffres de l'INAMI montrent que le nombre d'invalides (= personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an) souffrant de dépression ou de burn-out a fortement augmenté entre 2016 et 2022 (de 41,5% et 32,5%, respectivement) (INAMI, 2022), soulignant l'importance de mieux comprendre les besoins spécifiques de ces groupes. Les analyses du premier article ont révélé que la proportion de répondant-es estimant que leur travail était responsable de leur incapacité et les raisons de celle-ci différaient selon les pathologies (Vancorenland, et al., 2021, pp. 18-19). Cette constatation nous a incités à analyser d'autres thèmes en fonction des pathologies.

Le groupe des personnes en incapacité de travail se compose de différents **groupes d'âge**. L'incapacité de travail touche tous les âges : des jeunes travailleurs aux travailleurs âgés (bien que le risque d'incapacité de travail augmente avec l'âge). La répartition par âge des répondant-es à l'enquête était la suivante :

- entre 18 et 34 ans<sup>2</sup> (28% N=1.206),
- entre 35 et 44 ans (23%, N=1.011),
- entre 45 et 54 ans (27%, N=1.191),
- entre 55 et 65 ans (22%, N=943).

Les analyses du premier article ont montré que les raisons pour lesquelles le travail est responsable de l'incapacité de travail diffèrent selon l'âge (Vancorenland, et al., 2021,

1 Pour faciliter la lecture, « maladie du système ostéoarticulaire et des tissus conjonctifs » sera abrégé en « maladie du système ostéoarticulaire » dans la suite de cet article. De la même façon, l'expression « fractures, entorses et blessures » est abrégée en « blessures ».

2 Plus loin dans l'article, le groupe des « 18-34 ans » est appelé « moins de 35 ans » et le groupe des « 55-65 ans » est appelé « plus de 55 ans ».

pp. 17-18). Cela justifie d'aller plus loin et d'examiner si d'autres thèmes sont également influencés par les différences d'âge.

Une autre différence est le **type de travail** que l'on exerçait avant l'incapacité. Certaines personnes effectuaient principalement du travail manuel, d'autres du travail intellectuel et d'autres encore du travail à la fois manuel et intellectuel. Les analyses du premier article ont révélé que les raisons pour lesquelles le travail était responsable de l'incapacité différaient selon le type de travail effectué (Vancorenland, et al., 2021, pp. 19-20). Cela nous a conduits à de nouvelles analyses en fonction du type de travail. Afin d'établir une comparaison entre le travail intellectuel et le travail manuel, seuls les deux groupes de répondant-es suivants ont été retenus pour ces analyses :

- ceux et celles qui effectuaient principalement du travail intellectuel (36%, N=1.439),
- ceux et celles qui effectuaient principalement du travail manuel (50%, N=1.956).

Avant l'incapacité de travail, les répondant-es étaient employé-es dans des **entreprises de différentes tailles**.

La répartition entre les répondant-es est la suivante :

- dans les petites entreprises (< 50 travailleurs-euses) (28%, N=1.111),
- dans les entreprises moyennes (50-500 travailleurs-euses) (35%, N=1.373),
- dans les grandes entreprises (> 500 travailleurs-euses) (30%, N=1.176).

Dans le débat sur les adaptations du travail après une incapacité, il est parfois indiqué qu'il n'est pas toujours facile pour les petites entreprises de procéder à des adaptations du travail. C'est pourquoi des analyses supplémentaires ont été menées autour de la taille de l'entreprise.

Les répondant-es diffèrent également selon qu'ils-elles ont ou non occupé une **fonction dirigeante** avant l'incapacité de travail. La répartition entre les répondant-es est la suivante :

- une fonction dirigeante (16%, N=634),
- pas de fonction dirigeante (81%, N=3.186).

Les analyses du premier article ont montré que la proportion de répondant-es estimant que leur travail est responsable de leur incapacité ainsi que les raisons de cette si-

tuation différaient selon que les répondant-es exerçaient ou non une fonction dirigeante (Vancorenland, et al., 2021, p. 24). Par conséquent, le type de fonction a également été intégré aux analyses supplémentaires.

Enfin, le groupe des personnes en incapacité de travail est diversifié car la **situation familiale** est différente. La répartition des répondant-es selon leur situation familiale est la suivante :

- personne isolée (18%, N=794),
- parent isolé (8,5%, N=371),
- avec partenaire (27%, N=1.189),
- avec partenaire et enfants (37%, N=1.608).

Tomber en incapacité a notamment des conséquences financières, puisque la personne reçoit une indemnité au lieu d'un salaire. Ces conséquences ne sont pas les mêmes si l'on a un-e partenaire ou si l'on est une personne isolée ou même un parent isolé. La situation familiale a été la dernière caractéristique étudiée.

**Des analyses supplémentaires au sein de chacune des caractéristiques précitées ont été menées pour tester la ou les hypothèses suivantes : « selon la pathologie, l'âge, le type de travail, la taille de l'entreprise, la fonction ou la situation familiale, les expériences et les besoins autour de la période d'incapacité varient ».** Les résultats présentés dans la section 4 reflètent les différentes expériences et besoins des répondant-es pour chaque caractéristique.

## 3. Méthodologie

### 3.1. L'échantillon

L'échantillon utilisé pour les analyses supplémentaires dans ce deuxième article est le même que celui de l'étude du premier article (Vancorenland, et al., 2021). Le groupe cible était composé de membres MC âgés de 18 à 65 ans, qui ont perçu une indemnité d'incapacité de travail<sup>3</sup> et qui étaient en incapacité depuis trois ans au maximum. 4.350 personnes ont participé à l'enquête. Les résultats ont été repondérés par sexe, âge et régime linguistique afin de fournir une image représentative de nos membres MC en incapacité (pendant maximum trois ans).

3 Une indemnité d'incapacité de travail pendant au moins un jour au cours de la période comprise entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2019.

La répartition selon les données socio-démographiques est la suivante. Il y a une légère majorité de femmes (53%). La répartition est à peu près égale entre les moins de 35 ans (28%), les 35-44 ans (23%), les 45-54 ans (27%) et les plus de 55 ans (23%). 77% des répondant-es sont néerlandophones et 23% sont francophones. Différents niveaux de formation sont présents : 24% ont un faible niveau de formation (pas de diplôme de l'enseignement secondaire), 39% ont un niveau de formation moyen (diplôme de l'enseignement secondaire) et 36% ont un niveau de formation élevé (diplôme de l'enseignement supérieur). En ce qui concerne la durée de l'incapacité de travail, on observe une bonne répartition<sup>4</sup> : 29% maximum cinq mois, 15% entre six mois et un an et 31% plus d'un an. En ce qui concerne la situation familiale, 18% sont des personnes isolées, 9% sont des parents isolés, 27% ont un-e partenaire et 37% ont un-e partenaire et des enfants.

### 3.2. L'analyse statistique

Tous nos résultats d'analyse sont des proportions. Comme ces dernières sont calculées sur base d'un nombre limité de répondant-es (issu-es de notre échantillon), ces proportions doivent être considérées comme des estimations, affectées d'une certaine imprécision (de fait, nous n'aurons jamais la 'vraie' proportion que l'on obtiendrait si toutes les personnes en incapacité de travail avaient répondu à notre questionnaire en ligne). C'est pourquoi nous calculons un intervalle de confiance à 95%. Plusieurs méthodes existent<sup>5</sup>. Nous appliquons, ici, la méthode de score de Wilson avec correction de continuité pour des intervalles de confiance à 95% (Wilson, 1927 ; Yates, 1934).

L'intervalle de confiance à 95% nous fournit les bornes inférieures et supérieures qui entourent une proportion. L'interprétation de l'intervalle est alors la suivante : il y a 95% de chances que la valeur de la proportion se situe entre la borne inférieure et supérieure. Quand on compare deux proportions, comment peut-on alors affirmer qu'elles sont bien significativement différentes ? Si les intervalles de confiance se recouvrent (partiellement) alors on ne peut pas affirmer que les deux proportions sont différentes. Par contre, si les intervalles de confiance ne se recouvrent pas, alors on peut dire que les proportions sont

bien significativement différentes. Attention, même avec des intervalles de confiance à 95%, on n'atteint pas une certitude complète, car on continue à assumer un risque de 5% de se tromper.

Par exemple, la figure 1 reprend, selon quatre pathologies, les raisons invoquées lorsque le travail est à l'origine de l'incapacité de travail. Regardons la raison intitulée 'charge de travail trop élevée'. Près de 73% de ceux et celles qui souffrent de burn-out invoquent cette raison. Pour ceux et celles qui souffrent d'une affection psychique, cette même proportion est de 62%. Est-ce que la différence est significative ? Oui, car les intervalles de confiance tracés autour de ces proportions ne se recouvrent pas. Par contre, pour les blessures et les maladies ostéoarticulaires les intervalles de confiance se recouvrent partiellement. Ici, on ne peut donc affirmer qu'il y a une différence significative.

Plus loin dans l'article, lorsque l'on parle de différences entre les groupes, il s'agit toujours de différences statistiquement significatives. Si l'on affirme qu'il n'y a pas de différence entre les groupes, alors cela signifie que les différences entre les deux groupes ne sont pas statistiquement significatives.

### 3.3. Limites de l'analyse

Grâce aux analyses décrites ci-dessus, nous sommes en mesure d'identifier les différences significatives entre les groupes. Nous pouvons alors conclure qu'il existe un lien entre une caractéristique donnée et un thème particulier de l'étude. Mais de ces analyses, on ne peut conclure à un lien de causalité.

Les analyses ont été menées séparément pour chaque caractéristique, sans tenir compte d'un éventuel effet d'interaction entre les caractéristiques. Nous n'avons pas contrôlé l'effet que d'autres caractéristiques peuvent avoir sur les analyses effectuées pour une caractéristique particulière. Par conséquent, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que d'autres caractéristiques expliquent ou influencent les relations trouvées au sein d'une caractéristique donnée.

4 Cependant, il n'a pas toujours été possible de calculer la durée de l'incapacité (pour 26%, elle était inconnue ou non calculable). Pour rappel, l'échantillon excluait les personnes qui étaient en incapacité depuis plus de trois ans.

5 Pour une présentation résumée et les formules, voir <https://joseph.lamarange.net/?Intervalle-de-confiance-bilateral#nb14>

## 4. Résultats : besoins spécifiques en fonction des différentes caractéristiques

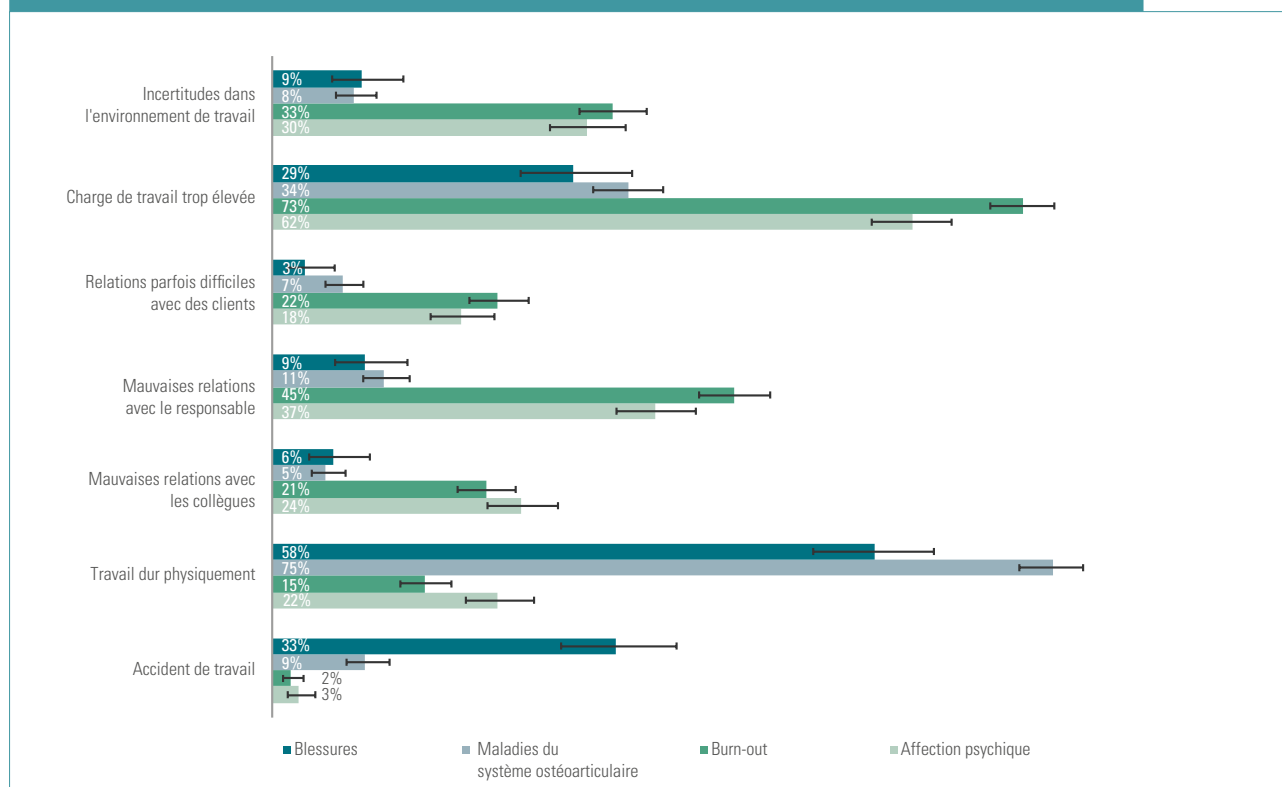
### 4.1. Pathologies

#### 4.1.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

La proportion de répondant-es qui estiment que leur situation de travail est (partiellement) responsable de leur incapacité varie fortement selon la pathologie. Lorsqu'un burn-out survient, la grande majorité des répondant-es (90%) estime que le travail en est responsable. Tant pour les affections psychiques (69%) que pour les maladies du système ostéoarticulaire (64%), la majorité désigne également la situation de travail comme responsable, mais nettement moins que pour le burn-out. Pour une blessure, moins de la moitié (40%) considère encore le travail comme responsable, ce qui est nettement plus faible que pour les trois autres pathologies.

