



Conseil supérieur de l'emploi

INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET RÉINTÉGRATION DES SALARIÉS SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI

Mars 2024



TABLE DES MATIÈRES GÉNÉRALE

MISSION DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'EMPLOI.....	4
COMPOSITION DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'EMPLOI	5
SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS	7
INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET RÉINTÉGRATION DES SALARIÉS SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI.....	19
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGNES CONVENTIONNELS	119

MISSION DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'EMPLOI

Le Conseil supérieur de l'emploi a été institué le 22 décembre 1995. Il a une fonction d'information et de conseil du Gouvernement fédéral, et plus précisément du Ministre de l'emploi qui le préside. Sa mission consiste à suivre la politique de l'emploi et à examiner les propositions visant à favoriser la création d'emplois. Dans ce cadre, le Conseil réalise des analyses argumentées indépendantes et innovantes sur l'état passé et actuel du marché du travail et sur les besoins futurs afin d'optimiser son fonctionnement. Les travaux du Conseil supérieur de l'emploi s'intègrent également dans le cadre plus général de la politique de l'emploi de l'Union européenne, et plus précisément des lignes directrices pour l'emploi et des recommandations du Conseil de l'Union européenne.

Le Conseil formule des recommandations, autant que possible concrètes et réalisables, sur des mesures en faveur de l'emploi qui tiennent compte de l'intérêt général et des spécificités des marchés régionaux du travail. Il est ainsi en mesure d'apporter une contribution essentielle aux décideurs en ce qui concerne la modernisation de l'organisation du marché du travail en Belgique et sa capacité à répondre aux défis de la globalisation, des nouvelles technologies, des mutations socioéconomiques et des réformes structurelles et institutionnelles.

Le Conseil est composé d'experts du marché du travail issus du monde académique, de la fonction publique, des services publics de l'emploi et du secteur privé. Ils sont nommés à titre personnel, en raison de leurs compétences et expérience particulières dans le domaine de l'emploi et du marché du travail, et ne représentent donc pas les instances qui les ont désignés. 11 membres sont nommés sur proposition du Ministre fédéral de l'emploi et 10 membres sont désignés par les Gouvernements des Régions et de la Communauté germanophone: trois membres par le Gouvernement flamand, trois membres par le Gouvernement régional wallon, trois membres par le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et un membre par le Gouvernement de la Communauté germanophone. En raison de sa composition, le Conseil constitue une plateforme unique de dialogue et d'échange de vues entre le Fédéral et les Régions et Communautés.



COMPOSITION DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'EMPLOI

Président

DERMAGNE Pierre-Yves Vice-Premier Ministre, Ministre de l'Économie et du Travail

Membres fédéraux:

Vice-Président

VANACKERE Steven (N) Vice-Gouverneur de la Banque nationale de Belgique

BIRETTE Yves (F) Inspecteur social chef de direction, en retraite, au Contrôle des lois sociales

CANTILLON Bea (N) Professor, CSB, Universiteit Antwerpen

DE VOS Marc (N) Professor, Universiteit Gent

NICAISE Ides (N) Professor HIVA/PPW, KU Leuven

REGOUT Baudouin Commissaire au Bureau fédéral du Plan

SELS Luc (N) Rector KU Leuven

VANDENBERGH Jean-Marc (F) Administrateur général Onem

VAN BELLEGEM Sébastien (F) Professeur, Université catholique de Louvain

VAN ZEEBROECK Nicolas (F) Professeur, Université libre de Bruxelles

VEN Caroline (N) Econoom en bestuurder van vennootschappen

Membres régionaux:

Bruxelles:

AMBOLDI Cristina (F) Directrice générale Actiris

DUJARDIN Pascal (F) Président de Brusoc S.A. (Finance & invest.brussels)

MICHIELS Peter (N) Directeur Général Adjoint, cellule support aux Plans Gouvernementaux du Service Public Régional de Bruxelles

Communauté germanophone:

LENTZ Christiane Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

Flandre:

ADRIAENS Wim Gedelegeerd bestuurder van de VDAB

DENYS Jan Randstad

VAN DEN CRUYCE Ann Afdelingshoofd, Departement Werk en Sociale Economie

Wallonie:

BRUNET Sébastien Administrateur général de l'IWEPS

CANNELLA Anne-Françoise Administratrice générale adjointe de l'AVIQ

VANBOCKESTAL Marie-Kristine Administratrice générale honoraire du FOREM

Secrétaire:

DE POORTER Geert Président du Comité de direction du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale

PERSONNES DE CONTACT

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale:

Marie-Laure NOIRHOMME - tél. 02 233 47 14

- e-mail: Marie-Laure.NOIRHOMME@emploi.belgique.be

Marie-Laure NOIRHOMME et Els UYTTERHOEVEN.

Banque nationale de Belgique:

Yves Saks - tél. 02 221 52 35

- e-mail: yves.saks@nbb.be

Philippe DELHEZ, Wouter GELADE, Yves SAKS.

Remerciements et décharge de responsabilité

Nous remercions tout particulièrement la BCSS, Co-Prev et l'INAMI pour leur participation à la compilation de la banque de données utilisée pour réaliser cette étude. Nous remercions également toutes les parties prenantes que nous avons consultées dans le cadre de cette étude: représentants des mutualités, INAMI, Co-Prev, Conseil national du Travail (CNT), Federgon et Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, la Cour des comptes.

Le secrétariat scientifique remercie également Statbel et Eurostat pour la mise à disposition des microdonnées des enquêtes sur les forces de travail utilisées dans plusieurs sections du présent rapport. Statbel et Eurostat ne sont pas responsables des résultats et conclusions dérivées de ces données.

La date limite d'actualisation des données du présent rapport est le 29 février 2024.

Vous pouvez accéder à une copie électronique de ce rapport, ainsi que des autres publications du Conseil supérieur de l'emploi, à l'adresse suivante: <http://cse.belgique.be>





Conseil supérieur de l'emploi

INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET RÉINTÉGRATION DES SALARIÉS SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI

Mars 2024

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

SYNTHÈSE

En Belgique, près d'un demi-million de personnes perçoivent un revenu de remplacement pour cause de maladie de longue durée. Leur nombre affiche une croissance importante depuis le début des années 2000, un constat qui vaut tant pour les hommes que pour les femmes. Au 31 décembre 2021, plus de 183 000 hommes et près de 273 000 femmes se trouvaient en incapacité de travail depuis plus d'un an. Ce statut s'acquiert dès qu'un problème d'ordre médical empêche d'effectuer les prestations de travail, que son origine soit liée à ce dernier ou non.

Même s'il est complexe de comparer les systèmes de sécurité sociale en vigueur dans les différents pays, force est de constater que tant la proportion que la croissance du nombre de personnes en incapacité sont plus marquées en Belgique qu'ailleurs en Europe. Dans la moitié des pays européens, le nombre de malades de longue durée a en fait diminué entre 2007 et 2018. Sur la base de statistiques comparables, telles que la part de personnes inactives en raison d'une maladie ou d'un handicap et l'écart d'emploi entre les personnes handicapées et non handicapées, la Belgique figure parmi les pays les moins performants.

Cette situation ne s'explique pas par des différences en matière de santé, de caractéristiques de la main-d'œuvre ou de paramètres macroéconomiques. En moyenne, les personnes qui souffrent de problèmes de santé ou d'un handicap quittent plus souvent le marché du travail en Belgique et trouvent moins souvent un emploi. Les différences institutionnelles, en termes de flux d'entrée comme de réintégration après une incapacité de travail, pourraient donc expliquer cette particularité.

Pour relever les défis d'un marché du travail où les pénuries freinent l'activité et où l'inactivité limite les possibilités d'atteindre l'objectif d'un taux d'emploi de 80 % à l'horizon 2030, le Conseil a décidé d'examiner les trajets de personnes qui connaissent une période d'incapacité de travail.

Ce rapport s'inscrit dans la continuité de l'avis de la Cour des comptes sur la politique de réintégration et des avis du Conseil national du Travail concernant l'incapacité.

Il s'appuie en grande partie sur une banque de données individuelles qui permet de suivre l'ensemble des salariés du secteur privé ayant eu une période de maladie par rapport à leur situation sur le marché du travail. Ces données ont été collectées et mises à disposition par la Banque Carrefour de la sécurité sociale¹ pour la période de 2013 à 2020.

L'augmentation des entrées dans le système d'assurance maladie-invalidité s'explique en partie par des facteurs sociétaux

Le marché du travail est à l'image de notre société et de notre économie. Il évolue en fonction de facteurs globaux: augmentation du niveau d'éducation, vieillissement et féminisation de la population active, mondialisation et tertiarisation de l'économie ou encore modifications des modes de production par l'introduction de nouvelles technologies.

Bien que le niveau de santé moyen de la population s'améliore, le vieillissement de la population active conduit à une hausse du nombre d'entrants dans le système d'assurance maladie-invalidité. Du fait de l'évolution démographique et des politiques de l'emploi ayant restreint les possibilités de sortie anticipée du marché du travail, la population des salariés est de plus en plus âgée. S'agissant du secteur privé, si en 1999, à peine un salarié sur quatre était âgé de 45 ans ou plus, dès 2006, plus d'un tiers appartenait à ce groupe, là où, en 2019, leur proportion

1 La constitution de cette banque de données n'a été permise que par l'excellente collaboration entre la Banque Carrefour de la sécurité sociale, l'INAMI et Co-prev (l'association de tous les services externes de prévention et de protection au travail).

dépassait quatre sur dix. Or, les indicateurs montrent de manière unanime que la santé se détériore avec l'âge.

La féminisation du marché du travail et le relèvement de l'âge de la pension des femmes au niveau de l'âge d'accès à la pension des hommes ont aussi contribué à la progression du nombre de personnes en incapacité de travail. En outre, la prévalence de problèmes de santé chroniques est plus élevée et la santé perçue comme moins bonne parmi les femmes, en particulier durant la vie active. Ce fait empirique pourrait aussi en partie tenir au poids des charges ménagères qu'elles assument dans leur foyer.

Toutefois, ces tendances démographiques n'expliquent que partiellement la hausse récente des cas de maladie de longue durée. La probabilité de devenir invalide a augmenté sur la période 2013-2019, même après ajustement des différences démographiques, alors qu'elle devrait diminuer pour contrebalancer l'élévation induite par les effets démographiques. Seule une part limitée de l'accroissement des entrées durant cette période s'explique par le vieillissement et la féminisation de la population active. Cela implique que d'autres facteurs tels que les institutions du marché du travail et les réformes dans la sécurité sociale jouent un rôle à cet égard.

On observe de grandes inégalités sur le plan de la santé

Le taux d'incidence de l'incapacité varie non seulement selon l'âge et le genre mais aussi en fonction du niveau de diplôme: les salariés les moins diplômés courent bien plus de risques de tomber malade. Les conditions de vie et de travail sont très inégales suivant le niveau d'éducation. Les personnes moins scolarisées sont occupées dans des secteurs et des professions où la prévalence des troubles musculo-squelettiques ou des troubles psychiques est plus importante. En outre, le fait d'adopter un style de vie plus sain a également une influence. Les adultes les plus instruits sont moins touchés par le tabagisme et l'obésité, deux sources majeures de préoccupation en matière de santé publique.

Il existe aussi des différences significatives dans la probabilité de tomber en incapacité selon la situation familiale (isolé, en couple, avec ou sans charge d'enfant). **Mais, une fois encore, ni l'évolution du niveau de diplôme, ni celle de la situation de famille ne permettent d'expliquer l'augmentation des personnes en incapacité de travail que l'on observe sur la dernière période.**

Les entrées en incapacité à partir de l'emploi sont plus élevées en Flandre et en Wallonie par rapport à Bruxelles. Pour les hommes, le taux d'incidence est supérieur en Wallonie, alors que pour les femmes, il est similaire.

Les entrées varient en fonction du secteur d'activité

Les salariés de certaines branches d'activité sont susceptibles, par la nature de leur activité ou de leur fonction, d'être exposés à des risques plus importants pour leur santé physique ou leur bien-être psychique. C'est la raison pour laquelle les entreprises sont soumises à une législation encadrant l'exposition aux risques. La prise en compte des risques psychosociaux est plus récente. Le gouvernement fédéral a annoncé dernièrement que des moyens supplémentaires allaient être mis à la disposition des travailleurs pour augmenter la prévention de ce type de risques.

La probabilité d'absence pour motif médical varie entre branches d'activité et d'une commission paritaire à l'autre. Ces différences s'atténuent si l'on tient compte des caractéristiques de leurs effectifs, par exemple en termes d'âge, de genre ou de niveau de diplôme. Au sein d'une même branche d'activité, les ouvriers sont plus susceptibles de tomber en incapacité que les employés. Le taux d'absentéisme est surtout élevé dans les entreprises qui ressortissent aux commissions paritaires des ouvriers (notamment pour l'industrie, la logistique et le transport, le nettoyage, etc.). Les entreprises appartenant aux commissions paritaires des employés ou mixtes affichent en général des taux d'entrée plus faibles (entre autres celles pour les employés de l'industrie, du

commerce international, du transport et de la logistique ou encore celle pour les professions libérales).

Outre les mesures à mettre en place pour minimiser l'exposition de leur personnel à des facteurs de risque pour leur santé physique ou mentale, les employeurs doivent continuer de rémunérer leur personnel absent pour raison médicale durant la période de salaire garanti, qui correspond au maximum à un mois de salaire. À noter que le législateur a également introduit au début de 2022 une cotisation de responsabilisation pour les entreprises qui connaissent un taux de malades de longue durée significativement supérieur à la moyenne sectorielle et à celle du secteur privé dans son ensemble.

Au sein du groupe des personnes en maladie de longue durée, ce sont les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques qui sont les plus représentés, avec 37 et 32 % respectivement. Ce sont également ces deux groupes qui ont gagné en importance sur les 20 dernières années. Pour la période récente allant de 2016 à 2019 pour laquelle nous disposons de données plus détaillées, c'est l'augmentation des burn-out et des problèmes dus au stress, et dans une moindre mesure des troubles dépressifs, qui explique l'accroissement des personnes en incapacité de travail liée à la santé mentale.

Les entrées dans le système d'assurance maladie-invalidité peuvent aussi être dictées par des facteurs économiques, même si au niveau individuel, un problème d'ordre médical est toujours à l'origine de l'épisode d'absence au travail

Outre les différences sur le plan de l'exposition à des risques selon l'activité ou l'effet direct du niveau de diplôme sur l'état de santé, les absences pour maladie sont influencées par des facteurs socioéconomiques, notamment la perte financière qu'elles entraînent.

La générosité relative de l'assurance maladie-invalidité est un paramètre important. Les conditions d'accès aux différents dispositifs de sécurité sociale diffèrent: un problème d'ordre médical dans le cas de l'assurance maladie-invalidité, la perte d'emploi pour l'assurance chômage ou l'âge pour la possibilité d'entrer dans un dispositif de fin de carrière. Mais les changements et réformes touchant un système peuvent avoir des répercussions sur l'attractivité relative des autres. Ainsi, durant la pandémie de COVID-19, la facilité d'accès au chômage temporaire a probablement diminué la nécessité du recours à l'assurance maladie-invalidité. À l'inverse, le démantèlement progressif des systèmes de retraite anticipée depuis le début des années 2000, tels ceux de la prépension conventionnelle ou des chômeurs âgés avec dispense de recherche d'emploi, a probablement renforcé le recours à l'assurance maladie-invalidité en fin de carrière. Certaines études récentes ont montré que le renforcement du contrôle de la disponibilité des chômeurs et la plus grande dégressivité dans le temps des allocations qu'ils perçoivent ont aussi contribué à davantage de transitions du chômage vers l'assurance maladie-invalidité.

Un intérêt accru pour la réintégration et les reprises partielles d'activité, mais pas encore de hausse des sorties

Les flux d'entrées et de sorties déterminent conjointement le nombre de personnes en incapacité de travail. Nous analysons donc leur parcours et les résultats des instruments destinés à favoriser la réintégration.

La probabilité de quitter le système d'assurance maladie diminue rapidement après six mois d'absence. Au cours des six premiers mois, deux tiers des personnes quittent le dispositif, mais après cela, le retour vers le marché du travail est beaucoup plus difficile. Environ deux personnes sur dix en incapacité restent absentes pendant un an. Parmi celles qui sont malades durant un an, huit sur dix sont toujours en incapacité un an plus tard. Cette proportion continue d'augmenter à mesure que la durée de l'absence se prolonge. Par rapport aux deux autres régions, la durée de l'incapacité est en moyenne plus courte en Flandre. Tant des facteurs « pull » que des facteurs

« push » sont susceptibles d'y contribuer. D'une part, il peut en effet y avoir davantage de chances de retrouver un emploi dans un marché du travail plus dynamique, mais, d'autre part, la disponibilité d'un éventail plus large d'instruments de suivi des personnes en incapacité au cours de la période étudiée peut également avoir joué un rôle. Les travailleurs peu diplômés et surtout les plus âgés, restent en moyenne plus longtemps en incapacité. Pour ce dernier groupe, la probabilité de reprendre le travail après un an d'absence ou plus est particulièrement faible. Ils sortent du système d'assurance maladie à l'âge de la pension.

Il existe différents outils de soutien à la réintégration. La reprise partielle du travail, avec cumul partiel du salaire et de l'indemnité d'incapacité de travail en est un. Il est possible de procéder auprès du dernier employeur à une visite de pré-reprise du travail, et, depuis 2017, à un trajet de réintégration formalisé. Le médecin du travail évalue alors les possibilités de reprise (partielle le cas échéant) du travail et la nécessité d'adapter le poste de travail. Les services régionaux de l'emploi (Actiris, ADG, Forem et VDAB) proposent, en coopération avec des partenaires spécialisés, des formations et des accompagnements pour les personnes en recherche d'un autre emploi ou devant acquérir de nouvelles compétences pour reprendre le travail en dépit de leurs problèmes de santé. C'est ce que nous appelons les trajets d'accompagnement proposés par les services de l'emploi. En Wallonie, l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) joue un rôle important dans ce domaine, étant donné sa responsabilité en matière de réintégration des travailleurs. Les conventions-cadres conclues avec les régions régissant ces trajets ont été signées en 2012 et 2013 et ont été renouvelées en 2023. Ce faisant, le groupe cible à Bruxelles et en Wallonie a été élargi à toutes les personnes ayant besoin d'un accompagnement (comme c'était déjà le cas en Flandre), alors qu'il ne s'agissait auparavant que d'une offre de formations. La communauté germanophone dispose désormais elle aussi d'un tel accord-cadre. Du côté des mutualités, le médecin-conseil, épaulé par une équipe pluridisciplinaire, a depuis peu la possibilité d'orienter des personnes vers un « coordinateur de retour au travail », qui peut à son tour aiguiller la personne vers ces différents outils.

La participation à ces instruments augmente. La reprise partielle du travail est l'instrument le plus utilisé: le nombre de bénéficiaires de ce système a doublé entre 2015 et 2021 pour atteindre 120 000 personnes. Le recours aux autres dispositifs est lui aussi en hausse: 50 000 personnes ont passé une visite de pré-reprise en 2020. Toutefois, seules 5 000 ont entamé un trajet d'accompagnement auprès d'un service de l'emploi.

Cet intérêt accru pour la réintégration n'a cependant pas été suffisant au cours de la période allant jusqu'à 2020 pour accélérer les sorties du régime. La probabilité qu'une incapacité de travail dure au moins un an est demeurée relativement stable entre 2013 et 2020, autour de 20 %. Cela ne signifie pas pour autant que ces instruments sont sans effets. L'utilisation des trajets d'accompagnement et des trajets de réintégration reste, elle aussi, limitée si bien qu'ils n'influencent que peu les chiffres globaux des sorties.

L'état de santé est le principal déterminant du moment où la réintégration est possible, mais, de manière générale, c'est souvent à un stade tardif que commence la participation à ces outils de réintégration. Or, un démarrage précoce – dans les six premiers mois d'absence – constitue le principal gage de réussite. Tous les instruments présentent beaucoup plus de chances d'aboutir à une reprise du travail lorsqu'ils sont mis en œuvre promptement. Il est indéniable que cela dépend aussi des différences individuelles (sur le plan de la santé) entre les personnes qui s'y mettent tôt et celles qui commencent plus tard, mais indépendamment de cet aspect, un recours plus rapide aux outils de réintégration constitue en soi un facteur de réussite pour une future transition. Plus de la moitié des visites de pré-reprise et des reprises partielles du travail commencent dans les six premiers mois, alors que ce n'est le cas que pour trois trajets de réintégration sur dix et moins d'un trajet d'accompagnement sur dix. S'il est logique de s'attendre à ce que les trajets d'accompagnement commencent plus tard – puisqu'il se peut qu'ils interviennent à la suite de l'échec d'une tentative de réintégration auprès de l'employeur initial –, l'on constate tout de même

que la moitié de ces trajets ne commencent qu'après deux ans d'absence, lorsque les chances de reprise se sont très nettement amenuisées. Le démarrage tardif des efforts de réintégration pourrait expliquer pourquoi, pour la période allant jusqu'à 2020, il n'y a pas eu d'augmentation du taux de sorties, et ce en dépit des efforts accrus en faveur de cette politique.

On observe une forte hausse de la proportion de personnes au travail pendant une période d'incapacité. En raison du recours croissant à la reprise partielle du travail, 12 % des malades de longue durée travaillaient en 2020, contre 8 % en 2013. Par conséquent, si l'on exclut les personnes qui travaillent pendant leur incapacité, l'augmentation du nombre de malades de longue durée sur cette période est moins importante (+33 % au lieu de +40 %), même si elle reste substantielle. Près de la moitié des personnes qui reprennent le travail selon ces modalités sortent de l'incapacité dans les six mois pour une reprise complète. À l'issue de ces six premiers mois, la probabilité d'une reprise complète se réduit singulièrement. Abstraction faite du groupe qui n'a pas été en mesure de poursuivre la reprise du travail, un quart des personnes combinent encore allocation et travail partiel après deux ans. Bien qu'une combinaison à plus long terme d'un emploi et d'allocations puisse être pertinente, par exemple pour les personnes souffrant d'un problème de santé chronique ou fluctuant, cette solution soulève la question de savoir si la reprise partielle du travail encourage suffisamment la transition vers une reprise complète. Financièrement, la transition ne s'avère en effet pas toujours avantageuse, a fortiori si la reprise complète ne peut se faire qu'à un salaire inférieur.

À l'issue d'une incapacité de travail, une part importante de personnes retrouve un poste auprès d'un nouvel employeur. Parmi celles qui reprennent le travail après quatre mois au moins d'incapacité, la majorité recommence auprès de leur employeur initial. Cela étant, une personne sur cinq change d'employeur, et dans ce cas, la plupart du temps, aussi de secteur. Ce chiffre est plus élevé dans le cas de troubles psychiques, et atteint même la proportion de un sur deux pour les individus qui ont été en incapacité pendant plus de deux ans. Par ailleurs, un groupe important reprend dans un premier temps le travail auprès de son employeur initial, puis en change au cours de l'année qui suit. Il semble donc que bon nombre de personnes choisissent de se diriger vers un nouvel employeur, voire vers un nouveau métier, ou sont contraintes de le faire en raison de leur problème de santé ou de leur absence prolongée.

Pourtant, les trajets d'accompagnement destinés à faciliter la recherche d'un nouvel employeur sont peu utilisés. Un objectif quant au nombre de bénéficiaires de ces dispositifs a été fixé pour l'année 2024. Il s'établit à 18 000, ce qui demeure un nombre limité. La proportion de personnes qui retournent au travail dans les deux ans qui suivent le début de ce trajet – à savoir environ une sur trois, dont près de la moitié par la voie de la reprise partielle – est en outre plus faible que pour les autres instruments. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les représentants de ce groupe sont souvent en incapacité de longue durée, qu'ils sont en moyenne moins diplômés, et que leur situation est plus compliquée, en ce sens qu'ils doivent trouver un autre emploi ou acquérir de nouvelles compétences. La probabilité de retour au travail pour les personnes qui terminent avec succès une formation dans ce cadre est toutefois nettement plus élevée.

La réintégration auprès de l'employeur initial s'opère presque exclusivement par la voie des visites (plus informelles) de pré-reprise du travail. Au moment de leur lancement en 2017, les trajets de réintégration étaient obligatoires dans le cadre d'un licenciement pour cause de force majeure médicale, si bien qu'un peu plus de la moitié d'entre eux ont abouti à un licenciement de ce type. Au vu de ce constat, en 2023, ces trajets ont été dissociés de la procédure de force majeure médicale, ce qui a entraîné un recul de 80 % du nombre de trajets entamés. Par conséquent, les visites de pré-reprise du travail sont à ce jour de loin l'outil le plus utilisé. Comme dans le cas d'un trajet de réintégration, une visite chez le médecin du travail permet d'évaluer les possibilités de retour au travail, le cas échéant moyennant des aménagements du poste de travail ou une reprise partielle. Les trajets de réintégration formalisent ce processus, en prévoyant notamment l'obligation pour l'employeur de se justifier lorsqu'il n'est pas d'accord avec les propositions du

médecin du travail. Avant la réforme, les trajets de réintégration étaient principalement mis en place pour les personnes qui ne pouvaient plus exercer leur ancien emploi, et la probabilité de réussite était donc plus faible que dans le cas d'une visite de pré-reprise. Pour autant, un peu moins de quatre participants sur dix étaient en activité deux ans après avoir débuté un trajet de réintégration, presque toujours auprès d'un autre employeur, ce qui indique que le licenciement peut également marquer le point de départ d'une réinsertion professionnelle ailleurs.

Pour contrer l'augmentation des maladies de longue durée, il faut réduire les entrées dans le système et/ou accélérer les sorties, ce qui ne se produit pas actuellement. Malgré l'intérêt accru accordé à la réintégration, la durée de l'incapacité de travail ne diminue pas. La participation souvent tardive aux outils de réintégration explique en partie cet échec. Le flux d'entrées continue de progresser et les changements démographiques n'en sont que partiellement responsables. En conséquence, la Belgique obtient des résultats particulièrement médiocres en termes d'inclusion sur le marché du travail des personnes malades de longue durée. De nouvelles réformes en matière de prévention et de réintégration sont nécessaires pour remédier à cette situation.