La figure 1 montre que les raisons pour lesquelles le travail est (partiellement) responsable de l'incapacité diffèrent également de manière significative entre les quatre pathologies<sup>6</sup>. La charge de travail élevée a été mentionnée beaucoup plus souvent chez les personnes souffrant d'une affection psychique ou de burn-out que chez les répondant-es souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures. Les incertitudes sur le lieu de travail et les problèmes relationnels (mauvaise relation avec le-la supérieur-e hiérarchique, les collègues et relation difficile avec les client-es) ont également été mentionnés plus souvent comme raisons pour lesquelles le travail était responsable de l'incapacité chez les personnes souffrant d'une affection psychique ou de burn-out. En revanche, le travail physiquement pénible et les accidents de travail sont plus souvent invoqués par les répondant-es souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures. Le lien entre la charge de travail élevée et les problèmes relationnels (mauvaises relations avec les collègues, le-la supérieur-e hiérarchique et relations difficiles avec les client-es), d'une part, et le burn-out, d'autre part, a également été constaté dans les études sur le burn-out (Eurofound, 2018).

Figure 1 : Raisons pour lesquelles le travail est responsable de l'incapacité de travail - par pathologie



6 Toutes les figures présentées dans nos résultats sont basées sur les données de l'enquête de la MC.

#### 4.1.2. La relation et le soutien des collègues et du/de la responsable

Pendant leur incapacité de travail (IT), les répondant-es souffrant d'une affection psychique (25%) ou de burn-out (24%) étaient moins susceptibles de contacter leur responsable que les répondant-es souffrant de maladies du système ostéoarticulaire (31%) ou de blessures (37%). Les personnes souffrant d'une affection psychique (14%) ou de burn-out (17%) étaient également plus susceptibles de dire qu'elles ne voulaient absolument aucun contact avec leurs collègues ou leur responsable (seulement 2 à 3% pour les deux autres pathologies). À l'inverse, les responsables ont des contacts tout aussi fréquents avec la personne en incapacité, quelle que soit la pathologie dont elle souffre.

Les personnes souffrant d'une affection psychique ou de burn-out ont déclaré avoir une moins bonne relation<sup>7</sup> avec leurs collègues et leur supérieur.e avant l'incapaci-

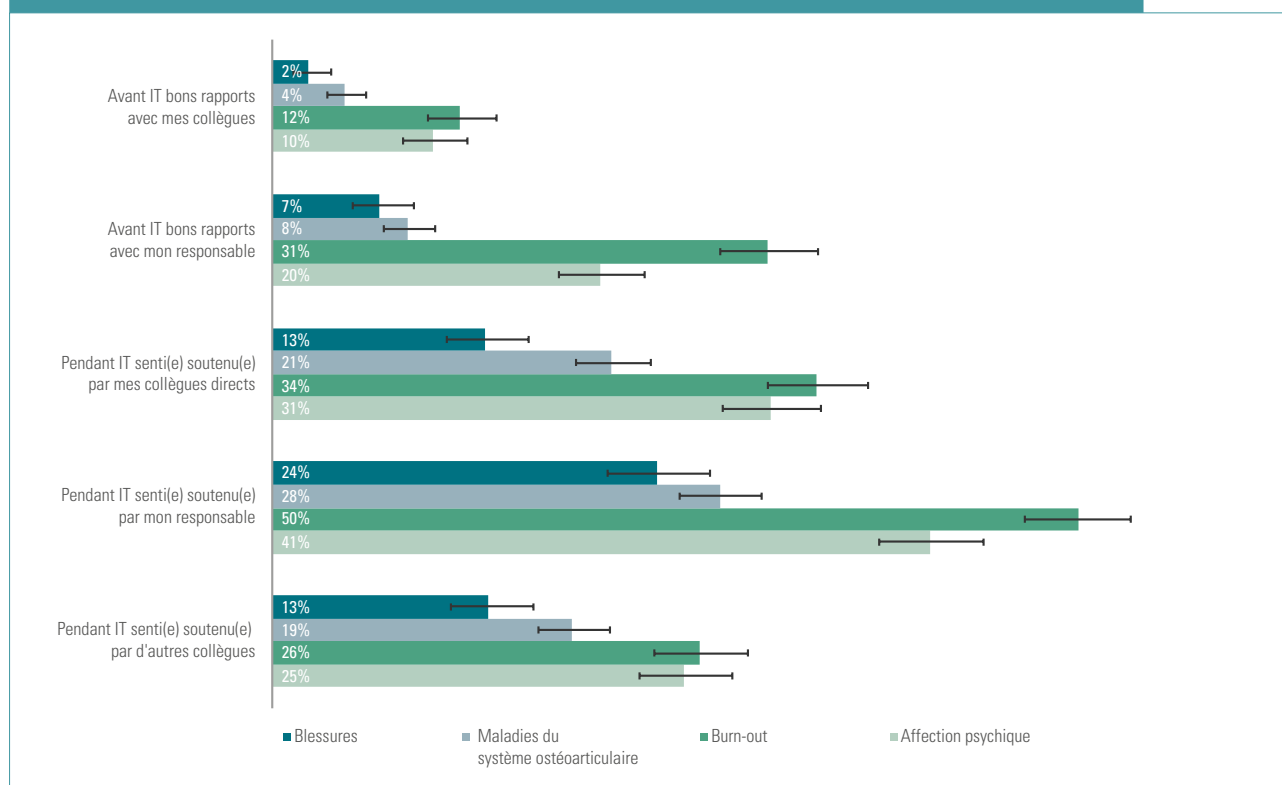
té (par rapport aux répondant-es souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures) (voir Figure 2). Ils-elles se sont également senti-es moins soutenu-es<sup>8</sup> par leurs collègues (collègues direct-es et collègues d'un autre service) et leur responsable pendant l'incapacité (par rapport aux deux autres pathologies). Les résultats montrent également que les personnes souffrant de burn-out obtiennent des résultats encore plus mauvais que celles souffrant d'une affection psychique en ce qui concerne la relation avec le-la supérieur-e hiérarchique et le soutien de ce-cette dernier-e. Ceci alors qu'il n'y a pas de différences significatives entre ces deux pathologies pour la relation avec les collègues et le soutien de ceux-celles-ci.

#### 4.1.3. Reprise du travail

##### Proportion ayant repris le travail

Il a été demandé aux personnes si elles avaient repris le travail ou si elles avaient repris le travail pendant une cer-

Figure 2 : Pourcentage de personnes (plutôt ou tout à fait) en désaccord avec l'affirmation concernant les relations et le soutien au travail - selon la pathologie



7 S'il est mentionné qu'elles avaient une moins bonne relation, cela fait référence au fait qu'un score (tout à fait ou plutôt) en désaccord est plus souvent donné à l'affirmation « Avant mon incapacité, j'avais une bonne relation avec ... ».

8 S'il est mentionné que les personnes se sont senties moins soutenues, cela fait référence au fait que l'on donne plus souvent un score (tout à fait ou plutôt) en désaccord à l'affirmation « Pendant mon incapacité, je me suis senti soutenu par ... ».

taine période. Il s'agit donc de tou-tes les répondant-es qui ont connu une reprise du travail. La proportion de répondant-es qui ont repris le travail était significativement plus élevée chez les personnes souffrant de blessures (68%) par rapport aux trois autres pathologies (58% pour le burn-out, 53% pour les affections psychiques et 48% pour les maladies du système ostéoarticulaire).

La ou les raisons de la reprise du travail diffèrent également selon les pathologies.

- Les personnes avec une blessure donnent plus souvent comme raison le fait de se sentir complètement (ou suffisamment) rétablies par rapport aux trois autres pathologies.
- Les personnes souffrant d'une affection psychique ou de burn-out sont plus susceptibles de mentionner (par rapport aux maladies du système ostéoarticulaire ou aux blessures) le désir de rendre leurs journées utiles, de se rendre à nouveau utiles à la société. Elles mentionnent également plus souvent le fait de se sentir contraintes par la pression sociale.

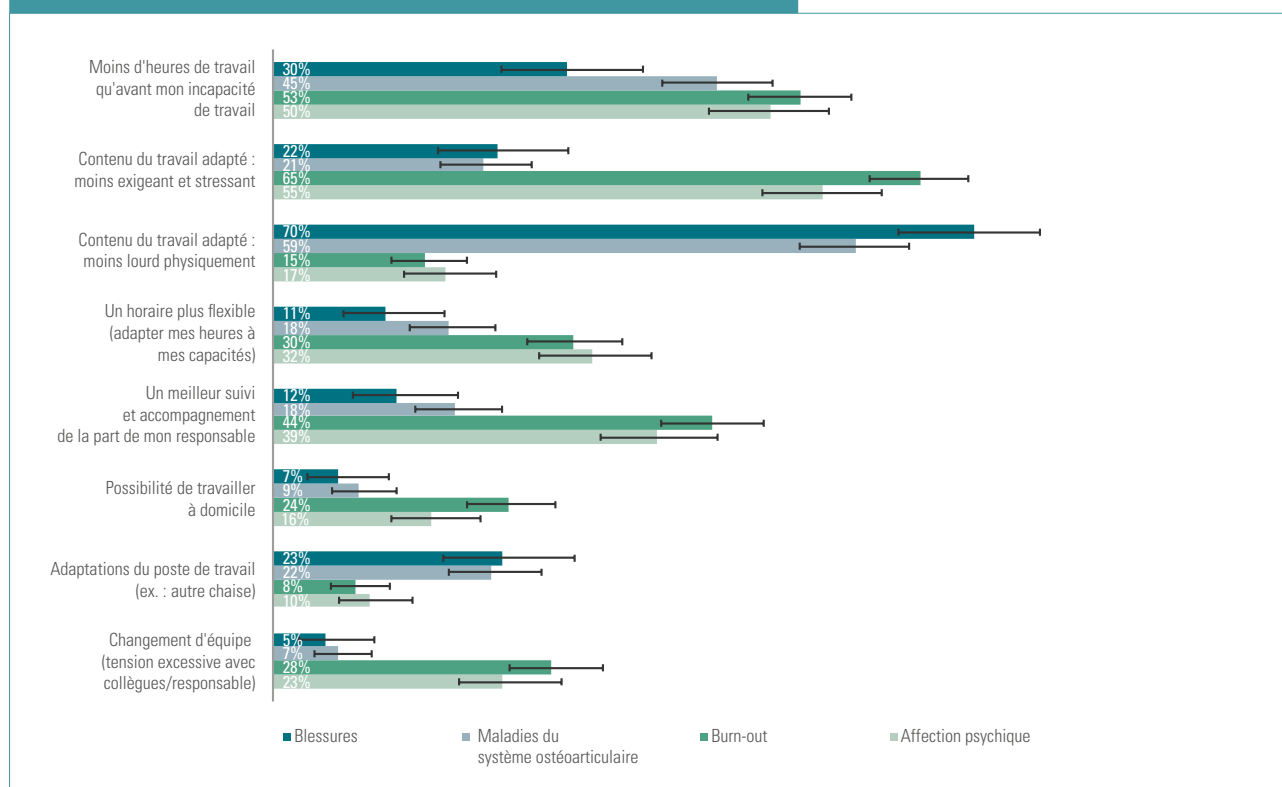
### Besoin d'adaptations

La majorité des personnes souffrant de burn-out ont besoin d'adaptations (69%). Cette proportion est nettement supérieure à celle observée chez personnes atteintes d'une

affection psychique (57%) ou souffrant de maladies du système ostéoarticulaire (54%). Le besoin d'adaptations est le plus faible chez les personnes avec une blessure (34%).

Le type d'adaptation nécessaire varie également en fonction de la pathologie (voir Figure 3). Pour toutes les pathologies, le contenu adapté du travail arrive en tête des adaptations souhaitées. Le type d'adaptation souhaité varie selon les pathologies. Les personnes souffrant de burn-out ou d'une affection psychique souhaitent un travail moins stressant et moins exigeant, tandis que les répondant-es souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures attendent un contenu de travail moins exigeant physiquement. Par ailleurs, parmi toutes les pathologies, le fait de travailler moins d'heures qu'avant l'incapacité de travail arrive en deuxième position. Pour les personnes avec une blessure, cependant, la proportion observée est nettement inférieure aux proportions relatives aux trois autres pathologies. En ce qui concerne les adaptations relationnelles (meilleur encadrement du/de la responsable et changement d'équipe), elles sont significativement plus souvent demandées par les répondant-es souffrant de burn-out ou d'une affection psychique que par ceux et celles souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures. Enfin, les adaptations de poste de travail ont été mentionnées significativement plus souvent par les personnes souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures que par ceux souffrant de burn-out ou d'une affection mentale.

Figure 3 : Les adaptations souhaitées - selon la pathologie





Nous constatons également dans ces résultats que les personnes, après un burn-out ou une affection psychique, ont besoin de multiples adaptations (la variété est plus grande) que les personnes souffrant de maladies du système ostéoarticulaire ou de blessures (où la variété est moindre).

Il n’y a (heureusement) aucune différence entre les pathologies quant au fait d’obtenir les adaptations nécessaires. Là où il y a une différence, c’est au niveau de ce que l’on fait si l’on n’obtient pas les adaptations nécessaires. Les répondant-es souffrant d’une affection psychique (19%) ou de burn-out (21%) changent plus souvent d’employeur parce qu’ils ne reçoivent pas les adaptations demandées, comparativement aux personnes souffrant de blessures (6%). Les répondant-es souffrant de maladies du système ostéoarticulaire (12%) changent moins souvent que les personnes en burn-out, mais il n’y a pas de différence significative avec les répondant-es souffrant d’une affection psychique ou de blessures.

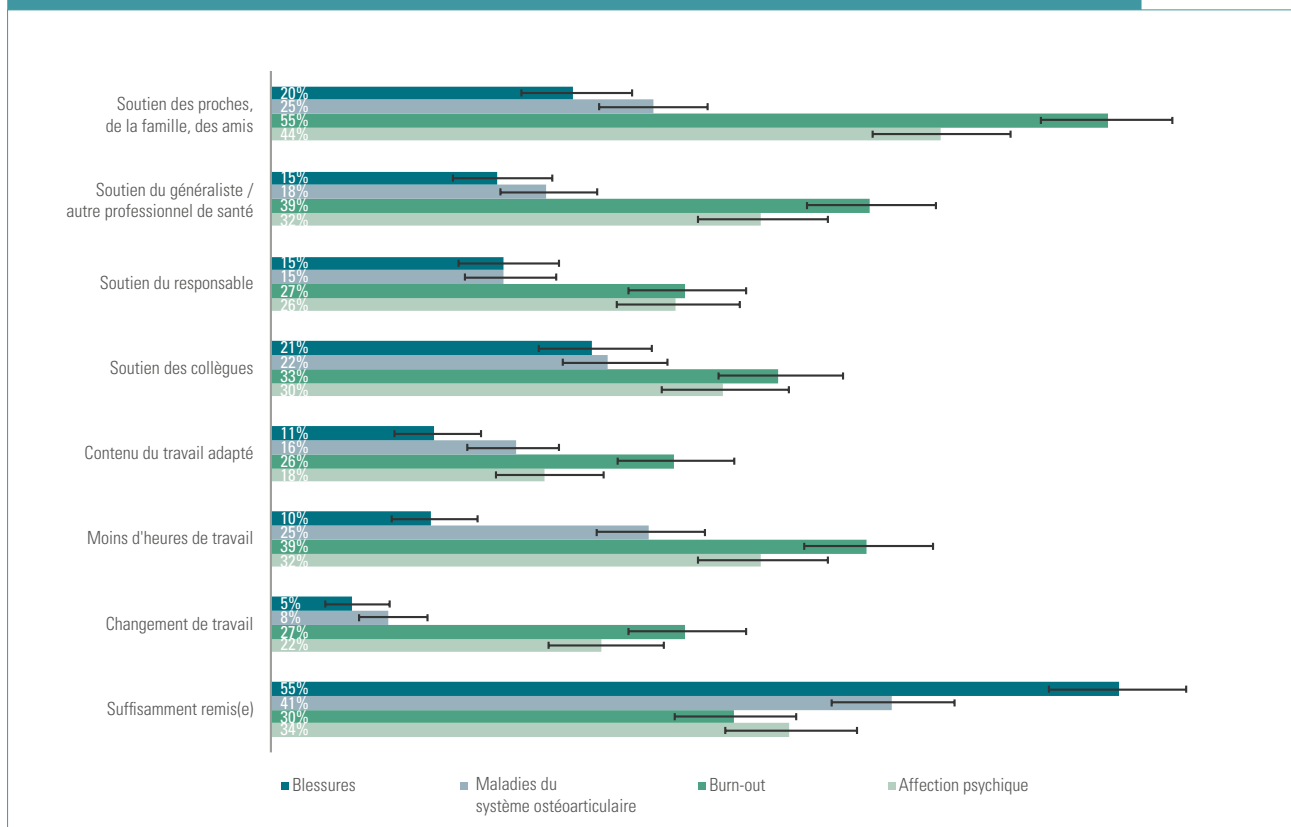
#### Facteurs favorables et défavorables à la reprise du travail

Les personnes qui avaient repris le travail ont été interrogées sur les facteurs qui les avaient aidés ou empêchés de le faire.

La figure 4 montre que les facteurs favorables à la reprise du travail diffèrent selon le type de pathologie. Le fait d’être complètement (ou suffisamment) rétabli est mentionné beaucoup plus souvent chez les personnes souffrant de blessures que parmi les trois autres pathologies. Le soutien des proches a été mentionné significativement plus souvent chez les personnes souffrant de burn-out par rapport à celles souffrant d’une affection psychique, elles-mêmes le mentionnant plus souvent que les personnes souffrant de blessures ou de maladies du système ostéoarticulaire. Les répondant-es souffrant de burn-out ou d’une affection psychique mentionnent significativement plus souvent le soutien d’un-e médecin généraliste ou d’un-e autre prestataire de soins, le soutien du/de la supérieur-e hiérarchique et le changement d’emploi afin de pouvoir recommencer à nouveau. Enfin, les répondant-es souffrant de burn-out mentionnent plus souvent un contenu de travail adapté comme facteur favorable, par rapport aux trois autres pathologies. Et les répondant-es souffrant de blessures mentionnent le moins souvent le fait de travailler moins d’heures par rapport aux trois autres pathologies.

Interrogées sur les facteurs défavorables, les personnes souffrant de blessures indiquent plus souvent (47%) que rien ne rendait leur retour au travail plus difficile (voir Fi-

Figure 4 : Facteurs favorables à la reprise du travail - par pathologie



gure 5). Cette proportion est significativement supérieure à celle relative aux personnes souffrant de maladies du système ostéoarticulaire. Les personnes souffrant d'une affection psychique ou de burn-out déclarent significativement moins souvent que rien n'a rendu leur reprise du travail difficile (par rapport aux deux autres pathologies).

Parmi les participant-es à notre étude pour lesquelles il y avait un (ou plusieurs) facteur(s) défavorable(s), il y avait également des différences entre les pathologies. Les répondant-es ayant souffert d'une blessure indiquent moins souvent qu'ils-elles n'avaient pas suffisamment récupéré / qu'ils-elles avaient recommencé trop tôt par rapport aux trois autres pathologies. Les personnes souffrant de burn-out indiquent plus souvent que le manque de soutien de la part du responsable rendait leur retour au travail plus difficile (par rapport aux trois autres pathologies). Enfin, les personnes souffrant de burn-out ou d'une affection psychique étaient plus souvent gênées par le manque de soutien de leurs collègues que ceux souffrant de blessures ou de maladies du système ostéoarticulaire. Et les répondant-es souffrant d'une blessure étaient moins souvent gêné-es dans leur retour au travail par le fait de devoir travailler un trop grand nombre d'heures par rapport à leurs capacités en comparaison avec les autres pathologies.

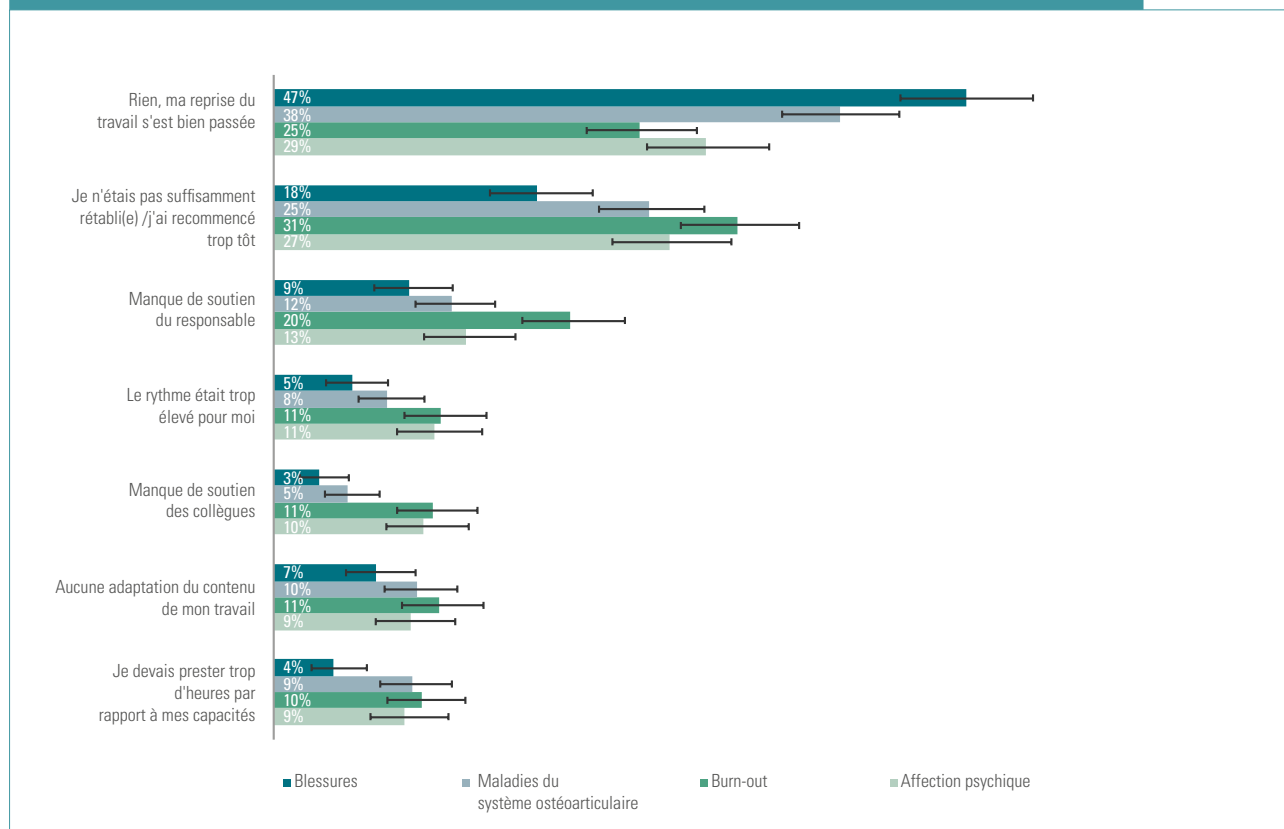
Les résultats que nous trouvons chez nos participant-es souffrant de burn-out correspondent aux résultats d'une étude menée auprès de patient-es en burn-out qui a, entre autres, identifié les facteurs de risque de rechute après la reprise du travail : « Ces rechutes sont, d'après nos résultats, directement liées à l'intensité de la symptomatologie lors du diagnostic, mais aussi aux conditions de reprise du travail. En effet, une reprise avec des symptômes résiduels intenses, voire contre l'avis du médecin, augmente le risque de rechutes. Les caractéristiques de l'environnement professionnel au moment de la reprise jouent également un rôle significatif. Changer d'employeur réduit le risque de rechutes. Il en va de même pour ceux qui retournent chez leur employeur et bénéficient d'un accueil favorable des collègues et de la hiérarchie » (Massart, et al. 2021, p. 88).

## 4.2. Âge

### 4.2.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

La proportion de participant-es qui estiment que leur situation de travail est (partiellement) responsable de leur incapacité est la même pour tous les groupes d'âge. La figure 6 montre que les raisons pour lesquelles le travail

Figure 5 : Facteurs défavorables à la reprise du travail - par pathologie



est considéré comme (partiellement) responsable de l'incapacité sont en corrélation avec l'âge. La pénibilité physique du travail a été mentionnée plus souvent par les répondant-es de plus de 45 ans que par ceux et celles de moins de 45 ans. Plus la personne est jeune, plus les mauvaises relations avec les collègues, le-la responsable ou les client-es sont mentionnées. Les incertitudes dans l'environnement de travail sont également mentionnées plus souvent lorsque le-la répondant-e est jeune.

#### 4.2.2. La relation et le soutien des collègues et du/de la responsable

En ce qui concerne les contacts avec les collègues et le-la responsable hiérarchique pendant l'incapacité, il n'y a pas de différences significatives selon l'âge. Les personnes ont été contactées aussi souvent par leurs collègues que par leur supérieur.e hiérarchique et vice versa, quel que soit leur âge.