RECOMMANDATIONS

Si le travail peut être à l'origine de problèmes de santé, il peut également contribuer à rétablir une meilleure santé. Aussi importe-t-il d'éviter une sortie complète et d'offrir rapidement aux personnes des possibilités de reprise totale ou partielle du travail lorsque leur état de santé le permet. Il y a lieu de mettre l'accent sur les « compétences » des individus plutôt que sur leur « incapacité », sans compter qu'un mot comme « invalidité » rend rarement justice aux talents et capacités réels d'une personne. **Bien que les efforts consacrés à la réintégration permettent d'augmenter le taux d'emploi et de répondre aux pénuries sur le marché du travail, leur objectif premier est de favoriser l'inclusion sur le marché du travail des personnes en proie à des problèmes de santé.**

Dans les situations où un retour au travail est envisageable sur le plan médical, une intervention rapide – soit, dans les six premiers mois – est cruciale. Autant que faire se peut, la reprise de l'emploi initial (moyennant d'éventuels aménagements) ou l'accès à un autre poste auprès du même employeur est l'option la plus évidente. Si cela n'est pas possible, l'intéressé doit être assisté dans sa transition vers un nouvel employeur ou un autre emploi.

Les mesures visant à maîtriser l'évolution du nombre de personnes en incapacité de travail doivent se développer sur plusieurs fronts. Outre les domaines de la politique sociale et du travail, l'éducation et la formation jouent également un rôle. Les politiques en matière de carrière en sont indissociables et la santé des travailleurs âgés doit tout particulièrement être prise en compte dans les discussions visant l'allongement des carrières. Consacré à cette thématique, le rapport du CSE paru en 2017² insistait sur l'importance du système d'assurance maladie-invalidité à cet égard. Les investissements dans les soins de santé mentale, la prévention et l'éducation en matière de santé, entre autres, sont essentiels. Il convient également de renforcer la coopération entre les acteurs de l'emploi et ceux de la santé (notamment pour la santé mentale) afin de ramener vers le marché du travail un maximum de demandeurs d'emploi souffrant de problèmes psycho-médico-sociaux.

Un retour au travail doit se faire dans les meilleures conditions pour assurer un succès durable. La rechute constitue un risque réel pour les personnes confrontées à des problèmes de santé et ces dernières doivent pouvoir s'investir dans leur réinsertion professionnelle sans encourir de risque financier. La crainte de perdre ses allocations peut en effet constituer un obstacle majeur à la participation aux instruments de réintégration; franchir ce cap ne devrait jamais avoir de conséquences financières négatives pour l'assuré. Une bonne communication est primordiale à cet égard, afin que les personnes aient connaissance des options de réintégration et qu'elles sachent

² Cf. CSE (2017), « [Allongement et qualité des carrières professionnelles](#) » pour connaître les recommandations formulées sur le sujet.

qui sont les acteurs impliqués et comment les efforts de réintégration peuvent influencer leur situation.

Qui plus est, la situation des individus peut évoluer, si bien qu'ils peuvent n'être prêts à une réinsertion professionnelle qu'après un certain temps. C'est pourquoi il est essentiel que le médecin-conseil ou l'équipe multidisciplinaire assure un suivi continu afin d'offrir aux personnes concernées des propositions concrètes au moment où elles sont prêtes. La récente réforme, qui prévoit trois moments de contact entre l'individu en incapacité et le médecin-conseil ou l'équipe pluridisciplinaire durant la première année d'absence, et ensuite avec un intervalle de temps variant d'un à cinq ans en fonction de l'état de santé, constitue donc une étape dans la bonne direction.

Une politique efficace nécessite une coopération, une communication et un échange d'informations fluide entre les acteurs impliqués, de même qu'un alignement des politiques fédérales et régionales. Les partenaires sociaux jouent un rôle de premier plan à cet égard. Il faut saluer les travaux du CNT, notamment autour de la prévention du burn-out. Les initiatives sectorielles devraient être encouragées et prendre comme point de départ une analyse de la situation et des besoins spécifiques. Le suivi et l'évaluation des mesures sont essentiels, au même titre qu'une centralisation et une mise en commun plus poussée des données relatives à l'incapacité de travail, à la réintégration et aux débouchés sur le marché du travail afin d'obtenir plus rapidement une vision claire de l'efficacité des mesures. Les chances d'aboutir à une coopération intégrale et multidisciplinaire en matière de prévention et de réintégration dépendent largement de la marge de manœuvre qui sera accordée aux acteurs pour parvenir à un partage des données à caractère personnel efficace, proportionnel et respectueux des principes du RGPD d'un bout à l'autre de la chaîne. Cet aspect revêt également de l'importance pour permettre de suivre et d'évaluer l'efficacité de la politique. Le Conseil appelle à un bon équilibre entre le droit au respect de la vie privée, d'une part, et le droit à des services intégrés et de qualité, d'autre part.

Investir dans la réduction des taux d'entrée en incapacité de travail et dans la réintégration est non seulement une question d'efficacité, mais également d'équité. Cette situation a en effet des conséquences humaines et financières significatives, à la fois pour la personne concernée, pour les employeurs et pour la société.

Les réformes récentes cadrent avec plusieurs des principes que nous avons décrits ci-avant. Elles visent notamment à améliorer la prévention, à renforcer le suivi des personnes en incapacité, ainsi qu'à accroître et à accélérer la participation aux instruments de réintégration. Les recommandations que nous présentons ici s'inscrivent dans cette continuité. Les différentes parties prenantes – la personne en incapacité de travail, l'employeur, les mutualités, le médecin du travail, le médecin traitant ainsi que les organismes régionaux concernés – ont un rôle important à jouer et les recommandations du CSE ont pour objectif de renforcer les responsabilités de chacun.

1. Soutenir et encourager les mesures relatives à la prévention et à la réintégration auprès des employeurs

Bien que l'incapacité ne soit pas nécessairement liée au travail, l'attention portée aux mesures préventives sur le lieu de travail a une incidence directe sur l'occurrence des problèmes de santé. Vu la disproportion des facteurs de risque pour la santé physique et mentale des travailleurs dans certains secteurs, il importe de poursuivre les efforts en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail ainsi que de réduction de ces facteurs de risque pour réduire le flux entrant dans le système d'assurance maladie-invalidité. **Le Conseil estime qu'il convient de sensibiliser plus encore les employeurs aux avantages d'une politique de prévention plus étoffée.** C'est pourquoi la Flandre mise beaucoup sur le travail faisable, l'un des quatre piliers figurant dans le dernier accord conclu entre le gouvernement flamand et les partenaires sociaux. Les conventions sectorielles (avec des actions relatives au travail faisable), un incitant financier pour les entreprises



(« *werkbaarheidscheques* »), une offre de services de qualité accessibles au plus grand nombre et le financement de projets qui soient de réels « *game changers* » constituent des axes importants de cet accord. Ces actions sont menées en étroite collaboration avec la Stichting Innovatie en Arbeid (STIA). Il importe qu'une telle approche bénéficie d'une large adhésion, qu'elle soit ajustée si nécessaire en fonction de son impact et qu'elle soit poursuivie. En Wallonie, une prime a été instaurée récemment pour soutenir les employeurs lors de la réintégration de personnes confrontées à des problèmes de santé. Bien que l'incapacité de travail relève d'une compétence fédérale, ceci montre le rôle important des régions dans cette matière, chacune pouvant tirer des enseignements des initiatives des autres.

Dans l'optique d'une responsabilisation accrue des employeurs concernant la prévention de l'absentéisme et l'utilité de la réintégration, l'expérience des Pays-Bas montre que le salaire garanti est bien plus efficace qu'une cotisation sociale modulée en fonction de la part de malades de longue durée au sein de l'entreprise. Le paiement du salaire garanti pendant une période donnée est plus lisible et plus immédiatement tangible. Pour éviter de créer une discrimination à l'embauche à l'encontre des groupes qui présenteraient un risque accru de problèmes de santé, comme les travailleurs plus âgés, le coût lié à cette période de salaire garanti ne peut pas être excessif. Une possibilité consisterait à prolonger la période actuelle de versement d'un salaire garanti. Pour accorder suffisamment de temps aux efforts de réintégration, **le Conseil propose que, durant les douze premiers mois d'incapacité, l'employeur verse mensuellement un pourcentage du salaire à titre de contribution au paiement de l'allocation.** L'allocation totale octroyée au travailleur ne serait pas plus élevée qu'actuellement, mais elle serait acquittée conjointement par l'assurance maladie-invalidité et par l'employeur, comme c'est déjà le cas pendant le premier mois de maladie pour les ouvriers. Étaler la contribution sur une année permet de « récompenser » les employeurs lorsque ceux-ci encouragent la réintégration endéans ces douze mois. Ceci peut donc constituer une alternative à l'actuelle cotisation de responsabilisation, plus complexe, qui n'a d'effet qu'en cas d'absence pour raison médicale d'une durée de douze mois.

Les travailleurs qui sont licenciés pourraient aussi avoir recours à un trajet de transition. Dans ce cadre, ils seraient mis à la disposition d'un nouvel employeur, le précédent continuant de payer leur rémunération durant la période de préavis. La possibilité d'appliquer également cette idée à des personnes en incapacité de travail peut être examinée. Après une reprise du travail chez un nouvel employeur, le montant de l'allocation pourrait être utilisé temporairement en vue de financer une réduction des coûts salariaux pour celui qui prend le risque d'engager le travailleur.

Le Conseil estime qu'il importe d'éviter toute discrimination à l'embauche sur la base de l'état de santé ou du handicap. Plus d'inclusion n'est pas seulement souhaitable d'un point de vue sociétal, cela contribue également à un marché du travail plus performant. Dans la mesure du possible, il faut compléter à cette fin la description des offres d'emploi en apportant des informations telles que l'accessibilité du bâtiment/poste de travail, les aptitudes requises aux tâches essentielles ou la possibilité de solliciter des aménagements raisonnables au processus de sélection.

Il convient également d'améliorer l'exemplarité des services publics à l'égard de l'emploi de ces travailleurs, par l'adaptation des réglementations sur l'obligation d'occupation de travailleurs en situation de maladie ou de handicap. Tous les employeurs, du secteur public comme du privé, doivent être sensibilisés à l'importance d'intégrer la dimension de la santé et du handicap dans la gestion des ressources humaines.

2. Éviter les absences complètes par une reconnaissance partielle de l'incapacité de travail

Actuellement, pour avoir droit à des indemnités d'incapacité de travail, un travailleur doit cesser toute activité et avoir perdu au moins deux tiers de sa capacité de gain. Lorsque l'état de santé d'une personne se dégrade progressivement, elle doit donc continuer à travailler jusqu'à ce que

cela devienne impossible pour elle. Par la suite, elle peut néanmoins recommencer à travailler dans le cadre d'une reprise partielle du travail, mais l'interruption de son activité professionnelle peut augmenter le risque d'une absence de longue durée. **Le Conseil propose d'instaurer une reconnaissance partielle d'incapacité, qui permette de combiner une durée de travail réduite avec une indemnité partielle, et d'éviter ainsi une absence complète.** Nous soutenons le déploiement de projets pilotes sur ce thème, dans le cadre desquels il importe d'analyser si une telle reconnaissance partielle permet effectivement d'éviter une absence complète.

3. Renforcer les rôles du médecin traitant et du médecin du travail dès le début de l'incapacité

Le médecin traitant a un contact étroit avec la personne en incapacité au début de son absence. Il est au fait de son état de santé et indique la durée de l'absence sur le certificat. Le médecin traitant est ainsi en position de jouer un rôle plus actif dans la réintégration. Suivant le modèle de *fit note* britannique, **le Conseil propose d'introduire une « attestation d'aptitude au travail » sur laquelle le médecin pourrait indiquer si des étapes vers la réintégration sont possibles** et, le cas échéant, à quelles conditions.

Ces informations se révéleraient précieuses pour permettre un suivi et un accompagnement adéquats par les mutualités. Elles favorisent également un dialogue précoce sur la réintégration, ce qui est essentiel. Le médecin traitant peut, d'une part, évaluer correctement les difficultés du patient et, d'autre part, fournir des renseignements fiables sur l'éventail (complexe) des possibilités de réintégration. Il est donc également important qu'il soit suffisamment formé et soutenu financièrement pour endosser ce rôle. Le médecin traitant devrait dans tous les cas pouvoir consulter les données concernant les initiatives de reprise d'activité, afin d'en discuter avec son patient.

Parallèlement, le rôle du médecin du travail devrait aussi être réexaminé. Celui-ci est souvent le mieux placé pour évaluer l'employabilité de l'intéressé en ce qu'il dispose tant d'une expertise médicale que d'une connaissance des conditions de travail. **Le Conseil propose d'étudier comment le médecin du travail peut jouer un rôle plus important dans la prolongation de l'incapacité de travail.** Une possibilité consisterait à encourager le médecin traitant à orienter ses patients vers le médecin du travail en cas de problème lié à l'emploi – tout comme il les renvoie vers des spécialistes en cas de problèmes médicaux spécifiques. Par ailleurs, le médecin du travail doit depuis peu prendre contact avec la personne en incapacité après quatre semaines d'absence pour exposer les possibilités de réinsertion professionnelle auprès de l'employeur. Dans ce cadre, la Wallonie a mis en place une bonne pratique en recommandant également de présenter les services de l'AVIQ visant à soutenir la réintégration.

4. Orienter plus rapidement et accélérer le lancement du processus de réintégration en associant les mutualités

L'état de santé est prépondérant pour déterminer si la réintégration est possible. Le cas échéant, il y a lieu de prendre dès que possible des mesures dans ce sens. **Le Conseil propose d'élargir le groupe des personnes qui sont orientées vers des actions de réintégration et de diriger plus rapidement les intéressés vers ce processus.** Concrètement, à partir de l'entrevue avec la mutualité organisée durant le quatrième mois d'incapacité, toutes les personnes dont l'état de santé le permet pourraient être aiguillées vers le médecin du travail, vers les services publics de l'emploi ou vers une reprise partielle du travail.

À l'heure actuelle, les personnes en incapacité ne sont pas tenues de répondre favorablement lorsqu'elles sont (ré-)orientées de la sorte. Si certains entretiens avec la mutualité sont obligatoires, rien n'oblige les intéressés à donner suite à une proposition de prendre contact avec le médecin du travail. **Le Conseil propose de rendre obligatoire la participation aux outils de réintégration**

impliquant le médecin du travail ou les services publics de l'emploi. L'instrument le mieux adapté doit être choisi en concertation avec la personne en incapacité et cette obligation n'est pas indispensable pour les individus qui reprennent partiellement le travail. Afin d'établir le caractère contraignant d'une proposition de retour à l'emploi, il est possible de s'inspirer de la réglementation relative à l'« emploi convenable » de l'assurance chômage. Cependant, il convient de tenir compte de la situation spécifique des personnes confrontées à un problème de santé, si bien qu'une reprise (partielle) du travail ne peut être rendue obligatoire qu'avec l'accord d'un médecin du travail et d'un médecin-conseil après concertation pluridisciplinaire³.

Les mutualités sont encouragées financièrement à rediriger les intéressés vers ces outils de réinsertion professionnelle. Une partie de l'indemnité qu'elles perçoivent pour couvrir leurs frais administratifs dépend de différents paramètres, parmi lesquels leurs efforts en matière de réintégration, et la part de ces « frais administratifs variables » s'est élargie ces dernières années. Afin d'inciter encore davantage les mutualités à aiguiller les individus en incapacité vers ces instruments, **le Conseil propose de continuer à les responsabiliser**, en revoyant par exemple une nouvelle fois cette proportion à la hausse.

Depuis la dissociation des trajets de réintégration et de la procédure de force majeure médicale, cette dernière ne peut plus être entamée qu'après un délai de neuf mois. Cette restriction vise à accroître les chances d'un retour auprès de l'employeur initial. Cependant, les études montrent que lorsque les trajets de réintégration et la force majeure médicale étaient liés, les travailleurs entamaient souvent, au cours de ces neuf mois, un parcours conduisant, dans un premier temps, à un constat d'« inaptitude définitive » à leur emploi initial, puis à leur embauche chez un nouvel employeur. Une rupture du contrat de travail pour force majeure médicale peut donc constituer un point de départ pour la réintégration, et **le Conseil propose que les travailleurs puissent entamer cette procédure de cessation du contrat plus rapidement.**

5. Rendre la reprise complète du travail au moins aussi attrayante financièrement que la reprise partielle

S'il est positif que la reprise d'une activité à temps partiel pendant l'incapacité bénéficie d'un soutien financier, il est important que le passage à une reprise complète du travail soit également encouragé. Pour les personnes à faible revenu qui utilisent la reprise partielle, la transition vers une reprise complète peut entraîner une perte de revenus. C'est pourquoi **le Conseil propose d'accorder une prime unique aux personnes qui passent volontairement d'une reprise partielle à une reprise totale**, au risque d'une perte initiale de revenu. Pour ce faire, la prime ciblerait les personnes à faible revenu. Les personnes en reprise partielle sont en effet régulièrement évaluées par le médecin-conseil et perdent leur droit aux allocations de maladie lorsqu'elles sont à nouveau en mesure de travailler suffisamment. Une telle prime unique constituerait une incitation à accélérer la transition vers la reprise complète du travail.

Par ces recommandations, le Conseil entend soutenir les récentes réformes dans l'incapacité de travail, dans les secteurs tant privé que public, améliorer l'inclusion des personnes confrontées à des problèmes de santé et contribuer à créer un marché du travail solide, où les compétences de chacun sont pleinement utilisées.

Bruxelles, le 14 mars 2024

³ Notons qu'il est question ici de personnes en incapacité de travail confrontées à un problème de santé reconnu. Les propositions évoquées n'ont pas pour objet de mettre fin à l'incapacité de travail – le médecin conseil a toujours la possibilité de le faire si les conditions ne sont plus remplies –, mais de permettre une reprise du travail compatible avec l'état de santé.





Conseil supérieur de l'emploi

INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET RÉINTÉGRATION DES SALARIÉS SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI

Mars 2024



TABLE DES MATIÈRES

1	La situation sur le marché du travail des personnes malades ou atteinte d'un handicap.....	22
2	Déterminants de l'incapacité et de l'invalidité	27
2.1	Évolution du nombre de malades de longue durée en Belgique.....	27
2.2	Changements démographiques et évolution de la proportion de personnes en incapacité.....	28
2.2.1	Effet du vieillissement de la main-d'œuvre	28
2.2.2	Effet de la féminisation de la main d'œuvre.....	31
2.3	Les pathologies à l'origine de l'incapacité	35
2.4	Les risques pour la santé au travail et le secteur de l'emploi.....	40
2.4.1	Les problèmes de santé liés au travail selon les données de l'EFT.....	40
2.4.2	Les entrées en incapacité selon les données administratives: introduction	44
2.4.3	Aspects sectoriels de l'incidence de l'incapacité	45
2.5	Politique de prévention et bien-être au travail	49
2.5.1	Un système de soins de santé de bonne qualité	49
2.5.2	Santé des travailleurs: cadre réglementaire	50
2.5.3	Les incitations financières pour prévenir les absences au travail.....	52
2.6	Interactions avec d'autres statuts de sécurité sociale.....	54
3	Réintégration sur le marché du travail	58
3.1	Parcours des personnes en incapacité de travail.....	58
3.2	Instruments de réintégration sur le marché du travail.....	67
3.2.1	Reprise partielle du travail.....	67
3.2.2	Réintégration auprès de l'employeur initial	67
3.2.3	Formation et accompagnement par l'intermédiaire des services régionaux de l'emploi	69
3.2.4	Identification précoce des possibilités de réintégration et accompagnement par la mutualité.....	71
3.3	Participation aux instruments de réintégration.....	74
3.4	Résultats des instruments de réintégration	80
3.4.1	Reprise partielle du travail.....	82
3.4.2	Réintégration auprès de l'employeur initial	84
3.4.3	Accompagnement par les services de l'emploi.....	90
3.5	Facteurs influençant la réintégration	94
3.5.1	Aspects financiers	94
3.5.2	Emploi dans les entreprises de travail adapté	96
3.5.3	Discrimination	97
3.5.4	Accès aux soins de santé (mentale).....	98
4	Comparaison internationale	100
4.1	Différences entre la Belgique et les autres pays européens	100
4.2	Réformes aux Pays-Bas	103
4.3	Réformes en Allemagne.....	105
4.4	Impact des instruments de réintégration	106
4.5	Leçons à tirer pour la Belgique	107
5	Bibliographie	110
6	Annexe 1	114
7	Annexe 2: Liste des commissions paritaires.....	118

1 LA SITUATION SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL DES PERSONNES MALADES OU ATTEINTE D'UN HANDICAP

Le présent rapport porte sur les personnes en incapacité de travail dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité – c'est-à-dire les personnes qui doivent interrompre leurs activités en raison de problèmes de santé –, qui ne constituent qu'une partie du groupe plus étendu des personnes qui ne peuvent pas travailler parce qu'elles sont en situation de handicap. Nous pensons ici aux personnes atteintes d'un handicap qui n'ont jamais pu participer au marché de l'emploi, ou encore à celles qui ont dû interrompre leur activité professionnelle à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Dans cette section, nous donnons un aperçu de la situation sur le marché du travail du groupe étendu des personnes en situation de handicap. Dans la suite de ce rapport, nous nous intéresserons à la situation spécifique des personnes en incapacité de travail.

La maladie et le handicap contribuent de manière significative au haut degré d'inactivité en Belgique. L'inactivité est l'un des principaux problèmes qui caractérisent le marché du travail belge: le taux de participation des 20-64 ans était de 76 % en 2022, soit 3 points de pourcentage en deçà de la moyenne européenne, ce qui rend quasi impossible d'atteindre l'objectif fédéral d'un taux d'emploi de 80 %. Une personne est considérée comme inactive lorsqu'elle ne veut pas travailler, ne cherche pas d'emploi, ou n'est pas disponible pour travailler. Dans chacun de ces cas de figure, la maladie ou le handicap sont l'une des principales causes de cette inactivité, tout comme les raisons familiales, le départ à la pension et les études.

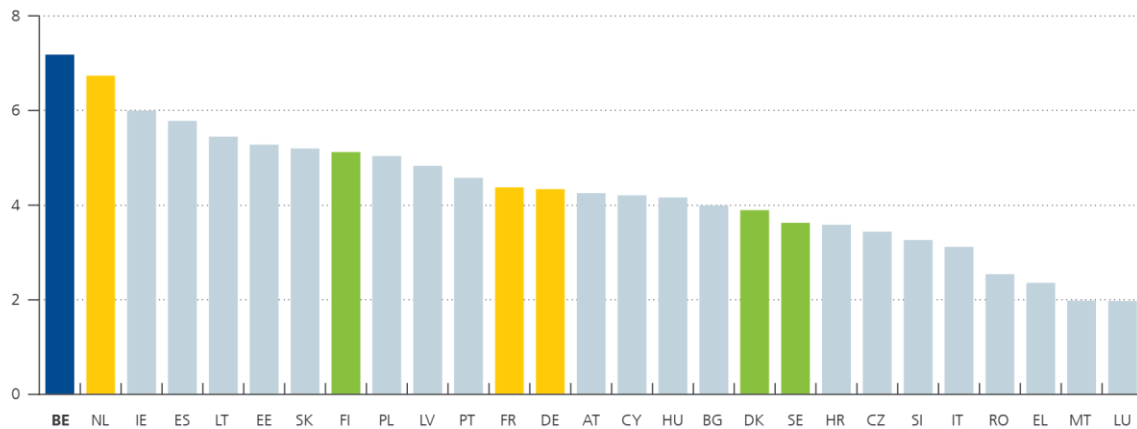
La Belgique est le pays européen qui compte la plus grande proportion de personnes inactives pour cause de maladie ou de handicap. Pas moins de 7,2 % des 20-64 ans sont inactifs pour cette raison. Cela représente près de 3 inactifs sur 10 dans la tranche d'âge des 20-64 ans en Belgique. Si les Pays-Bas affichent un pourcentage similaire, celui-ci avoisine les 4 % en France et en Allemagne. Une large part de cette différence de participation pourrait donc être comblée si, en Belgique, une plus grande proportion des personnes en situation de handicap participaient au marché du travail. Les définitions ayant été modifiées, il est plus difficile d'analyser l'évolution dans le temps mais, entre 2010 et 2019, cette proportion a augmenté plus vivement en Belgique (+2,2 points de pourcentage) que dans l'UE (+0,8 point de pourcentage). En 2010, la Belgique affichait déjà des résultats moins bons que la moyenne européenne, mais c'est en raison de cette évolution qu'elle enregistre aujourd'hui le taux d'inactivité pour cause de maladie ou de handicap le plus élevé. Dès lors, l'écart de taux d'emploi entre les personnes selon qu'elles sont ou non atteintes d'un handicap est également l'un des plus élevés de l'UE en Belgique. La section 4.1 examine plus en détail les causes de ces différences internationales.

Ce faible taux d'emploi s'explique par la participation limitée des personnes en situation de handicap, mais il tient aussi au fait que ces personnes trouvent plus difficilement un emploi lorsqu'elles en recherchent un. Le taux de chômage des personnes non handicapées s'établissait à 5,7 % en 2022. Il passait à 6,9 % pour les personnes souffrant d'une incapacité limitée de longue durée (au moins six mois) causée par un handicap, une affection ou une maladie. Ce taux de chômage pourrait être plus élevé pour les personnes souffrant d'un handicap grave plutôt que limité mais, compte tenu de leur faible participation, les données permettant de calculer un taux de chômage fiable sur la base des données d'enquête habituelles (EFT) sont trop peu nombreuses. En effet, le taux de participation du groupe des personnes souffrant d'un handicap grave s'élève à 23,7 %, contre 57,8 % pour celles atteintes d'un handicap limité et 75 % pour celles qui ne souffrent d'aucun handicap.



Graphique 1 - Inactivité pour cause de maladie ou de handicap

(pourcentages des 20-64 ans qui sont inactifs parce qu'ils sont atteints d'une maladie ou d'un handicap¹, 2021)



Source: Calculs du CSE sur la base de l'EFT (Eurostat).

¹ Pourcentages des personnes qui ne veulent pas travailler, ne sont pas à la recherche d'un emploi ou ne sont pas disponibles pour travailler parce qu'elles sont atteintes d'une maladie ou d'un handicap.

En Belgique, 1 personne âgée de 16 à 64 ans sur 5 souffre d'un problème de santé l'empêchant sur le long terme d'exercer ses activités. Ce chiffre est tiré de l'enquête EU-SILC dans le cadre de laquelle les personnes interrogées évaluent leur situation propre. 14 % d'entre elles déclarent rencontrer certains obstacles, tandis que 6 % des 16-64 ans éprouvent des limitations graves. Parmi les peu diplômés et les personnes âgées de 55 à 64 ans, c'est même 1 personne sur 3 qui souffre d'un handicap de longue durée, tandis qu'elles sont un peu plus de 11 % à souffrir d'un handicap de longue durée grave. La proportion des personnes en situation de handicap en Belgique est comparable à la moyenne européenne (20 % en Belgique, contre 19 % dans l'UE). La plus grande part d'inactifs pour cause de problèmes de santé observée en Belgique ne semble donc pas indiquer que les problèmes de santé sont plus importants en Belgique, mais plutôt que les personnes souffrant de problèmes de santé participent moins au marché du travail.