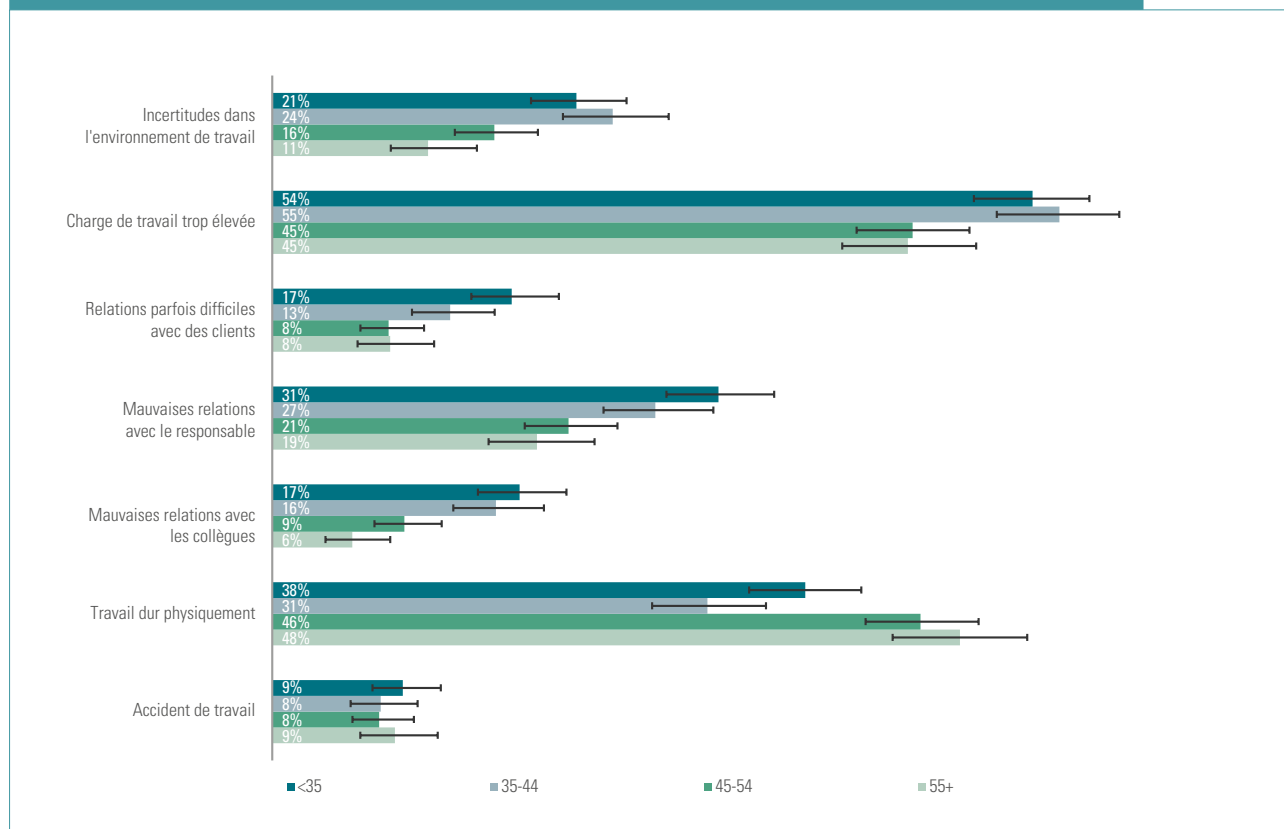
La relation avec les collègues et le-la responsable n'est pas non plus liée à l'âge. L'évaluation des liens avant l'incapacité et le soutien perçu pendant l'incapacité sont les mêmes pour tous les groupes d'âge.

#### 4.2.3 Reprise du travail

##### Proportion ayant repris le travail

La proportion de personnes ayant repris le travail est d'autant plus élevée qu'elles sont jeunes (de 63% chez les moins de 35 ans à 53% chez les plus de 55 ans). La principale raison de la reprise du travail est la même pour tous les âges : être complètement rétabli. Les jeunes travailleurs et travailleuses, en revanche, sont plus susceptibles de vouloir reprendre le travail pour être utiles. Tant pour eux.elles-mêmes en occupant utilement leurs journées (39% des moins de 35 ans contre 24% des plus de 55 ans) que pour se rendre utiles à la société (26% des moins de 35 ans contre 14% des plus de 55 ans). Ils-elles ont aussi plus souvent besoin de contacts sociaux (29% chez les moins de 35 ans contre 21% chez les plus de 55 ans). Pour ces trois raisons, une ligne de rupture se situe à 45 ans : les différences sont significativement différentes pour les groupes d'âge inférieurs à 45 ans par rapport à ceux supérieurs à 45 ans. Mais les jeunes reprennent aussi plus souvent le travail en raison de la pression sociale (9% chez les moins de 35 ans contre 2% chez les plus de 55 ans) ou parce que la situation financière liée aux indemnités d'incapacité de travail est devenue trop difficile (30% chez les moins de 35 ans contre 16% chez les plus de 55 ans). Pour

Figure 6 : Raisons pour lesquelles le travail est responsable de l'incapacité de travail - par âge



ces deux raisons, les pourcentages diminuent progressivement à mesure que l'âge augmente.

### Besoin d'adaptations

Les 35-44 ans (52%) et les 45-54 ans (54%) ont davantage besoin d'adaptations lorsqu'ils-elles reprennent le travail après une période d'incapacité que les 55 ans et plus (43%). Il n'y a pas de corrélation avec l'âge pour ce qui est d'obtenir ou non des adaptations. Toutefois, là où il y a une corrélation avec l'âge, c'est dans ce que font les gens lorsqu'ils ne reçoivent pas d'adaptations. Les personnes âgées de moins de 45 ans changent plus souvent d'employeur dans ce cas. C'était le cas de 17% des moins de 35 ans et de 20% des 35-44 ans, contre 8% des 45-54 ans et 6% des plus de 55 ans.

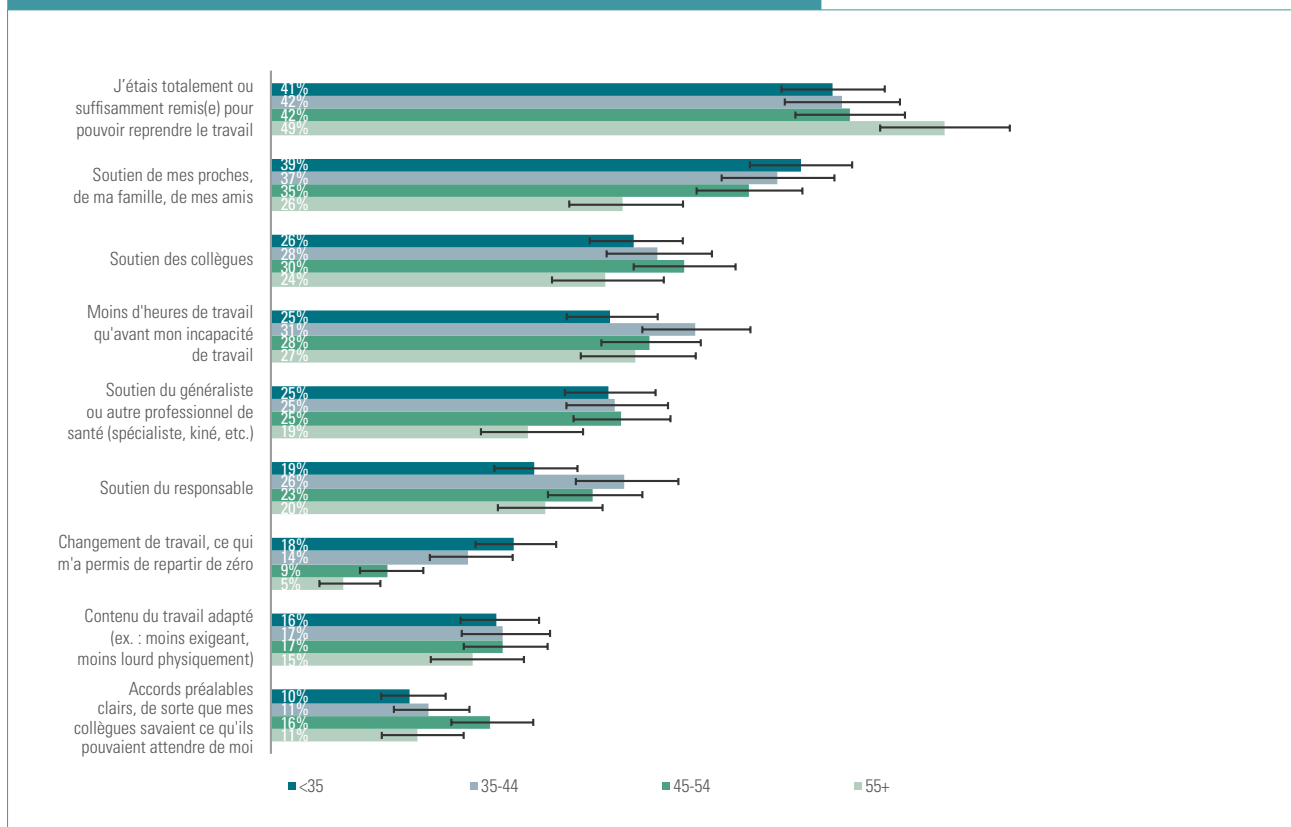
Quelles adaptations les gens souhaitent-ils lorsqu'ils reprennent le travail après une période d'incapacité ? Il n'y a que deux adaptations souhaitées où il y a une corrélation avec l'âge et elles se situent dans la sphère relationnelle. Plus on est jeune, plus on souhaite changer d'équipe (en raison de trop de tensions avec les collègues et le-la supérieur-e hiérarchique) (18% chez les moins de 35 ans contre 6% chez les plus de 55 ans) et plus on souhaite un meilleur accompagnement et suivi de la part du-de la responsable (31% chez les moins de 35 ans contre 12% chez les plus de 55 ans).

### Facteurs favorables et défavorables à la reprise du travail

Les répondant-es qui ont repris le travail ont été interrogé-es sur les facteurs qui les avaient aidé-es ou empêché-es de le faire. Il y a deux facteurs d'aide pour lesquels il existe une corrélation avec l'âge (voir Figure 7). « Changer de travail pour repartir de zéro » est mentionné plus souvent par les personnes de moins de 45 ans que par celles de plus de 45 ans. Le soutien des proches, des amis et de la famille est moins souvent mentionné comme un facteur favorable chez les plus de 55 ans que chez les plus jeunes.

Plus les personnes interrogées sont âgées, plus souvent elles répondent que rien ne complique la reprise du travail (de 31% chez les moins de 35 ans à 50% chez les plus de 55 ans). En ce qui concerne les facteurs qui ont compliqué la reprise du travail, il n'y en a qu'un seul où il existe une corrélation avec l'âge : travailler trop d'heures par rapport à ce que l'on peut encore supporter. Chez les moins de 35 ans, 10% indiquent que c'est un obstacle et ce chiffre tombe à 5% chez les plus de 55 ans. Il est important de préciser ici que les personnes de plus de 55 ans travaillaient déjà moins souvent à temps plein et davantage à mi-temps et à temps partiel avant leur incapacité de travail par rapport à leurs collègues plus jeunes.

Figure 7 : Facteurs favorables à la reprise du travail - par âge



### 4.3. Type de travail : manuel versus intellectuel

#### 4.3.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

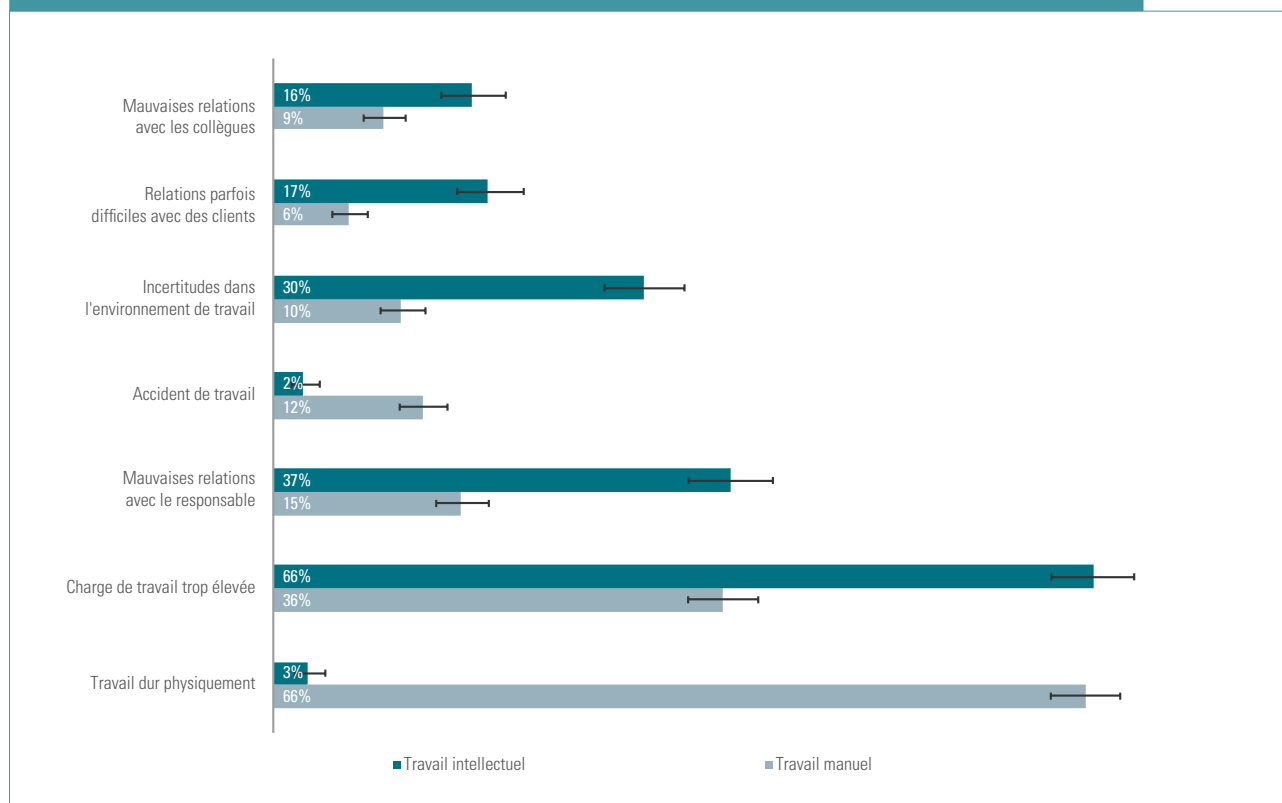
La proportion de participant-es qui estiment que leur situation de travail est (partiellement) responsable de leur incapacité ne varie pas significativement selon qu'il s'agit du travail manuel (59%) ou intellectuel (56%). Cependant, les raisons pour lesquelles la situation de travail est (en partie) la cause de l'incapacité varie sensiblement selon le type de travail (voir Figure 8). Le travail physiquement pénible et les accidents de travail ont été mentionnés plus souvent par les répondant-es qui effectuaient un travail manuel. La charge de travail excessive est une raison importante pour les deux types de travail, mais elle est mentionnée beaucoup plus souvent par les personnes ayant un travail intellectuel. Les facteurs relationnels (la relation avec le-la responsable, les collègues et les client-es) et les incertitudes dans l'environnement de travail ont également été mentionnés plus souvent par les participant-es ayant un travail intellectuel.