Un niveau d'éducation plus faible et un manque de compétences constituent des obstacles majeurs à la participation au marché du travail des personnes atteintes d'un handicap. Une étude de l'OCDE (2022) montre que, tant en Belgique que dans d'autres pays, le niveau d'éducation des personnes en situation de handicap est significativement plus faible. Cette différence se manifeste très tôt dans leur vie: les jeunes en situation de handicap sont beaucoup plus susceptibles de ne pas avoir d'emploi et de ne suivre aucun enseignement ni aucune formation (neither in employment nor in education and training, NEET). La participation à la formation continue, qui peut constituer une solution alternative pour acquérir des compétences, est également plus faible parmi les personnes en situation de handicap, d'autant plus que nombre d'entre elles ne travaillent pas et que la probabilité de suivre une formation continue est dans ce cas plus faible. Il en découle non seulement un niveau d'éducation formelle inférieur, mais également des compétences de base en lecture, en écriture et en calcul nettement plus faibles. Si un handicap va souvent de pair avec un niveau d'éducation plus bas, cela joue également dans l'autre sens: les personnes moins diplômées sont plus susceptibles d'être en incapacité de travail.

Les personnes qui ne peuvent pas travailler en raison d'un problème de santé sont couvertes par plusieurs dispositifs de la sécurité sociale belge. Le présent rapport se penche sur celui de

l'incapacité de travail. En vertu de la loi⁴, un travailleur peut être reconnu incapable de travailler s'il a « cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé ». Ces personnes qui cessent complètement leur activité pour être reconnues incapables de travailler ont donc déjà travaillé – il ne s'agit ainsi par exemple pas de personnes qui quittent prématurément l'école à cause de problèmes de santé – et peuvent prétendre à des prestations d'incapacité de travail. Il peut s'agir de salariés ou de chômeurs du secteur privé aussi bien que de contractuels au sein de la fonction publique. Les travailleurs indépendants ont également droit, sous certaines conditions spécifiques, à des prestations d'incapacité de travail. Les fonctionnaires statutaires sont couverts par un système distinct. Compte tenu de la spécificité du groupe des indépendants en incapacité de travail et du fait que le secteur public a en partie adopté un système différent, nous nous concentrons dans ce rapport principalement sur le groupe (le plus large) des salariés du secteur privé.

Le groupe de personnes en incapacité de travail est de loin le plus important parmi les personnes en situation de maladie ou de handicap, et il ne cesse de croître. À la fin de 2021, 29 000 indépendants et 456 000 salariés étaient en incapacité de travail depuis au moins un an; on les appelle également les « malades de longue durée » ou les « personnes en invalidité ». Ce dernier groupe a augmenté de 69 % au cours des dix dernières années. En outre, un grand nombre de personnes sont en incapacité de travail pour des périodes plus courtes. En 2022, 173 000 salariés ont subi une période d'incapacité de travail d'un à trois mois, 59 000 de quatre à six mois et 121 000 de sept mois à un an ou plus⁵.

Les personnes en situation de handicap qui n'ont pas droit à des prestations d'incapacité de travail peuvent prétendre à des prestations alternatives par le biais de l'aide sociale. Il s'agit de personnes qui n'ont pas été en mesure de travailler suffisamment pour avoir droit à des indemnités d'incapacité de travail. Pour autant que, du fait de leur handicap, elles ne puissent gagner qu'un tiers ou moins qu'une personne non handicapée, les personnes âgées de 18 à 65 ans ont droit à une allocation de remplacement. Il existe par ailleurs également une allocation d'intégration supplémentaire destinée à couvrir les coûts supplémentaires induits par un handicap, calculée sur la base d'une évaluation de la gravité de celui-ci. En 2022, 188 000 personnes de moins de 65 ans avaient droit à une allocation de remplacement de revenus ou à une allocation d'intégration, soit 36 % de plus que dix ans auparavant. Cette augmentation s'explique en partie par des changements dans la réglementation qui ont rendu le système plus accessible, par la diminution du nombre de personnes qui y ont droit mais qui ne les réclament pas (« non take-up » ou « non-recours ») et par d'éventuels glissements dans l'enchevêtrement des autres dispositifs de la sécurité sociale (SPF Sécurité sociale, 2022). Les personnes plus âgées sont plus susceptibles d'y avoir recours, mais les différences entre les jeunes et les personnes plus âgées sont moins prononcées que pour le groupe des personnes en incapacité de travail. Ce groupe comprend également les personnes dont le handicap s'est déclaré tôt et qui n'ont jamais pu travailler. Les principales affections touchant les personnes reconnues incapables de travailler sont les troubles psychiques (28 %) et les problèmes

⁴ Il s'agit de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

⁵ Il s'agit des périodes qui ont pris fin en 2022. Les périodes de sept mois à un an ou plus se sont terminées en 2022 ou ont atteint une durée d'un an en 2022. En fonction de leur statut, certaines personnes peuvent également prétendre à des prestations d'incapacité de travail si la durée de leur maladie est inférieure à un mois. Tout dépend de la durée de la période durant laquelle le salaire garanti est versé par l'employeur avant que le salarié ne passe sous le régime de l'incapacité de travail (cf. section 2.5.3 pour de plus amples détails concernant le salaire garanti). Par souci de cohérence entre les statuts, nous allons dans ce rapport toujours analyser des périodes d'incapacité de travail d'au moins un mois. Il n'en demeure pas moins que les congés de maladie de courte durée constituent également une question importante. En 2022, parmi les entreprises affiliées à SD Worx, 3,5 % du nombre total de jours de travail n'ont pas été effectués en raison d'une maladie de moins d'un mois. Ce pourcentage a en outre systématiquement augmenté depuis 2010, année durant laquelle il s'établissait à 2,4 % (SD Worx, 2023).

d'orthopédie (26 %), ces parts demeurant relativement stables. Il s'agit également des affections les plus courantes chez les personnes en incapacité de travail, mais la part de ces groupes continue d'augmenter.

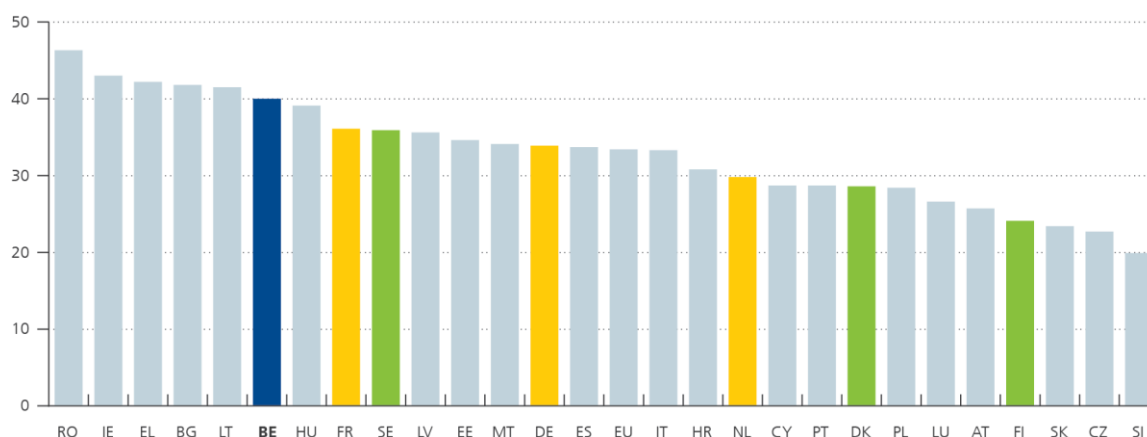
Un régime distinct s'applique par le biais de FEDRIS aux personnes qui sont incapables de travailler à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Le nombre d'accidents du travail survenant sur le lieu de travail a diminué de 20 % au cours de la décennie écoulée, revenant à environ 120 000 par an dans le secteur privé, dont environ 7 % étaient répertoriés comme des accidents du travail graves. En outre, un accident survenant sur le chemin du travail est lui aussi considéré comme un accident du travail. À l'origine, les indemnités pour maladies professionnelles ont été créées à l'intention des anciens mineurs, mais diverses maladies sont venues grossir la liste par la suite. En 2022, 38 500 personnes ont perçu une indemnité pour une incapacité permanente causée par une maladie professionnelle.

Enfin, certaines personnes souffrant d'un problème de santé bénéficient également d'allocations de chômage ou d'un revenu d'intégration. Elles peuvent y prétendre lorsqu'elles n'ont pas droit à ces deux prestations, par exemple parce que leur capacité de gain n'a pas diminué des deux tiers. Le revenu d'intégration constitue le dernier recours pour les personnes qui n'ont pas non plus droit à des allocations de chômage. Les services régionaux de l'emploi accompagnent les personnes souffrant de problèmes de santé pris en charge par plusieurs de ces régimes de sécurité sociale. La section 3.2.3 traite plus en détail de l'accompagnement du groupe des personnes en incapacité de travail par les services régionaux de l'emploi.

Malgré ces formes de protection sociale, 4 personnes sur 10 en situation de handicap sont exposées à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale dans le cadre de leurs activités, notamment parce qu'elles sont très peu intégrées sur le marché du travail. Il s'agit là de l'un des risques les plus élevés d'Europe. Il concerne les personnes qui courent au moins l'un des trois risques suivants: pauvreté monétaire, privation matérielle et sociale grave ou vie dans un ménage à très faible intensité de travail. La protection sociale rend la pauvreté monétaire comparable à la moyenne européenne: 21 % des personnes sont exposées au risque de pauvreté (monétaire). C'est la faible intensité de travail – 34 % vivent dans un ménage à faible intensité de travail, contre 23 % dans l'UE – qui explique le risque très élevé de pauvreté ou d'exclusion sociale en Belgique.

Graphique 2 - Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale des personnes souffrant d'un handicap de longue durée

(pourcentages des 16-64 ans, 2022)



Source: Eurostat (EU-SILC).

Le présent rapport analyse les causes de l'incapacité de travail et les possibilités de réinsertion professionnelle (nous utilisons le terme de « réintégration ») pour ce groupe. Comme nous l'avons signalé plus haut, cela ne concerne qu'une partie de l'ensemble des personnes qui ne participent pas au marché du travail parce qu'elles ont des problèmes de santé. Il s'agit cependant du groupe de loin le plus important, qui ne cesse en outre de s'étendre. Pour une analyse plus détaillée de la situation, tout aussi importante, des personnes en situation de handicap ou atteintes d'une maladie de santé chronique, nous renvoyons le lecteur au rapport thématique du CSE de 2014⁶, consacré aux causes du handicap et à la meilleure inclusion de ce groupe sur le marché du travail.

⁶ CSE (2014), *Participation au marché du travail des personnes en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique*.

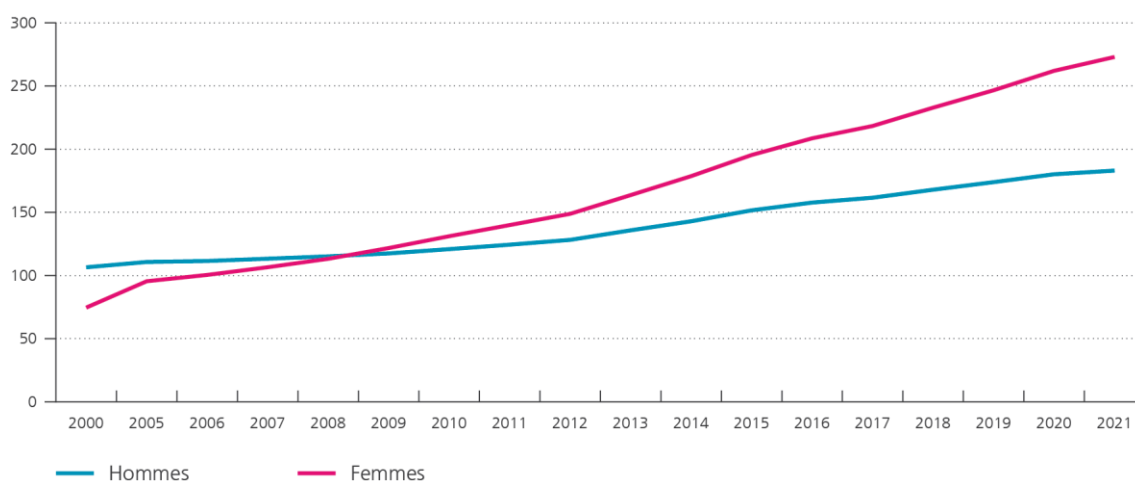
2 DÉTERMINANTS DE L'INCAPACITÉ ET DE L'INVALIDITÉ

2.1 Évolution du nombre de malades de longue durée en Belgique

Le nombre de bénéficiaires d'un revenu de remplacement pour cause de maladie depuis plus de douze mois, c'est-à-dire l'effectif des personnes en invalidité selon la terminologie officielle, enregistre une croissance importante depuis au moins le début des années 2000, et ce tant pour les hommes que pour les femmes.

Le graphique suivant montre l'évolution du nombre de ces personnes pour le régime salarié, ouvriers et employés confondus.

Graphique 3 - Effectifs des salariés malades depuis plus d'un an, par genre
(nombres de personnes)



Source: INAMI.