#### 4.3.2. La relation et le soutien des collègues et du-de la responsable

Pendant l'incapacité, les personnes qui effectuaient un travail intellectuel avaient plus de contacts avec leurs collègues que celles qui effectuaient un travail manuel. Cela inclut à la fois les collègues qui ont contacté la personne plus souvent (63% contre 47%) et les personnes elles-mêmes qui ont contacté leurs collègues plus souvent (29% contre 20%). Les personnes qui effectuaient un travail intellectuel ont indiqué plus souvent que leur supérieur-e hiérarchique les avait contactées pendant l'incapacité (42%) par rapport aux répondant-es effectuant un travail manuel (26%). Mais l'inverse n'est pas vrai : ceux qui exercent un travail intellectuel ont contacté leur supérieur hiérarchique aussi souvent que ceux qui ont un travail manuel.

Les personnes effectuant un travail intellectuel ont évalué plus positivement leurs relations avec leurs collègues<sup>9</sup> (80%) que celles effectuant un travail manuel (68%). En ce qui concerne la relation avec le-la responsable hiérarchique avant l'incapacité de travail, elle a été évaluée

Figure 8 : Raisons pour lesquelles le travail est responsable de l'incapacité de travail - par type de travail



9 S'il est indiqué que le lien est évalué plus positivement, cela fait référence au fait qu'un score (tout à fait ou plutôt) d'accord est donné plus souvent à l'affirmation « Avant mon incapacité, j'avais un bon lien avec ... ».

plus négativement<sup>10</sup> par ceux et celles qui effectuaient un travail intellectuel (20%) par rapport aux répondant-es qui effectuaient un travail manuel (10%).

Les répondant-es qui effectuaient un travail intellectuel ont ressenti un meilleur soutien de la part de leurs collègues (à l'intérieur et à l'extérieur de leur service) et du/de la responsable pendant leur incapacité que les répondant-es qui effectuaient un travail manuel. Ainsi, même si les personnes effectuant un travail intellectuel ont indiqué qu'elles avaient une moins bonne relation avec leur responsable avant l'incapacité, pendant l'incapacité elles se sont senties davantage soutenues par ce responsable (43%) que les répondant-es effectuant un travail manuel (38%).

### 4.3.3. Reprise du travail

#### Proportion ayant repris le travail

Les personnes exerçant un travail intellectuel ont significativement plus souvent repris le travail (67%) que les personnes exerçant un travail manuel (55%). Il existe également des différences entre les deux groupes en ce

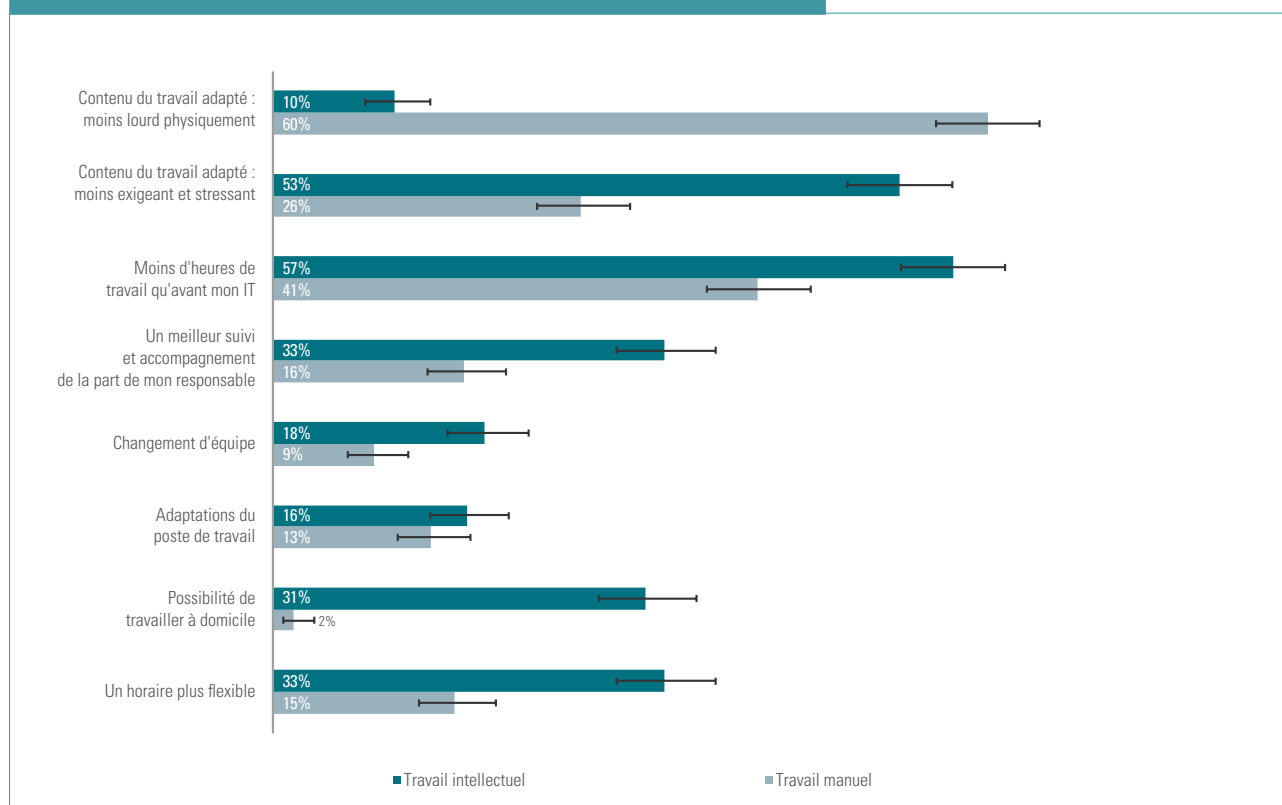
qui concerne les raisons de la reprise du travail. Les personnes ayant un travail intellectuel reprennent significativement plus souvent le travail pour les raisons suivantes : besoin de contacts sociaux (28% pour le travail intellectuel contre 21% pour le travail manuel), rendre ses journées utiles à nouveau (37% contre 26%), se rendre utile à nouveau pour la société (23% contre 16%) et à cause de la pression sociale (8% contre 3%).

#### Besoin d'adaptations

Le besoin d'adaptations n'est pas significativement différent pour les personnes ayant un travail intellectuel (53%) et celles ayant un travail manuel (47%). Et la proportion de personnes ayant bénéficié d'adaptations ne diffère pas non plus significativement entre le travail intellectuel et le travail manuel.

Le type d'adaptation dont on a besoin diffère selon le type de travail effectué (voir Figure 9). Quel que soit le type de travail exercé, dans les deux cas, la personne a besoin de travailler moins d'heures et d'avoir un contenu de travail adapté. La manière exacte d'adapter ce contenu diffère

Figure 9 : Les adaptations souhaitées - par type de travail



10 S'il est indiqué que le lien est évalué plus négativement, cela fait référence au fait qu'un score (tout à fait ou plutôt) pas d'accord est donné plus souvent à l'affirmation « Avant mon incapacité, j'avais un bon lien avec ... ».

selon le type de travail exercé. Pour les personnes effectuant un travail intellectuel, le contenu du travail doit être moins exigeant et moins stressant. Si l'on effectue un travail manuel, le contenu du travail doit être moins lourd physiquement. Les répondant-es qui effectuaient auparavant un travail intellectuel ont évoqué significativement plus souvent la nécessité d'un meilleur accompagnement et suivi par les responsables hiérarchiques, la possibilité de travailler à domicile et d'avoir des horaires plus flexibles.

### Facteurs favorables et défavorables à la reprise du travail

Les répondant-es qui ont repris le travail ont été interrogé-es sur les facteurs qui les avaient aidé-es ou empêché-es de le faire. Les facteurs qui ont favorisé la reprise du travail diffèrent selon que les répondant-es exerçaient auparavant un travail intellectuel ou manuel (voir Figure 10). Les facteurs favorables liés au soutien social ont été mentionnés plus souvent par les répondant-es qui effectuaient un travail intellectuel par rapport au travail manuel.

Il s'agit notamment du soutien des proches, d'un-e médecin généraliste ou d'un-e autre prestataire de soins, du soutien des collègues et du soutien du-de la responsable. Les répondant-es ayant un travail intellectuel ont également plus souvent mentionné les facteurs favorables suivants : travailler moins d'heures qu'auparavant, des accords clairs à l'avance afin que les collègues sachent à quoi s'attendre et un changement de travail permettant de tout recommencer de zéro.

Significativement plus de répondant-es effectuant un travail manuel ont déclaré que rien n'avait limité leur reprise du travail par rapport aux personnes effectuant un travail intellectuel (voir Figure 11). Les répondant-es ayant un travail intellectuel indiquaient significativement plus souvent que les facteurs suivants ont compliqué leur reprise du travail : rétablissement insuffisant/reprise trop rapide, pas de possibilité de travailler à domicile, manque de soutien du-de la responsable et manque de soutien des collègues.

Figure 10 : Facteurs favorables à la reprise du travail - par type de travail

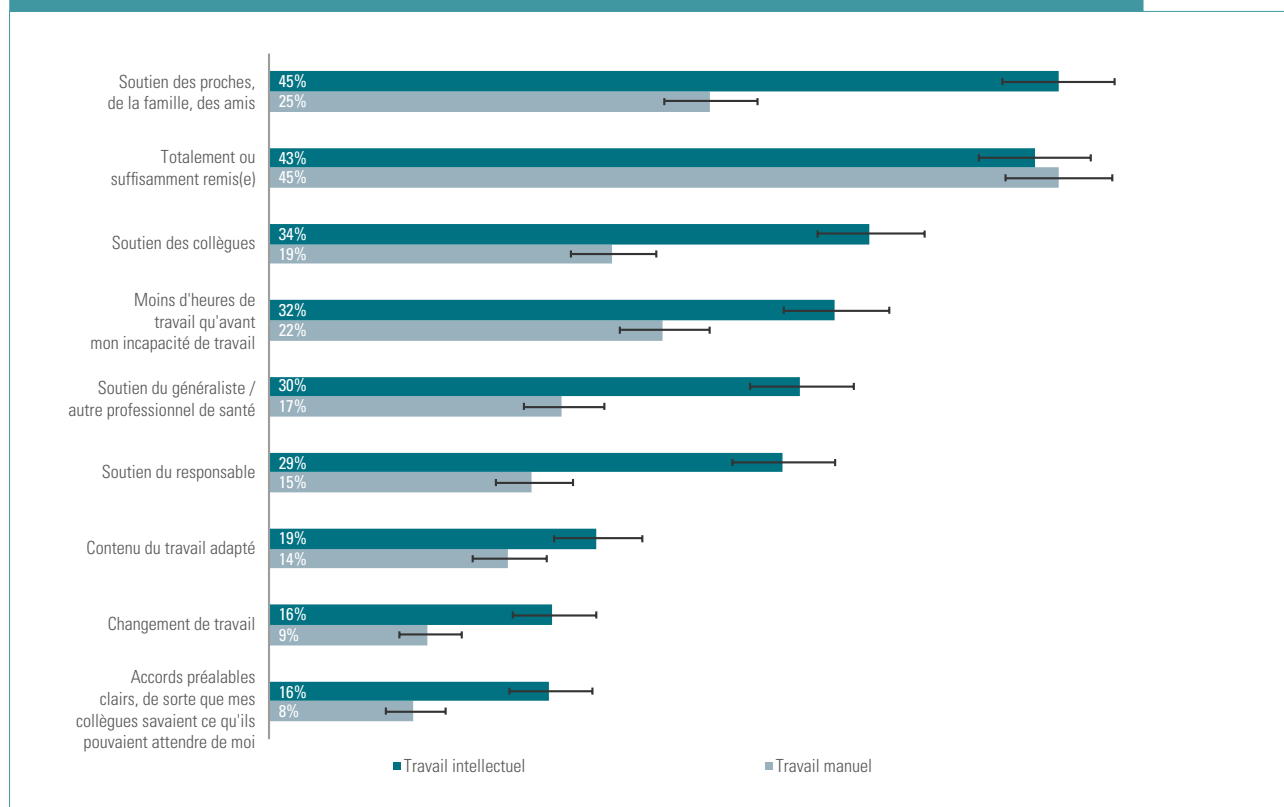
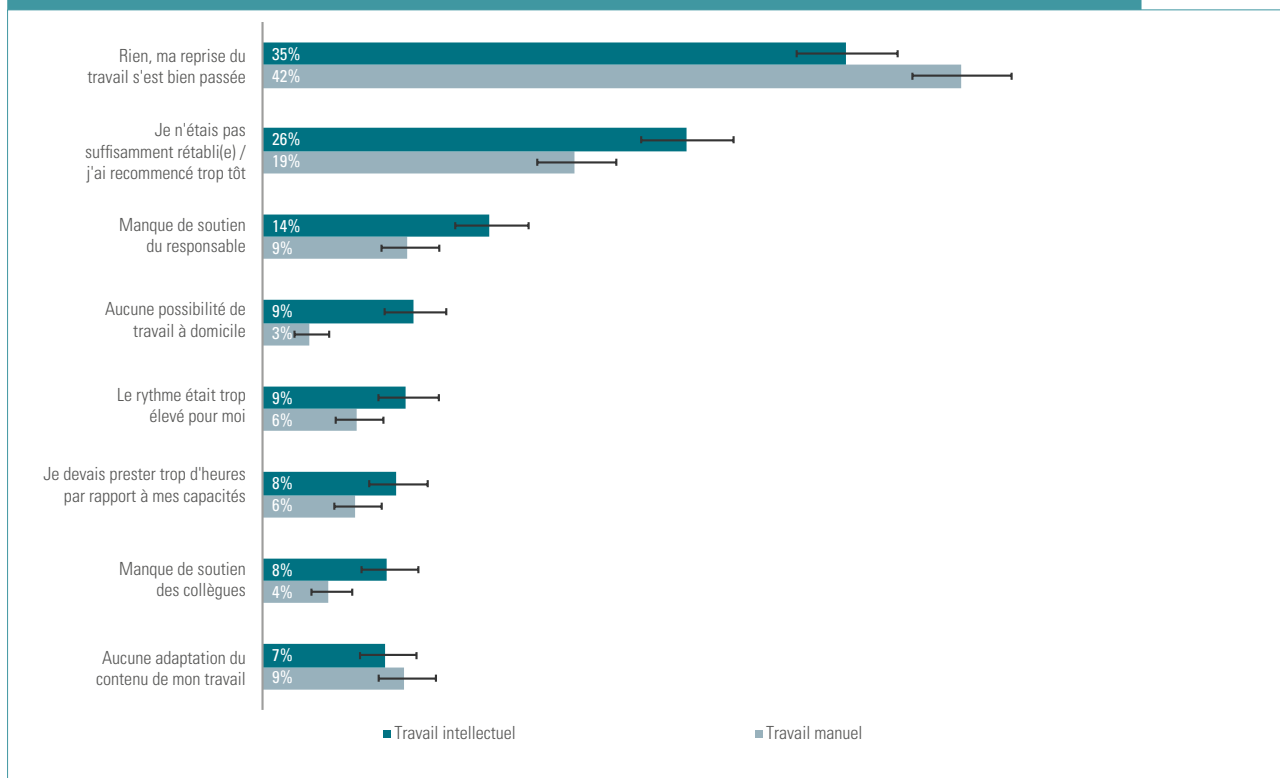