Note: Sur le graphique, les effectifs des invalides (càd les personnes malades depuis plus de 12 mois) sont comptabilisés au 30 juin pour les années 2000 à 2012 et au 31 décembre pour les années 2013 à 2021.

Au 31 décembre 2021, 183 030 hommes et 272 966 femmes bénéficiaient de ce statut. Toute personne qui dispose d'un contrat de travail ou qui est au chômage et qui a un problème d'ordre médical l'empêchant d'exercer son activité professionnelle (ou sa recherche active d'emploi) peut bénéficier de ce système de la sécurité sociale. Les personnes invalides sont donc âgées de 15 à 64 ans. Lorsqu'une personne invalide atteint l'âge légal de retraite, elle devient pensionnée et sort du système de l'invalidité.

Cette population représente une part importante et croissante des inactifs en âge de travailler. Le rapport du Conseil a pour objectif de mettre en lumière les facteurs explicatifs de cette augmentation des personnes en maladie de longue durée.

Au-delà de la photographie à un moment donné de l'effectif de ces personnes, il est essentiel de saisir la dynamique du phénomène, à savoir pourquoi cet effectif enregistre une telle croissance, ce qui n'est possible que parce que les entrées dans le système de l'invalidité (et, avant cela, dans l'incapacité primaire) ont fortement augmenté depuis les années 2000, tandis que les sorties du système ont été relativement stables. Ce chapitre s'intéresse donc aux entrées dans le système de l'incapacité primaire (à savoir le premier mois de maladie), tandis que le troisième chapitre donnera

les clés pour comprendre les durées de maladie et l'évolution des sorties. Le retour vers le marché du travail est en effet possible dans de nombreux cas.

2.2 Changements démographiques et évolution de la proportion de personnes en incapacité

2.2.1 Effet du vieillissement de la main-d'œuvre

2.2.1.1 Le vieillissement de la main-d'œuvre en Belgique

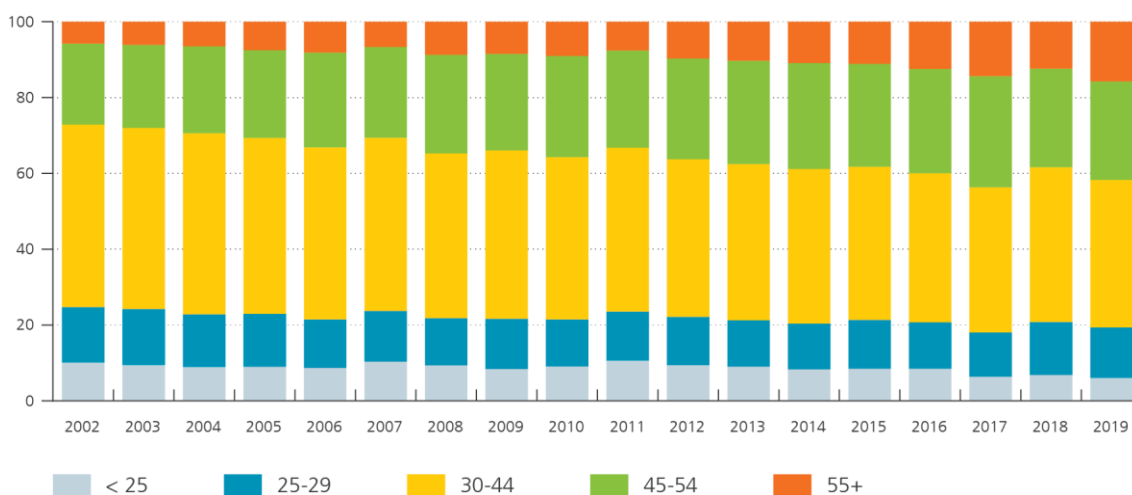
La part des plus de 45 ans dans le personnel des entreprises est en constante augmentation. Étant donné l'évolution démographique et les politiques de l'emploi, la population des salariés dans le secteur privé⁷ est de plus en plus âgée. Alors qu'en 1999, à peine un travailleur sur quatre était âgé de 45 ans ou plus, cette classe d'âge devient de plus en plus importante au sein de nos entreprises. Dès 2006, plus d'un tiers des salariés appartenaient à ce groupe, et cette part a depuis lors été en constante augmentation. En 2019, 42 % des salariés du secteur privé étaient âgés de 45 ans ou plus.

Il y a toutefois des disparités en fonction, notamment, de la branche d'activité et de la date de création de l'entreprise et, par conséquent, de la taille de son effectif.

L'âge moyen du personnel de l'entreprise dépend des recrutements et des départs; des disparités entre branches existent. Selon les données les plus récentes, l'âge moyen des salariés est relativement plus élevé dans l'industrie, dans l'immobilier, dans les services financiers et d'assurance et dans le secteur du transport, tandis qu'il est inférieur à la moyenne dans les activités de services administratifs et de soutien (qui comprennent l'intérim), dans la restauration et l'hôtellerie, ou encore dans l'informatique et les télécoms.

Ces différences entre les branches s'expliquent notamment par la fréquence des recrutements. La dynamique du secteur et celle qui est propre à chaque entreprise jouent également un rôle. Le personnel des jeunes entreprises est ainsi en moyenne moins âgé.

Graphique 4 - Structure par âge des salariés du secteur privé, Belgique
(pourcentages)



Source: Statbel (SES).

⁷ Les calculs présentés dans cette section sont basés sur l'enquête sur les salaires. Le secteur privé est défini en sélectionnant les branches B à N. Les entreprises publiques ont été exclues de la population des entreprises.

Outre les facteurs liés à la croissance en général et les perspectives du secteur d'activité, la perception que les secteurs/les employeurs ont des salariés seniors influencent leur politique de ressources humaines, notamment au niveau des recrutements.

Au sein de la population d'âge actif, la part des plus âgés resterait stable dans le futur. En 2023, la part de 45-74 ans dans la population d'âge actif atteignait 50 %. Selon les dernières perspectives démographiques du Bureau fédéral du Plan, la part de ce groupe au sein de la population âgée de 15 à 74 ans devrait rester stable jusqu'à l'horizon 2050. Dans le passé, cette proportion a été en progression constante à partir de 2000, passant de 44 à 50 % dès 2018. Si le taux d'emploi des travailleurs plus âgés continue de croître, le nombre de personnes pouvant bénéficier d'un revenu de remplacement dans le cadre de l'assurance-maladie augmentera également.

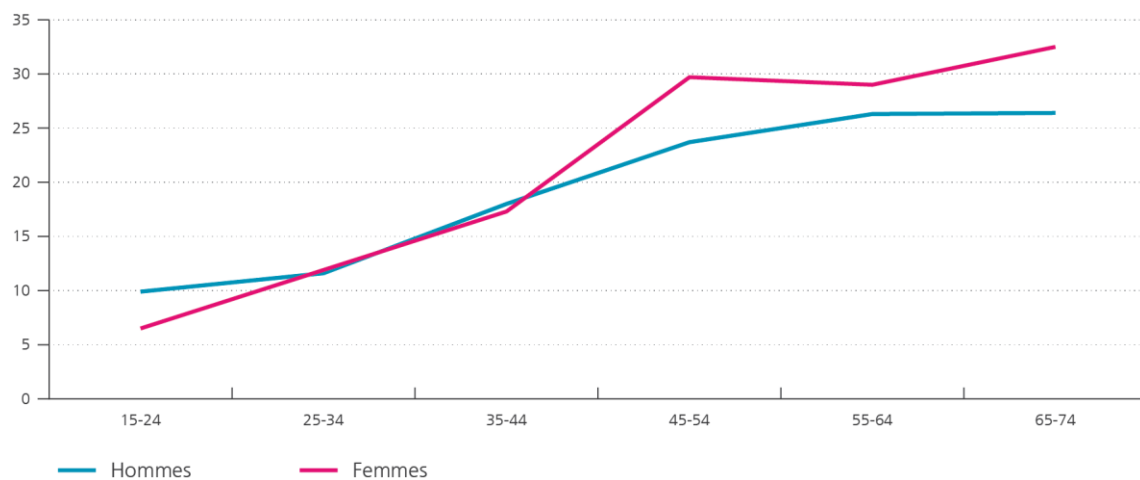
2.2.1.2 L'âge est un facteur clé pour la situation de santé

La santé étant un concept multifactoriel, différents indicateurs coexistent. Au niveau macro, pour juger de l'état de santé d'une population, des indicateurs globaux comme l'espérance de vie, le taux de mortalité, la fréquence de recours aux soins, etc. sont disponibles. Au niveau individuel, on se fonde le plus souvent sur les données d'enquêtes⁸ relatives à l'état de santé (cf. Boucq, Geerts et Willemé, 2022). Cela peut être considéré comme une première limite, car celles-ci peuvent être entachées d'un « biais de justification » si les personnes bénéficiant d'une indemnité d'incapacité de travail ou d'invalidité estiment leur propre santé moins bonne qu'elle ne l'est en réalité (cf. Black et al., 2017). Toutefois, ce biais semble limité, selon une étude empirique qui a comparé les données SHARE et les données administratives (cf. Kalwij et Vermeulen, 2008). La seconde difficulté est que les variations de l'état de santé ne sont pas nécessairement totalement exogènes par rapport à l'activité professionnelle: le travail peut être une cause de surcharge physique ou mentale, qui peut parfois mener à des problèmes de santé.

Le pourcentage de la population se déclarant en mauvaise santé augmente de manière continue avec l'âge. Nous utilisons ici l'enquête nationale de santé par interview (Health Interview Survey, HIS), qui est collectée par Sciensano et qui permet d'avoir une vision globale de l'état de santé général de la population et d'identifier les principaux problèmes en la matière.

Graphique 5 - Mauvaise santé perçue selon l'âge et le genre, Belgique

(pourcentages de la population correspondante se déclarant en mauvaise santé)



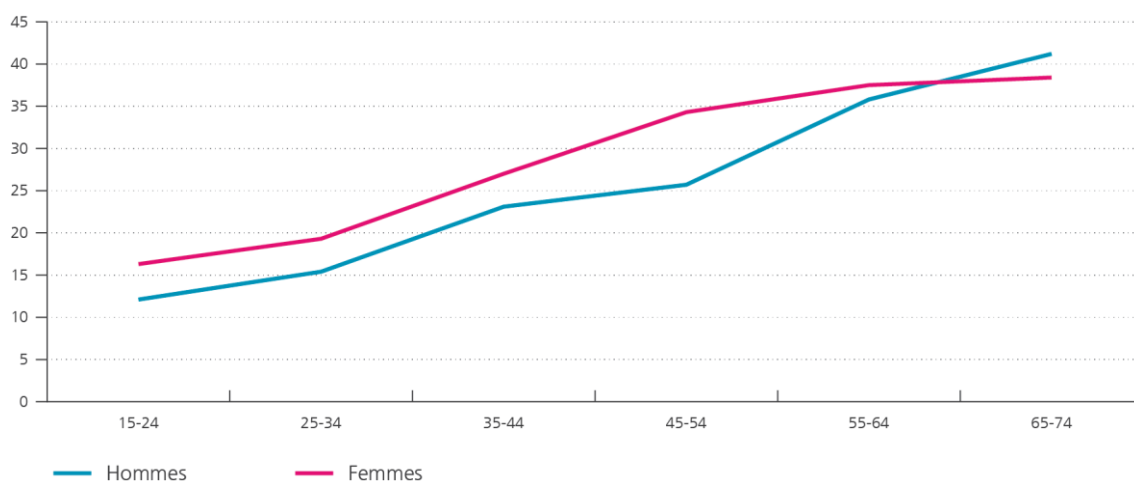
Source: Sciensano (HIS, 2018).

⁸ En Belgique, plusieurs enquêtes collectent des informations sur la santé: l'enquête SILC pour les revenus et les conditions de vie, l'enquête SHARE pour les 50 ans et plus, etc. L'enquête de référence demeure l'enquête santé (HIS).

Un autre indicateur, qui peut être considéré comme plus concret que la santé perçue, **est la présence de problèmes de santé chronique**⁹. La part des individus qui déclarent avoir un problème de santé chronique progresse de manière continue avec l'âge. Pour les deux genres confondus, cette part passe de 14 % dans le groupe des 15-24 ans à 40 % parmi les 65-74 ans. Les femmes rencontrent en moyenne davantage de problèmes chroniques que les hommes durant toute leur période d'âge actif. Les problèmes de santé chroniques augmentent fortement chez les hommes à partir de l'âge de 55 ans, de sorte que les différences entre les deux genres disparaissent à partir de cet âge.

Ce constat sur la détérioration de l'état de santé en fonction de l'âge n'est pas spécifique à notre pays.

Graphique 6 - Problèmes de santé chroniques selon l'âge et le genre, Belgique
(pourcentages de la population correspondante atteints d'une maladie chronique)



Source: Sciensano (HIS, 2018).

En résumé, l'ensemble des indicateurs montrent de manière unanime que la santé se détériore avec l'âge. Le vieillissement de la population, et notamment des salariés du secteur privé, va donc de pair avec une augmentation du nombre d'entrants dans les systèmes d'incapacité primaire et d'invalidité. Étant donné que les sorties de l'invalidité demeurent faibles, le vieillissement se traduit par une hausse du nombre de personnes en invalidité.