Figure 11 : Facteurs défavorables à la reprise du travail - par type de travail



#### 4.4. Taille de l'entreprise

Pour rappel, les petites entreprises ont moins de 50 travailleurs.euses, les moyennes entreprises ont entre 50 et 500 travailleurs.euses et les grandes entreprises ont plus de 500 travailleurs.euses.

##### 4.4.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

La proportion de participant-es qui estiment que leur situation de travail est responsable de leur incapacité ne diffère pas selon la taille de l'entreprise. En ce qui concerne les raisons pour lesquelles le travail est responsable de l'incapacité, il existe toutefois des différences significatives en fonction de la taille de l'entreprise. La charge de travail excessive est mentionnée plus souvent dans les moyennes (52%) ou grandes entreprises (54%) que dans les petites entreprises (43%). Un travail physiquement exigeant est plus souvent mentionné par les répondant-es travaillant dans les petites (44%) ou moyennes entreprises (43%) par rapport aux répondant-es des grandes entreprises (33%).

##### 4.4.2. La relation et le soutien des collègues et du/de la responsable

Dans les grandes entreprises (40%), le-la responsable a contacté le-la répondant-e plus souvent pendant sa période

d'incapacité par rapport aux répondant-es des moyennes (32,5%) ou petites entreprises (3%). Dans les grandes entreprises, les collègues (58%) contactent également plus souvent le-la répondant-e, mais cette différence n'est significative que par rapport aux petites entreprises (52,5%). En revanche, la proportion de personnes ayant eu (uniquement) des contacts avec le service du personnel est plus élevée parmi les répondant-es des moyennes (25%) ou des grandes entreprises (25%) par rapport aux répondant-es des petites entreprises (16%).

Les liens avec les collègues avant l'incapacité ont davantage été positivement évalués par les répondant-es des grandes entreprises (80%) que par les répondant-es des petites entreprises (74%). L'évaluation du lien avec le-la responsable ne diffère pas selon la taille de l'entreprise.

La mesure avec laquelle les personnes se sentent soutenues pendant l'incapacité de travail par les collègues immédiats (au sein du service) et le-la responsable ne diffère pas selon la taille de l'entreprise. Les personnes se sentent davantage soutenues par d'autres collègues (collègues en dehors du service) dans les moyennes (44%) ou grandes entreprises (42%) que dans les petites entreprises (36%).



#### 4.4.3. Reprise du travail

---

##### **Proportion ayant repris le travail**

Les personnes travaillant dans une petite entreprise (58%) ont moins souvent repris le travail par rapport aux travailleurs et travailleuses d'une grande entreprise (65%). Les raisons pour lesquelles elles ont repris le travail ne diffèrent pas selon la taille de l'entreprise.

##### **Besoin d'adaptations**

Le besoin d'adaptations après l'incapacité de travail et l'obtention de ces adaptations souhaitées ne diffèrent pas selon la taille de l'entreprise. Même le type d'adaptation nécessaire ne diffère guère selon la taille de l'entreprise. Une seule adaptation présente une différence significative : la possibilité de travailler à domicile est plus souvent mentionnée par les répondant.es travaillant dans de grandes entreprises (21%) que par ceux et celles travaillant dans de moyennes entreprises (12%).

##### **Facteurs favorables et défavorables à la reprise du travail**

En ce qui concerne les facteurs favorisant la reprise du travail, il existe quelques différences selon la taille de l'entreprise. Certains facteurs favorables liés au soutien social sont mentionnés plus souvent par les répondant.es des grandes entreprises que par ceux et celles des petites entreprises. Il s'agit notamment du soutien des proches, de la famille, des amis (39% dans les grandes entreprises contre 31% dans les petites), du soutien d'un.e médecin généraliste ou d'un.e autre prestataire de soins (27% contre 19%) et du soutien d'un.e médecin du travail (12% contre 3%). Enfin, le facteur « Des accords clairs à l'avance pour que mes collègues sachent ce qu'ils peuvent attendre de moi » est mentionné plus souvent par les répondant.es actif.ves dans une grande entreprise (15,5%) que par ceux et celles travaillant dans une entreprise de taille moyenne (10%).

Il n'y a pas de différence selon la taille de l'entreprise pour les facteurs qui ont compliqué le retour au travail.

## 4.5. Fonction : fonction dirigeante ou non

### 4.5.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

---

La proportion de participant.es à notre étude qui estiment que leur situation de travail est responsable de leur incapacité varie selon la fonction exercée : les répondant.es ayant une fonction dirigeante ont indiqué plus souvent (63%) que le travail était responsable de leur incapacité par rapport à ceux et celles qui n'exercent pas une telle fonction

(56%). Les raisons pour lesquelles le travail est responsable de l'incapacité diffèrent également de manière significative entre les deux groupes de répondant.es. Ceux et celles qui exercent une fonction dirigeante (44%) mentionnent plus souvent un travail physiquement pénible comme raison de l'incapacité que les répondant.es qui n'en exercent pas (26%). Ces dernier.es mentionnent plus souvent les raisons suivantes : mauvaise relation avec le/la supérieur.e hiérarchique (31% contre 24%), charge de travail trop importante (61% contre 48%) et incertitudes sur le lieu de travail (24% contre 17%).

### 4.5.2. La relation et le soutien des collègues et du/de la responsable

---

Les répondant.es ayant une fonction dirigeante (60%) indiquent plus souvent que leurs collègues les ont contactés durant leur incapacité par rapport aux répondant.es n'ayant pas de fonction dirigeante (53%). Ceux et celles qui exercent une fonction dirigeante ont aussi signalé plus souvent (10%) qu'ils-elles ne voulaient pas de contact avec leurs collègues ou leurs responsables par rapport à aux répondant.es qui n'exercent pas une telle fonction (6%).

Les répondant.es exerçant une fonction dirigeante ont évalué leur relation avec leurs collègues de façon plus positive (79%) que ceux et celles n'en exerçant pas (71%). Ceux et celles qui ont une fonction dirigeante (18%) ont évalué plus négativement la relation avec leur supérieur.e hiérarchique avant l'incapacité de travail par rapport aux autres répondant.es n'ayant pas une telle fonction (13%).

La mesure avec laquelle les personnes se sont senties soutenues pendant l'incapacité de travail par leurs collègues directs du service et par leur supérieur ne diffère pas entre les deux groupes. Mais en ce qui concerne le soutien des collègues en dehors du service, il existe une différence : les répondant.es qui exercent une fonction de direction (48%) se sentent mieux soutenu.es par d'autres collègues (en dehors du service) que les répondant.es qui n'en exercent pas (38%).

### 4.5.3. Reprise du travail

---

##### **Proportion ayant repris le travail**

La proportion de personnes qui ont repris le travail et les raisons de cette reprise ne diffèrent pas entre les deux groupes de répondant.es.

##### **Besoin d'adaptations**

Le besoin d'adaptations ne diffère pas de manière significative entre les deux groupes de répondant.es, pas plus que

le fait d'obtenir ou non les adaptations souhaitées. Ce qui diffère, c'est ce que l'on fait si l'on n'obtient pas les adaptations souhaitées. Les personnes ayant une fonction dirigeante (20%) changeront plus souvent d'employeur dans ce cas que les autres (11%). Le type d'adaptation souhaitée varie également. Les répondant-es exerçant une fonction dirigeante ont davantage besoin d'horaires plus flexibles (49% contre 38%), de la possibilité de travailler à domicile (23% contre 14%) et d'un contenu de travail moins exigeant et moins stressant (49% contre 38%). Les répondant-es n'ayant pas de fonction dirigeante ont davantage besoin d'un contenu de travail moins pénible physiquement (40% contre 22%).

#### **Facteurs favorables et défavorables à la reprise du travail**

En ce qui concerne les facteurs favorables, seuls deux facteurs présentent une différence entre les deux groupes de répondant-es. Les répondant-es ayant une fonction dirigeante ont été plus souvent aidé-es par un changement de travail permettant de tout recommencer à zéro (17% contre 11%) et par la possibilité de travailler à domicile (11% contre 5%).

Pour les facteurs qui compliquent la reprise du travail, il n'y a pas de différence entre les deux groupes.

## **4.6. Situation familiale**

### 4.6.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

La proportion de répondant-es qui estiment que leur situation de travail est responsable de leur incapacité ne diffère pas selon la situation familiale. Les raisons pour lesquelles le travail en est responsable diffèrent toutefois selon la composition du ménage. Les personnes isolées évoquent plus souvent les mauvaises relations avec les collègues (18%) et les client-es (19%) par rapport aux personnes vivant avec un-e partenaire (tous deux 10%) ou aux répondant-es vivant avec un-e partenaire et des enfants (11% et 9% respectivement). Les répondant-es avec un-e partenaire ont mentionné plus souvent un travail physiquement pénible (46%) comme raison par rapport aux personnes isolées, aux parents isolés (34% chacun) ou aux répondant-es avec partenaire et enfants (39%).

### 4.6.2. La relation et le soutien des collègues et du/de la responsable

Les collègues ont contacté plus souvent les participant-es vivant avec un-e partenaire (56%) ou les répondant-es

avec un-e partenaire et un enfant (55%) par rapport aux personnes isolées (48%). Les parents isolés (50%) se situent entre les deux sans être significativement différents des autres groupes. Les personnes isolées (8%) ont indiqué plus souvent qu'elles ne voulaient absolument aucun contact avec leurs collègues ou leur responsable que les répondant-es vivant avec partenaire (4%).

La relation avec les collègues a été mieux évaluée par les répondant-es vivant avec un-e partenaire (75%) ou les répondant-es avec partenaire et enfants (74%) que par les personnes isolées (67%) ou les parents isolés (66%). La relation avec le-la supérieur-e hiérarchique avant l'incapacité de travail ne diffère pas selon la situation familiale.

Les répondant-es avec un-e partenaire (52%) ou avec un-e partenaire et des enfants (50%) se sentent également mieux soutenu-es par leurs collègues direct-es pendant leur incapacité que les personnes isolées (44%) ou les parents isolés (37,5%). Pour le soutien par les responsables et les autres collègues, il n'y a pas de différence selon la situation familiale. La seule exception est que les répondant-es vivant avec un-e partenaire (43%) se sentent mieux soutenu-es par leur responsable que les parents isolés avec enfants (33%).

### 4.6.3. Reprise du travail

#### **Personnes ayant repris le travail**

Il n'y a pas de différence dans la reprise du travail selon la situation familiale. Ce qui fait la différence, c'est la raison pour laquelle les gens ont voulu reprendre le travail. Les parents isolés (38%) ont indiqué plus souvent que leur situation financière était devenue trop difficile avec une indemnité d'incapacité de travail par rapport aux personnes isolées (25%), aux répondant-es vivant avec un-e partenaire (21%) ou aux répondant-es vivant avec un-e partenaire et des enfants (24%). Les parents isolés (39%) ont donné moins souvent comme raison le fait d'être complètement (ou suffisamment) rétabli par rapport aux répondant-es vivant avec un-e partenaire (52%). Et les parents isolés (24%) ont aussi moins souvent donné comme raison le fait d'occuper à nouveau leurs journées de manière utile par rapport aux personnes isolées (36%).