Cet effet du vieillissement a pleinement joué dans le passé récent. Compte tenu des perspectives démographiques selon lesquelles la part des plus âgés au sein de la population en âge de travailler restera stable dans les 30 prochaines années, cet effet sur le nombre de personnes en maladie ou en invalidité devrait être moins marqué dans le futur, sauf si le taux d'emploi des plus âgés progressait de manière plus importante que dans le passé.

⁹ Les problèmes chroniques repris dans l'enquête santé HIS sont notamment le diabète, l'hypertension, un taux de lipides élevé dans le sang, l'arthrose, les douleurs lombaires, les douleurs cervicales, la dépression, etc.

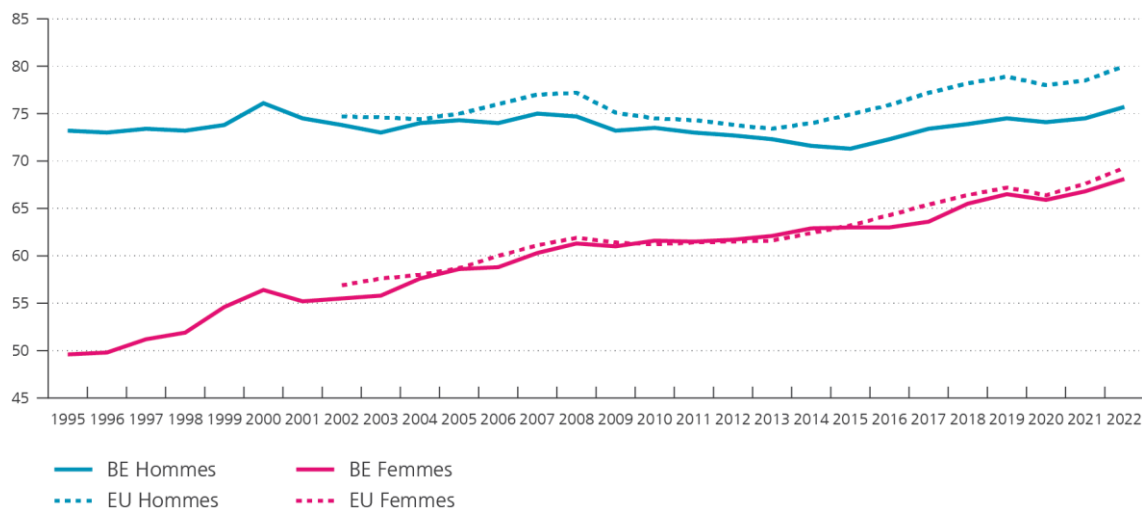
2.2.2 Effet de la féminisation de la main d'œuvre

2.2.2.1 La féminisation du marché du travail en Belgique

Le Conseil supérieur de l'emploi a récemment consacré un rapport aux femmes¹⁰. Nous en re prenons ici les faits saillants.

Depuis au moins 1995, on constate un relèvement progressif du taux d'emploi des femmes, qui converge vers celui des hommes, lequel est resté relativement stable. Le taux d'emploi féminin est ainsi passé de 50 % en 1995 à 67 % en 2022. Au cours de la même période, celui des hommes a oscillé entre 70 et 75 %. L'écart de taux d'emploi s'est donc fortement réduit, tombant de 24 points de pourcentage en 1995 à 8 points de pourcentage en 2022. Cette évolution s'observe également dans les autres pays européens.

Graphique 7 - Évolution du taux d'emploi par genre
(pourcentages de la population correspondante âgée de 20 à 64 ans)



Source: Statbel (SES).

C'est surtout à partir de l'âge de 45 ans (c.-à-d. à la fin de la distribution des âges actifs) que le taux d'emploi des femmes a le plus progressé. Ce constat vaut également pour les hommes, quoique dans une moindre mesure. Soulignons que l'âge légal de retraite des femmes a été progressivement relevé entre 1996 et 2009, passant de 60 à 65 ans, afin de l'aligner sur celui des hommes.

Une série de facteurs ont favorisé la féminisation du marché du travail. On pense à l'évolution des mentalités sur les rôles des hommes et des femmes au sein du ménage et de la société ou à l'élévation du niveau d'éducation des femmes. Sur le marché du travail, l'essor du secteur des services, où la main-d'œuvre féminine est plus importante, a permis à de nombreuses femmes de trouver un emploi. Les progrès technologiques facilitant les travaux domestiques, la mise à disposition de systèmes de garde d'enfants et la contraception ont également joué un rôle essentiel. Enfin, certaines politiques familiales, comme le congé parental, ont réduit le nombre de mères quittant temporairement ou définitivement le marché du travail pour s'occuper de leurs enfants.

¹⁰ Cf <https://cse.belgique.be/fr/accueil/rapports-avis/rapports-2023/la-participation-des-femmes-au-marche-du-travail-janvier-2023>.

Malgré la forte progression du nombre de diplômés parmi les femmes, ces dernières demeurent sous-représentées parmi les personnes en emploi. Elles sont plus souvent inactives, et donc non présentes sur le marché du travail. Les enquêtes montrent que la répartition des tâches non rémunérées au sein du ménage, comme les travaux domestiques et l'éducation des enfants, reste toujours très inégalitaire.

Tableau 1 - Différences de genre en matière d'éducation et sur le marché du travail
(pourcentages du groupe correspondant, 2021, sauf mention contraire)

	Hommes	Femmes
Hautement diplômés, 20-64 ans	39 %	48 %
Filières STEM, en pourcentage des diplômés du supérieur, 2020	32 %	8 %
Taux d'inactivité, 15-64 ans	26 %	34 %
Interruption de carrière pour des raisons de garde d'enfants (en pourcentage des parents interrogés, 2018)	7 %	51 %
Taux d'emploi des 20-64 ans	75 %	67 %
Temps partiel	10 %	39 %
Employés à bas salaires, 2018	11 %	16 %

Source: Eurostat.

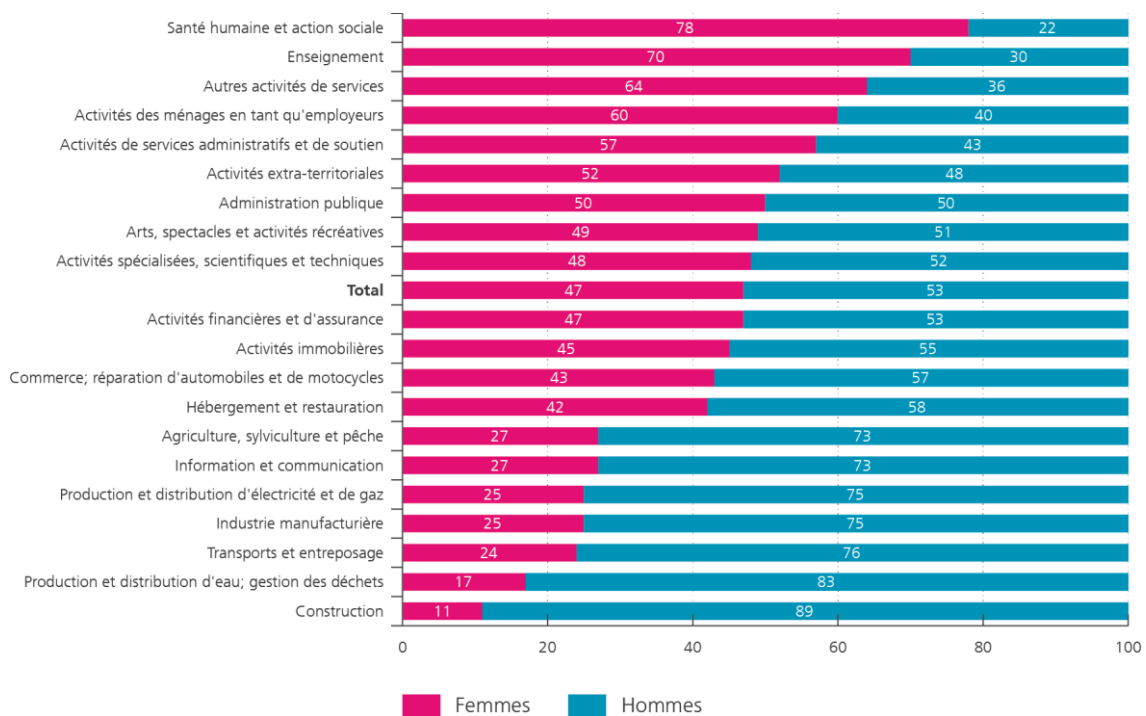
STEM: Science, Technology, Engineering, and Mathematics (science, technologie, ingénierie et mathématiques).

Les femmes sont surreprésentées dans les emplois à temps partiel, avec 80 % du total. Le recours au temps partiel est largement utilisé afin de faciliter la combinaison entre vie privée et vie professionnelle.

Les femmes en emploi sont plus fréquemment confrontées à des salaires inférieurs au premier décile. Ce résultat s'explique en partie par les secteurs d'activité où les femmes sont les plus présentes, comme les activités de services administratifs et de soutien ou la santé humaine et l'action sociale. Elles occupent également plus souvent des fonctions faiblement qualifiées.

Graphique 8 - Distribution des genres par branche d'activité

(pourcentages de l'emploi total de la branche, population âgée de 20 à 64 ans, 2021)



Source: Eurostat.

L'analyse de l'emploi par secteur montre une répartition très inégale de l'emploi entre les genres. Les femmes sont surreprésentées dans les secteurs de la santé, de l'enseignement et des services et activités des ménages en tant qu'employeurs (qui recouvrent notamment le personnel domestique). Notons que, dans l'administration publique, une parité de genre est observée. Les femmes sont par contre sous-représentées dans les secteurs de la construction, de l'industrie et de l'information et communication. La spécialisation genrée de l'emploi par secteur d'activité alimente les écarts entre les hommes et les femmes, notamment en termes de rémunération. Cette dernière est en partie dictée par les conditions de travail, mais elle est aussi déterminée par les stéréotypes de genre associés aux métiers et par les choix éducatifs qui en découlent.

2.2.2.2 Le sexe/genre peut influencer la situation de santé

Outre les différences anatomiques, il faudrait prendre en compte les différences sociales et culturelles entre les individus. Si les différences biologiques et physiologiques entre les hommes et les femmes sont résumées par la notion de *sexe*, la notion de *genre* renvoie à la construction sociale et culturelle de la féminité et de la masculinité à partir du sexe (Lépinard et Lieber, 2020). Le concept de genre inclut à la fois les normes de comportement, d'identité (comment nous nous percevons) et de relations entre genres. Malgré ces définitions, il demeure difficile de séparer entièrement sexe et genre (Cochrane Sex/Gender Methods Group, 2023).

Tant le sexe que le genre influencent la santé à de multiples niveaux, allant des processus subcellulaires aux interactions sociales.

Par exemple, le sexe et/ou le genre affectent la pharmacocinétique des médicaments, l'expression génétique et les processus de régulation cellulaire, l'apparition, la prévalence et la gravité des maladies, la reconnaissance et le diagnostic des affections, l'accès aux et l'utilisation des services de santé, les interactions patient-praticien et la manière dont les individus vivent la santé et la maladie.

L'espérance de vie à la naissance reste plus élevée pour les femmes. En 2022, l'espérance de vie à la naissance atteignait 79,5 ans pour les hommes et près de 84 ans pour les femmes en Belgique, soit un écart de 4,2 ans. Cet écart a eu tendance à se réduire sur les 30 dernières années. Ainsi, il était encore de plus de 6 ans jusqu'au début des années 2000 (Statbel, 2023).

Alors que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont en moyenne plus exposées au stress excessif (peut-être expliqué par leurs efforts pour concilier leurs vies professionnelle et familiale) et à la dépression, aux maladies chroniques comme l'arthrite et les allergies, ainsi qu'aux blessures et au décès imputables à la violence intrafamiliale.

Les femmes déclarent davantage être en mauvaise santé dans toutes les classes supérieures à 45 ans. En 2018 (dernière année disponible), 81,3 % des hommes âgés de 15 à 64 ans en Belgique se déclaraient en bonne ou très bonne santé, contre 79 % des femmes. La santé (perçue) se détériore avec l'âge chez les deux sexes.

Les femmes souffrent davantage d'affections chroniques. Plus de 28 % des femmes âgées de 15 ans ou plus en Belgique déclarent avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique (ou durable), contre 23 % des hommes. Cet écart entre les hommes et les femmes s'observe dans toutes les classes d'âge inférieures à 55 ans (cf. supra).

Le sexe et/ou le genre affectent l'apparition, la prévalence et la sévérité de certaines maladies, notamment au sein des grands groupes de pathologies qui sont à l'origine de la hausse actuelle du nombre d'incapacités, principalement les troubles musculo-squelettiques et les troubles psychiques.

Tableau 2 - Prévalence des troubles musculo-squelettiques et des troubles psychiques¹, par genre (pourcentages de la population correspondante, Belgique)

	Arthrose	Douleurs ou affections chroniques du dos ou du bas du dos telle que lombalgie, lumbago, sciatique	Douleurs ou affections chroniques de la nuque ou des cervicales	Dépression
Hommes				
Niveau d'études				
Faible	13	23	10	7
Moyen	10	24	11	6
Haut	8	18	9	4
Femmes				
Niveau d'études				
Faible	19	23	18	13
Moyen	16	26	19	8
Haut	10	21	15	8

Source: Eurostat (E-HIS 2019).

¹ Seule la dépression est reprise comme trouble psychique dans la liste des problèmes de santé chroniques, selon l'enquête santé.