#### **Besoin d'adaptations**

Le besoin d'adaptations et l'obtention ou non de ces adaptations souhaitées ne diffèrent pas selon la situation familiale. Il n'y a qu'une seule adaptation souhaitée avec une différence significative selon la situation familiale. Les parents isolés (24%) souhaitent plus souvent avoir la possibili-

té de travailler à domicile que les répondant-es vivant avec un-e partenaire (11%).

### Facteurs favorables et défavorables à la reprise du travail

Les facteurs favorables ne diffèrent guère selon la situation familiale. Seul le soutien des proches, de la famille, des amis est mentionné plus souvent par les répondant-es ayant un-e partenaire et des enfants (39%) que par les personnes isolées (30%).

Il n'y a guère de différence non plus selon la situation familiale pour les facteurs qui ont compliqué le retour au travail. Les répondant-es ayant un-e partenaire et des enfants (40%) indiquaient plus souvent que rien n'a compliqué leur retour au travail par rapport aux parents isolés (30%).

## 5. Résumé des principaux résultats

### 5.1. Travail responsable de l'incapacité de travail

La **proportion de participant-es qui estiment que le travail est responsable de leur incapacité de travail** diffère essentiellement en fonction de la pathologie. Elle est la plus élevée pour le burn-out, suivie des affections psychiques et des maladies du système ostéoarticulaire, et la plus faible pour les blessures. Une différence a également été observée selon la fonction : les répondant-es ayant une fonction dirigeante ont indiqué plus souvent qu'ils-elles considéraient le travail comme responsable de leur incapacité que les répondant-es n'ayant pas une telle fonction.

Les **raisons pour lesquelles le travail est jugé responsable** diffèrent selon toutes les caractéristiques étudiées.

- La charge de travail élevée est significativement plus souvent mentionnée quand on souffre d'une affection psychique, d'un burn-out, pour un travail intellectuel, par ceux et celles qui exercent une fonction dirigeante, dans les moyennes ou grandes entreprises.
- Le travail physiquement pénible est surtout une cause chez les personnes souffrant de maladies du système ostéoarticulaire, de blessures, chez les répondant-es plus âgés, pour un travail manuel, chez ceux et celles qui n'ont pas de fonction dirigeante, dans les petites ou moyennes entreprises.
- Les problèmes relationnels (mauvaise relation avec les collègues, le-la supérieur-e hiérarchique et relation difficile avec les client-es) sont plus souvent évoqués en cas

d'affection psychique, de burn-out, par les répondant-es plus jeunes ou lorsqu'on exerce un travail intellectuel. Les répondant-es ayant une fonction dirigeante mentionnent plus souvent la mauvaise relation avec leur propre supérieur-e hiérarchique.

- L'incertitude dans l'environnement de travail est plus souvent citée comme raison en cas d'affection psychique, de burn-out, quand les répondant-es sont plus jeunes, exercent un travail intellectuel, une fonction dirigeante.

### 5.2. La relation et le soutien des collègues et du-de la responsable

L'**évaluation de la relation avec les collègues avant l'incapacité** diffère selon la pathologie, le type de travail, la taille de l'entreprise, la fonction et la situation familiale. **La relation avec le-la supérieur-e hiérarchique** ne diffère que selon la pathologie, le type de travail et la fonction.

- Les répondant-es souffrant d'une affection psychique ou de burn-out ont déclaré avoir une moins bonne relation avec leurs collègues et leur supérieur-e avant l'incapacité. La moins bonne relation avec le-la supérieur-e avant l'incapacité de travail est encore plus marquée chez les personnes souffrant de burn-out que chez celles souffrant d'une affection psychique.
- Les personnes qui effectuaient un travail intellectuel ont une meilleure relation avec les collègues et une moins bonne relation avec leur responsable par rapport aux personnes qui effectuaient un travail manuel.
- Les personnes exerçant une fonction dirigeante avaient une meilleure relation avec leurs collègues avant l'incapacité mais une moins bonne relation avec leur supérieur-e hiérarchique par rapport à celles qui n'avaient pas de fonction dirigeante.
- Les travailleurs et travailleuses des grandes entreprises ont évalué plus positivement leurs relations avec leurs collègues que les travailleurs et travailleuses des petites entreprises.
- La relation avec les collègues est mieux évaluée par les répondant-es ayant un-e partenaire (avec ou sans enfants) que par les personnes isolées ou les parents isolés.

L'**évaluation du soutien des collègues et/ou du-de la supérieur-e hiérarchique pendant l'incapacité** diffère selon la pathologie, le type de travail, la situation familiale, la taille de l'entreprise et la fonction.

- Les personnes souffrant d'une affection psychique ou de burn-out se sentent moins soutenues par leurs collègues et leur supérieur-e pendant l'incapacité de travail (par

rapport aux deux autres pathologies). La perception d'un soutien moindre de la part du du-de la supérieur-e hiérarchique en cas d'incapacité de travail est encore plus importante chez les personnes en burn-out que chez celles souffrant d'une affection psychique.

- Les participant-es qui effectuaient un travail intellectuel ont ressenti un meilleur soutien de la part de leurs collègues et de leur responsable pendant leur incapacité que les répondant-es qui effectuaient un travail manuel. Ainsi, même si les personnes effectuant un travail intellectuel ont indiqué qu'elles avaient une moins bonne relation avec leur responsable avant l'incapacité, pendant l'incapacité elles se sont senties davantage soutenues par leur responsable que les répondant-es effectuant un travail manuel.
- Les répondant-es ayant un-e partenaire (avec ou sans enfants) se sont senti-es mieux soutenu-es par leurs collègues directs pendant leur incapacité que les personnes isolées ou les parents isolés.
- Dans les moyennes ou grandes entreprises, les personnes se sentent davantage soutenues par des collègues en dehors du service que dans les petites entreprises.
- Les personnes occupant une fonction dirigeante se sentent mieux soutenues par leurs collègues (en dehors du service) que celles qui n'ont pas une telle fonction.

Les **contacts avec les collègues et le-la supérieur-e hiérarchique pendant l'incapacité** diffèrent selon la pathologie, le type de travail, la taille de l'entreprise, la fonction et la situation familiale.

- Les personnes souffrant de burn-out ou d'une affection psychique ont moins souvent contacté leur responsable et ont indiqué plus souvent qu'elles ne voulaient absolument aucun contact avec leurs collègues ou leurs responsables.
- Les répondant-es qui effectuaient un travail intellectuel avaient plus de contacts avec leurs collègues que ceux qui effectuaient un travail manuel.
- Dans les grandes entreprises, le responsable a contacté la personne plus souvent que dans les moyennes ou petites entreprises. Dans les grandes entreprises, les collègues contactent également plus souvent le-la répondant-e, mais cette différence n'est significative que par rapport aux petites entreprises.
- Les répondant-es ayant une fonction dirigeante indiquent plus souvent que leurs collègues les ont contacté-es durant leur incapacité par rapport aux répondant-es qui n'occupent pas une telle fonction. Les répondant-es qui exercent une fonction dirigeante ont également signalé plus souvent qu'ils-elles ne voulaient pas de contact avec leurs collègues ou leurs responsables en comparaison avec ceux et celles qui n'ont pas une telle fonction.

- Les collègues ont contacté plus souvent les personnes ayant un-e partenaire (avec ou sans enfants) par rapport aux personnes isolées.

### 5.3. Reprise du travail

Les **raisons pour lesquelles les personnes ont voulu reprendre le travail** varient selon la pathologie, l'âge, le type de travail et la situation familiale.

- La raison principale de la reprise du travail, c'est-à-dire le fait d'être suffisamment ou totalement rétabli, ne diffère que selon la pathologie. Les personnes souffrant d'une blessure ont plus souvent avancé cette raison que pour les trois autres pathologies.
- Les personnes souffrant de burn-out, d'affection psychique, les jeunes travailleurs et travailleuses, ainsi que les répondant-es exerçant un travail intellectuel, ont mentionné plus souvent leur désir d'occuper utilement leurs journées et d'être à nouveau utiles à la société.
- Le besoin de contacts sociaux est plus souvent invoqué par les jeunes travailleurs et travailleuses ou les personnes qui exercent un travail intellectuel.
- Les personnes souffrant d'une affection psychique, de burn-out, les jeunes travailleurs et travailleuses ou les répondant-es qui effectuaient un travail intellectuel ont formulé plus souvent comme raison de leur reprise du travail le fait qu'ils-elles se sentaient contraint-es par la pression sociale.
- Les parents isolés, les jeunes travailleurs et travailleuses ont déclaré plus souvent que la situation financière liée aux indemnités d'incapacité de travail était devenue trop difficile.

Le **besoin d'adaptations** au travail après une incapacité diffère uniquement en fonction de la pathologie. Ce besoin est le plus élevé chez les personnes après un burn-out, il est significativement plus faible chez les répondant-es après une affection psychique ou une maladie du système ostéoarticulaire et il est le plus faible après une blessure.

On n'observe pas de différences en termes d'obtention des adaptations souhaitées. Ce que l'on fait si l'on n'obtient pas les adaptations souhaitées varie selon la pathologie, l'âge et la fonction. Les personnes souffrant de burn-out, d'une affection psychique, les jeunes travailleurs et travailleuses, les personnes ayant une fonction dirigeante changent plus souvent d'employeur dans ce cas.

Toutes les caractéristiques étudiées ont un lien avec **l'adaptation** dont on a besoin.

- Les répondant-es souffrant d'un burn-out, d'une affection psychique, effectuant un travail intellectuel ou occupant une fonction dirigeante souhaitent principalement que le contenu de leur travail soit moins exigeant et moins stressant.
- Les personnes souffrant d'une maladie du système ostéoarticulaire ou d'une blessure, effectuant un travail manuel ou n'occupant pas une fonction dirigeante souhaitent principalement un travail moins pénible physiquement.
- Les adaptations relationnelles (meilleur encadrement du/de la responsable et changement d'équipe) sont significativement plus souvent demandées par les répondant-es souffrant de burn-out, d'une affection psychique ou par les jeunes travailleurs et travailleuses.
- La possibilité de travailler à domicile est plus souvent demandée par les personnes exerçant un travail intellectuel, travaillant dans de grandes entreprises ou occupant une fonction dirigeante.

Les facteurs **favorisant la reprise du travail** diffèrent selon la pathologie, l'âge, le type de travail, la taille de l'entreprise et la fonction.

- Les répondant-es souffrant de burn-out, d'une affection psychique, les plus jeunes, ceux et celles qui exerçaient auparavant un travail intellectuel ou qui travaillaient dans de grandes entreprises ont été plus souvent aidé-es grâce au soutien de leurs proches, de leur famille et de leurs amis.
- Les personnes souffrant de burn-out, d'une affection psychique, les plus jeunes, les répondant-es qui exerçaient auparavant un travail intellectuel ou une fonction dirigeante ont été plus souvent aidé-es en changeant de travail afin de pouvoir repartir de zéro.
- Les répondant-es souffrant d'une blessure ont été plus souvent aidé-es par le fait d'être complètement (ou suffisamment) rétabli-es.
- Les autres facteurs de soutien (par le-la médecin généraliste ou un-e autre prestataire de soins, le-la responsable et les collègues) ont été mentionnés plus souvent par les répondant-es souffrant de burn-out, d'une affection psychique ou exerçant un travail intellectuel.
- Les travailleurs et travailleuses des grandes entreprises ont mentionné plus souvent certains facteurs favorables, tels que le soutien du/de la médecin généraliste ou d'un-e autre prestataire de soins, ainsi que le-la médecin d'entreprise.
- Travailler moins d'heures qu'avant a plus souvent aidé les personnes en burn-out ou exerçant un travail intellectuel.
- Et enfin, un contenu de travail adapté a été plus souvent rapporté par les participant-es en burn-out comme facteur d'aide à la reprise du travail.

La reprise du travail s'est faite plus aisément chez les personnes souffrant d'une blessure, d'une maladie du système ostéoarticulaire, ainsi que chez ceux et celles qui ont effectué auparavant un travail manuel. Les **facteurs qui compliquent la reprise du travail** diffèrent selon la pathologie, l'âge et le type de travail.

- Les personnes souffrant de burn-out ou exerçant un travail intellectuel ont plus souvent indiqué qu'elles étaient entravées par le manque de soutien de leur supérieur.
- Le manque de soutien des collègues a été mentionné plus souvent par les répondant-es souffrant de burn-out, d'une affection mentale, ainsi que par les répondant-es exerçant un travail intellectuel.
- Les personnes souffrant de blessures, exerçant le travail manuel étaient moins souvent entravées par une récupération insuffisante.
- Les participant-es plus jeunes ont indiqué plus souvent qu'ils-elles devaient travailler trop d'heures par rapport à ce qu'ils-elles pouvaient encore faire.

## 6. Recommandations

Les résultats du premier article ont donné lieu à un certain nombre de recommandations sur **une approche globale de la prévention**. Ainsi, il a été recommandé aux employeurs de « renforcer les politiques de bien-être et d'élaborer des politiques globales de prévention et de réintégration en concertation avec leur Comité pour la prévention et la protection au travail. Ce bien-être doit être compris au sens large : il ne s'agit pas seulement de la santé mentale, mais aussi de la santé physique des travailleurs » (Vancorenland, et al., 2021, pp. 46-47). Véronique Crutzen, (psychologue et conseillère générale au SPF Emploi) formule comme suit l'importance de faire de la prévention une priorité : « Qu'il s'agisse de santé mentale ou physique, ... Si l'on veut éviter un incendie, on commence par éviter de stocker trop de substances inflammables, par placer des portes coupe-feu et des extincteurs et par effectuer des exercices d'évacuation d'un immeuble. Pour les risques psycho-sociaux, la démarche est la même : il faut agir avant que les gens ne tombent malades » (Van Lil, 2022). La recommandation suivante a également été formulée : « 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 » (Vancorenland, et al., 2021, p. 53).

Les analyses du présent article révèlent que les besoins au sein des différents groupes de personnes en incapacité de

travail différent selon la pathologie, l'âge, le type de travail, la taille de l'entreprise, la fonction et la situation familiale. Outre la nécessité d'intégrer une approche globale de la prévention dans les réglementations et la culture d'entreprise, cet article fournit des conseils concernant la **prévention sur mesure**. Les deux doivent coexister. Tout d'abord, il doit exister un cadre général autour de la prévention. Sa mise en œuvre concrète peut s'inspirer des résultats de nos analyses complémentaires. Plus on répond aux besoins individuels, plus les mesures globales de prévention ont de chances de réussir. Une approche globale de la prévention est ainsi affinée par une approche sur mesure, tenant compte des besoins individuels.

## 6.1. Prévention de l'incapacité de travail

**Au niveau global**, il est important de travailler davantage sur une politique de prévention générale dans les entreprises pour prévenir l'incapacité de travail. La forme exacte que doivent prendre ces mesures préventives devra faire l'objet d'une mise en œuvre concrète et sur mesure. Les analyses de cet article ont montré que les mêmes facteurs de risque ne s'appliquent pas à tout le monde.

**La recommandation sur mesure est la suivante : tenir compte de la situation spécifique de la personne, comme le type de travail (travail intellectuel ou manuel), l'âge et la fonction, pour éviter l'incapacité de travail.**

La prévention de l'incapacité de travail se fait en agissant sur les facteurs qui ont été cités comme raisons pour lesquelles le travail a joué un rôle dans l'incapacité (les facteurs de risque). Les différents types de travail comportent également des facteurs de risque différents. Pour les personnes effectuant un travail manuel, il s'agit de la pénibilité physique du travail. Les mesures préventives peuvent principalement intervenir pour éviter que les composantes physiques du travail n'entraînent une incapacité. Les personnes qui, en revanche, effectuent un travail intellectuel présentent d'autres facteurs de risque tels qu'une charge de travail élevée, une mauvaise relation avec le-la responsable et l'incertitude dans l'environnement de travail. Chez elles, il faudra accorder plus d'attention aux composantes relationnelles du travail ainsi qu'à la charge de travail et à l'incertitude qui existe sur le lieu de travail. Il est tout aussi important de comprendre que les facteurs de risque peuvent varier selon l'âge. Les travailleurs et travailleuses plus âgés sont plus sensibles aux composantes physiques du travail tandis que les personnes jeunes sont plus sensibles aux composantes relationnelles du travail et à l'in-

certitude sur le lieu de travail. Une attention particulière doit également être accordée aux personnes occupant une fonction dirigeante. Pour elles, le risque réside dans une mauvaise relation avec leur propre responsable, une charge de travail trop importante et l'incertitude dans l'environnement travail.

Une étude a montré que la prévention du burn-out a un effet meilleur et plus durable si l'on ne met pas en œuvre uniquement des interventions centrées sur la personne (par exemple, augmenter les capacités d'adaptation personnelles) mais une combinaison d'interventions centrées sur la personne et sur l'organisation (comme la restructuration des tâches, l'évaluation du travail et la supervision dans le but de réduire les exigences de travail et d'augmenter le degré de contrôle ou de participation aux décisions) (Awa, et al., 2010). Cette étude illustre le fait que la prévention du burn-out n'est pas une affaire purement individuelle, mais doit être abordée au niveau de l'entreprise et de l'organisation pour être efficace. La prévention du burn-out ne fonctionnera pas si l'on fait porter la responsabilité sur l'individu et si l'on ne procède pas à des changements au niveau de l'entreprise.

Ces constatations sont confirmées par une autre étude : « La modification de certains aspects de la culture et des pratiques de travail au sein de l'organisation pourrait être envisagée parallèlement aux interventions au niveau individuel pour prévenir plus efficacement le burnout. Les modifications de la charge de travail ou des pratiques de travail semblent réduire les facteurs de stress et les facteurs pouvant conduire au burn-out. Il existe des preuves suggérant que les interventions organisationnelles produisent des effets plus durables que les approches individuelles. Cet examen des preuves soutient la littérature plus large qui affirme que les interventions organisationnelles sur le lieu de travail peuvent être plus efficaces que les seules interventions individuelles. Cela pourrait impliquer la combinaison d'approches préventives proactives axées sur l'environnement organisationnel et d'approches secondaires de management axées sur les individus. La combinaison d'approches au niveau individuel et organisationnel comprend un changement de système qui adopte un environnement participatif, favorise une communication ouverte, le soutien des managers et des pairs, une culture de l'apprentissage et une participation réussie des employés à la planification et à la mise en œuvre des programmes » (Public Health England, 2016, p. 5, notre traduction).

## 6.2. Contacts pendant la période d'incapacité de travail

**Au niveau global**, il s'agit pour l'employeur de ne pas toujours contacter trop rapidement la personne en incapacité de travail. Il est préférable d'évaluer d'abord quels sont les besoins de la personne dans ce domaine. Les résultats globaux de l'étude « Trajets de l'incapacité de travail » indiquent que le fait de rester en contact avec le travail a été utile pour certaines personnes, mais que d'autres ont préféré (pendant un certain temps) garder une certaine distance avec le travail.

**La recommandation sur mesure est la suivante : lors de la prise de contact pendant l'incapacité, tenez compte de la situation spécifique de la personne, comme sa pathologie et sa fonction.**

Les analyses complémentaires de cet article montrent que ce sont surtout les personnes en burn-out, souffrant d'une affection psychique, ainsi que celles exerçant une fonction dirigeante, qui préfèrent ne pas avoir de contact avec le travail (tant avec les collègues qu'avec le-la responsable). Pour ces trois groupes, il est donc important de vérifier d'abord si la personne en incapacité de travail souhaite avoir un contact avec le travail et, dans la négative, de respecter ce souhait.

## 6.3. Reprise du travail

**Au niveau global**, il est important qu'une plus grande attention soit accordée au niveau de l'entreprise aux adaptations du travail après une période d'incapacité. Nous rappelons ici les résultats du premier article qui montraient qu'une proportion importante de participant-es à notre étude, qui souhaitaient des adaptations, ne les ont pas obtenues. Globalement, cela signifie que pour toute personne reprenant le travail après une période d'incapacité, le besoin d'adaptations sera évalué et l'entreprise veillera à ce que ces adaptations puissent être réalisées. Une approche sur mesure part des résultats identifiés dans cet article. Ceux-ci montrent que les besoins d'adaptation ne sont pas les mêmes pour tous.

**La recommandation sur mesure est la suivante : lors de la reprise du travail, tenez compte de la situation spécifique de la personne, comme sa pathologie, le type d'emploi et l'âge, entre autres.**

Les personnes qui reprennent le travail après une période d'incapacité due à un burn-out auront davantage besoin d'adaptations. En outre, il est important de réaliser que tout le monde n'a pas besoin des mêmes adaptations. Une personne tombée en incapacité en raison d'une maladie du système ostéoarticulaire ou d'une blessure voudra plutôt un contenu de travail moins pénible physiquement. Une personne qui reprend le travail après un burn-out aura plutôt besoin d'un travail moins exigeant et moins stressant et/ou d'un meilleur accompagnement et soutien de la part de son responsable. De même, les personnes qui exerçaient un travail intellectuel ou une fonction dirigeante avant leur incapacité voudront plutôt un contenu de travail moins exigeant et moins stressant, tandis que les personnes qui effectuaient un travail manuel désireront plutôt un travail moins pénible physiquement. Et les personnes plus jeunes auront davantage besoin d'adaptations relationnelles après leur incapacité, comme un meilleur accompagnement de la part du-de la responsable ou un changement d'équipe.

Il est également important d'avoir une vision des facteurs qui ont favorisé ou au contraire entravé la reprise du travail. En effet, la compréhension de ces facteurs permet de savoir ce qu'il est possible de faire pour que la reprise du travail se passe le mieux possible. Les analyses complémentaires ont montré que les facteurs qui favorisent ou qui entravent le retour au travail sont différents. Le soutien du-de la responsable et des collègues sont des facteurs qui ont aidé les personnes souffrant d'une affection psychique, d'un burn-out, ainsi que celles qui effectuaient auparavant un travail intellectuel, pendant leur reprise du travail. Se concentrer sur ce point, et plus particulièrement sur ces trois groupes, est donc un moyen important de prévenir les rechutes en incapacité. Un facteur entravant le retour au travail est le fait d'avoir repris le travail trop tôt / de ne pas avoir récupéré suffisamment. Cela a été plus souvent mentionné par les personnes souffrant d'une affection psychique, d'un burn-out, ainsi que par celles qui effectuaient auparavant un travail intellectuel. Il est très important de laisser à la personne en incapacité le temps de se rétablir suffisamment ou complètement, sans la pousser à reprendre le travail. Une attention particulière doit être accordée à ces trois groupes.

Ces recommandations dans la période de reprise du travail vont dans le sens d'une étude menée auprès de personnes souffrant de burn-out, mais dont les conclusions peuvent être ouvertes plus largement à d'autres pathologies : « Généralement, le retour au travail après épuisement professionnel est considéré comme un aboutissement, c'est-à-dire la fin de l'état de maladie. Or un retour durable au travail passe par la mise en place des conditions nécessaires à

un retour sécurisé, au moment opportun, afin de, à terme, renouer avec les niveaux d'efficacité et de satisfaction qui existaient avant l'arrêt. Ce retour au travail est un processus dynamique qui s'étale dans le temps, se prépare dès le premier jour de l'incapacité de travail et se poursuit bien au-delà de la reprise. Il ne s'agit donc pas obligatoirement d'un retour dans la situation antérieure : le processus peut inclure une modification de l'environnement de travail, du statut, des conditions de travail ou de la fonction » (Massart, et al., 2021, p. 89).

## 7. Conclusion

Les analyses complémentaires décrites dans cet article ont montré que le groupe des personnes en incapacité de travail est diversifié. La question qui sous-tendait ces analyses supplémentaires était la suivante : « Les expériences et les besoins des personnes diffèrent-ils selon la pathologie, l'âge, le type de travail, la taille de l'entreprise, la fonction et la situation familiale ? ». Cette question peut recevoir une réponse positive sur la base des résultats présentés dans cet article. Oui, s'il existe des différences en fonction de la pathologie, de l'âge, du type de travail, de la taille de l'entreprise, de la fonction et de la situation familiale, les besoins et les expériences des personnes concernant la période d'incapacité diffèrent également. Les résultats des ana-

lyses supplémentaires montrent clairement, entre autres, que les raisons pour lesquelles le travail joue un rôle dans l'incapacité, les relations avec les collègues et le-la supérieur·e hiérarchique avant et pendant l'incapacité, ainsi que les besoins pendant la reprise du travail, sont différents. Les analyses ont révélé que la pathologie, l'âge et le type de travail (travail intellectuel ou manuel), en particulier, entraînent de grandes différences dans les besoins et les expériences.

Ces analyses supplémentaires sont importantes et apportent une valeur ajoutée aux connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail. C'est grâce aux témoignages de 4.350 personnes qui ont accepté de partager leurs expériences avec nous dans le cadre d'une enquête en ligne que nous sommes parvenus à cette compréhension. Ce ne sont pas des informations que nous pouvons extraire de nos bases de données. Les conclusions de ces analyses nous permettent de savoir plus précisément ce qui peut être fait pour prévenir l'incapacité de travail, pour aider au mieux les personnes pendant leur incapacité de travail, et pour les aider au mieux à reprendre le travail afin de pouvoir éviter les rechutes. En offrant une oreille attentive aux personnes en incapacité, nous pouvons tirer des leçons pour mieux répondre à leurs besoins. L'avantage de ces analyses complémentaires est qu'il est apparu clairement que ces besoins ne sont pas les mêmes pour tous. Nous avons également formulé quelques recommandations dans cet article afin de mieux répondre aux différents besoins du groupe diversifié des personnes en incapacité de travail.

## Bibliographie

- Awa, W., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention : A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 184-190.
- Egmond, V., Vroome, D., & Hooftman, W. (2019). Mindere kwaliteit van arbeid kan leiden tot latere arbeidsongeschiktheid. *Economisch Statistische Berichten*, 4772, 104, 165-167.
- Eurofound. (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- Health and Safety Executive. (2021). *Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain, 2021*.
- Massart, A.-C., Mesters, P., & Bugli, C. (2021). *Le traitement et la trajectoire professionnelle des patients ayant souffert d'épuisement professionnel. Développement de recommandations politiques*. Réseau Pluridisciplinaire de Suivi et Prévention de la Souffrance au Travail, ASBL.
- Public Health England. (2016). *Interventions to prevent burnout in high risk individuals: evidence review*. London : Public Health England.
- RIZIV. (2022). *Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?* - RIZIV (fgov.be), consulté le 20/09/2022, sur : <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx>
- Van Lil, P. (2022). Sécurité et bien-être au travail : la prévention est essentielle. *Planet futur*. Consulté le 20/09/2022, sur : <https://fr.planet-future.be/securite/securite-et-bien-etre-au-travail-la-prevention-est-essentielle/>
- 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-Information*, 284, 4-55.
- Wilson, E. B. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the  $\chi^2$  test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.