Pour certains groupes de pathologies, le niveau d'études importe également. L'enquête santé permet de ventiler les résultats par niveau d'études: tant les hommes que les femmes peu ou

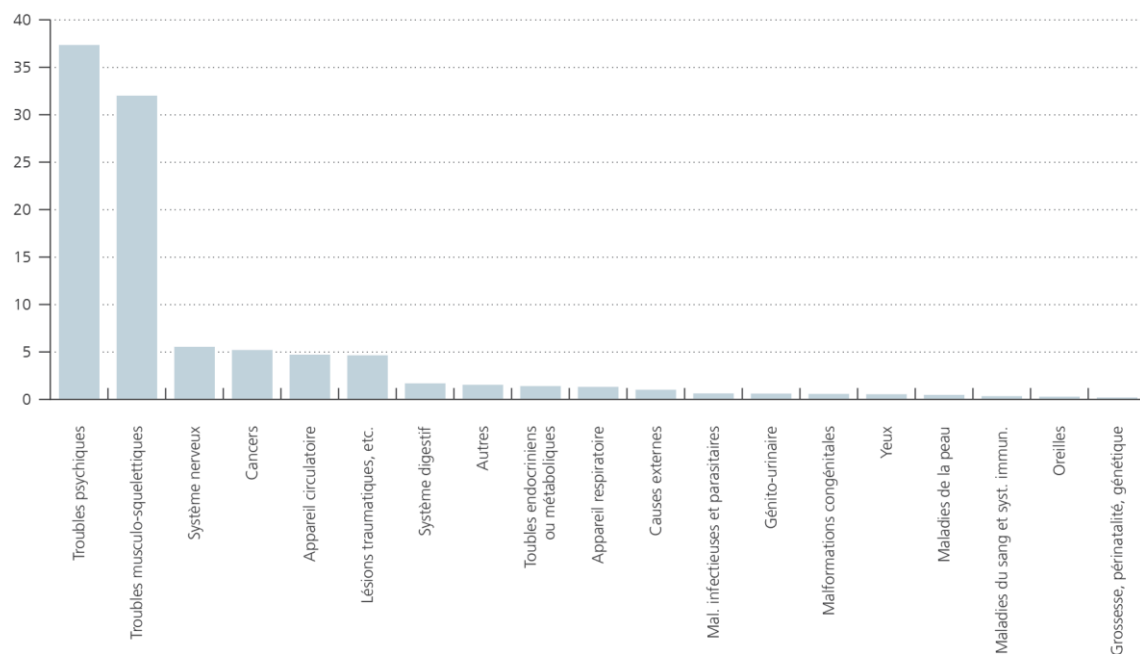
moyennement diplômés souffrent davantage de problèmes de santé chroniques, avec d'importants gradients selon le niveau d'études, en particulier pour l'arthrose et la dépression.

Des clichés genrés existent aussi pour certaines maladies. Outre l'influence du sexe, les préjugés entourant certaines maladies dites « masculines » ou « féminines » illustrent l'importance du genre pour la santé. Ainsi, l'infarctus du myocarde est plutôt associé aux hommes de plus de 45 ans stressés par leur travail. Cela a pour conséquence que les femmes victimes d'un infarctus sont moins bien soignées, le recours aux soins étant souvent plus tardif. Par contre, la dépression et les troubles dépressifs seraient essentiellement féminins. Cet étiquetage des troubles dépressifs comme maladie « féminine » peut faire craindre qu'ils soient moins bien diagnostiqués chez les patients masculins.

2.3 Les pathologies à l'origine de l'incapacité

La santé mentale et les troubles musculo-squelettiques sont à l'origine de près de 7 absences de longue durée sur 10. Nous disposons du diagnostic médical pour la période d'invalidité (incapacité de travail d'au moins un an). En 2021, ces deux groupes de pathologies représentaient chacun environ un tiers des personnes en invalidité, même si les troubles psychiques (37 %) sont légèrement plus fréquents que les troubles musculo-squelettiques (32 %). Les autres causes – y compris les maladies du système nerveux, les cancers, les lésions, les empoisonnements et autres conséquences d'origine externe, de même que les maladies du système cardio-vasculaire – sont beaucoup moins fréquentes, représentant chacune environ 5 %.

Graphique 9 – Répartition des personnes en invalidité par cause médicale
(pourcentages de personnes en invalidité, salariés, 2021)



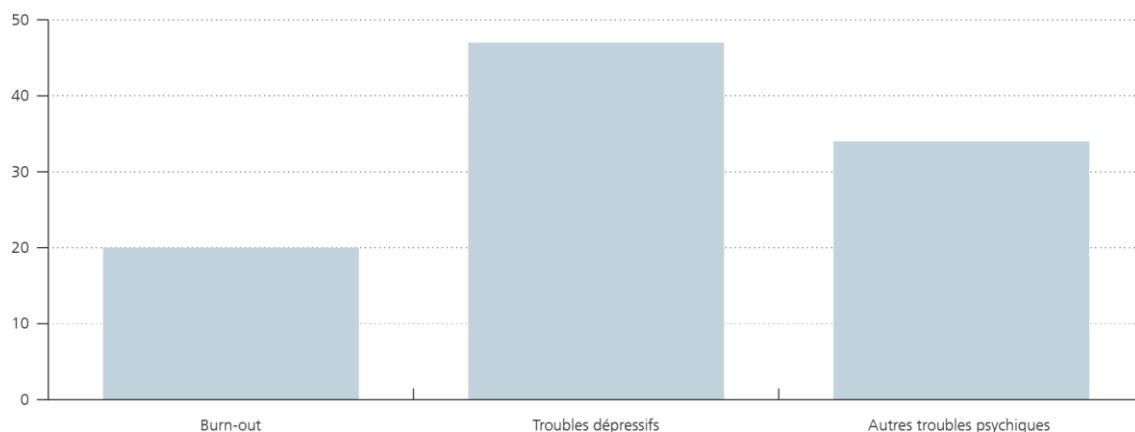
Source: INAMI.

Les problèmes de santé mentale englobent une grande variété de pathologies mais, dans la plupart des cas, il s'agit de burn-out ou de trouble dépressif. Outre ces pathologies, il peut s'agir de troubles anxieux, de problèmes liés à l'alcool et à la drogue, de troubles bipolaires et de schizophrénie. Les personnes souffrant d'un handicap congénital n'ont toutefois pas droit à des

prestations d'incapacité de travail, dans la mesure où celles-ci sont versées en cas d'apparition ou d'aggravation d'un problème de santé. Selon une classification de l'INAMI, 47 % des personnes souffrant d'un problème de santé mentale étaient atteintes de troubles dépressifs et 20 % d'un burn-out. Cette classification du burn-out, que nous utiliserons tout au long du rapport, repose sur une définition large: outre les personnes directement reconnues comme étant en burn-out, elle englobe également celles qui souffrent de problèmes de stress. Selon la dernière définition de l'OMS, le burn-out est considéré comme un phénomène lié au travail et non comme un état pathologique, et il « résulte d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès ». Il peut être caractérisé par trois dimensions: (1) un sentiment d'épuisement, (2) une distanciation accrue ou un sentiment de négativisme ou de cynisme à l'égard du travail, et (3) une perte d'efficacité dans le domaine professionnel.

Graphique 10 - Répartition des personnes en invalidité pour cause de santé mentale

(pourcentages du nombre total de personnes en invalidité qui souffrent de troubles psychiques, salariés, 2021)



Source: INAMI.

Les troubles musculo-squelettiques comprennent notamment les douleurs au niveau du dos, de la nuque, des épaules et des membres. Des facteurs physiques, organisationnels, psychosociaux et socio-démographiques contribuent tous au risque de développer ces affections. Outre certains efforts physiques – tels que le travail dans des positions inconfortables, le travail physique lourd, le levage et le travail répétitifs –, des facteurs tels que l'anxiété, la fatigue, le bien-être mental en général et le fait de disposer de suffisamment de temps pour s'acquitter de ses tâches jouent également un rôle. Les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques ne sont donc sans lien les uns avec les autres, et une plus mauvaise santé mentale peut augmenter le risque qu'un problème physique aigu devienne chronique (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2019).

Parmi l'afflux de nouveaux malades de longue durée, c'est surtout la part des problèmes de santé mentale qui augmente. Parmi les personnes qui étaient en incapacité de travail en 2016 et qui ont été malades pendant au moins un an, 35 % avaient un problème de santé mentale, une proportion qui est passée à 38 % en 2019. L'afflux des personnes issues d'autres groupes est demeuré relativement stable durant cette période.

Toutefois, dans le groupe des malades de longue durée dans leur ensemble, les troubles psychiques comme les troubles musculo-squelettiques continuent de gagner en importance. La part des personnes en invalidité a grimpé entre 2017 et 2021, tant au niveau des troubles

psychiques (de 36 à 37 %) qu'à celui des troubles musculo-squelettiques (de 31 à 32 %) ¹¹. L'une des explications de ces évolutions différentes entre le flux des entrants et le groupe de tous les malades de longue durée est que le nombre de nouveaux entrants qui sont en situation de burn-out augmente. Étant donné que les personnes souffrant d'un burn-out reprennent plus rapidement le travail (cf. section 3.1), elles pèsent moins lourd dans le nombre total de personnes en invalidité. Dans cette section, nous analysons les évolutions dans l'afflux de nouveaux entrants afin de saisir plus rapidement les changements éventuels.

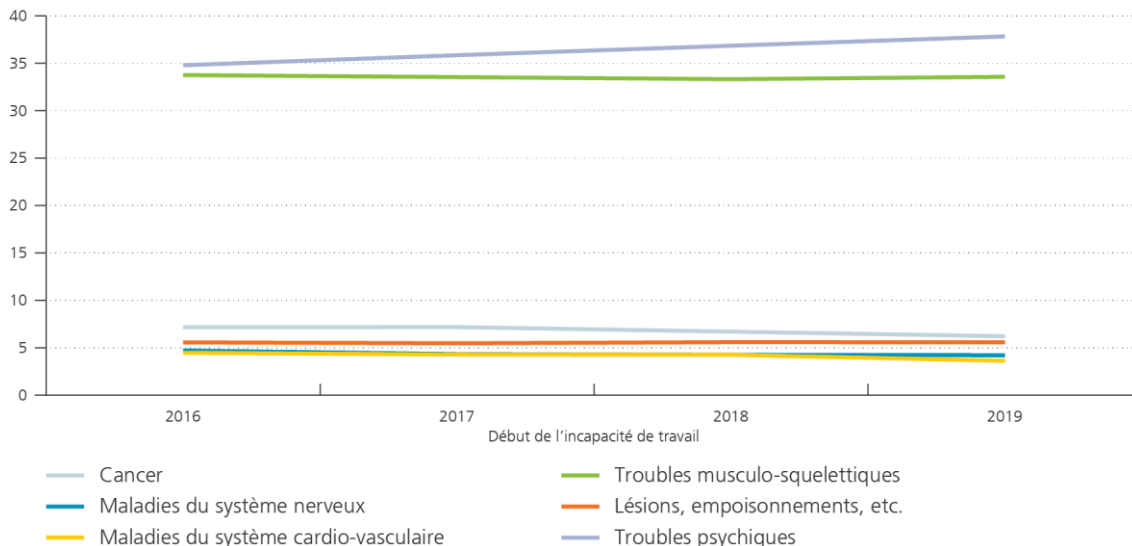
L'augmentation des problèmes de santé mentale parmi l'afflux de nouveaux entrants est principalement imputable à une hausse du nombre de burn-out. Entre 2016 et 2019, la part des personnes atteintes d'un burn-out dans le nombre total des nouveaux malades de longue durée a augmenté de 3 points de pourcentage, contre 1 point de pourcentage pour les dépressions et même une légère baisse pour les autres troubles psychiques ¹². La récente étude Cohorte Belge Santé et Bien-être de Sciensano (cf. Bruggeman et al., 2023) montre que le risque de burn-out est élevé: 10 % des travailleurs couraient un risque élevé et 13 % un risque modéré. Ce risque était sensiblement plus élevé en cas de conflit, de charge de travail ou de pression émotionnelle plus lourde et d'insécurité de l'emploi, tandis qu'il était plus faible pour les personnes bénéficiant d'un soutien social plus important ou pouvant mettre leurs compétences à profit. Le « werkbbaarheidsmonitor » (moniteur de la faisabilité de l'emploi) pour la Flandre (SERV/Stichting Innovatie & Arbeid, 2023) montre en outre une hausse des problèmes de stress liés au travail: entre 2004 et 2023, la proportion des personnes se plaignant de stress au travail est passée de 29 à 36 %, tandis que celle des personnes présentant des symptômes de burn-out a progressé de 10 à 13 %. Il convient toutefois de remarquer que le burn-out et les troubles dépressifs peuvent être liés: selon l'enquête de Sciensano, 4 personnes courant un risque de burn-out sur 10 souffraient de symptômes dépressifs. La classification de ces affections n'est donc pas forcément univoque, et l'attention accrue que la société porte au burn-out pourrait amener davantage de personnes à être classées dans la catégorie du burn-out, ce qui nous amènerait à surestimer cette tendance. L'augmentation des problèmes de santé mentale en général est toutefois plus difficile à imputer à des seuls changements de classification.

¹¹ Les comparaisons à plus long terme sont plus compliquées parce que la codification de la cause médicale a changé (utilisation du système de classification ICD-10 et non plus ICD-9). Cette tendance semble en cours depuis un certain temps déjà: en 2013, 35 % des personnes en invalidité souffraient de problèmes de santé mentale et 29 % de troubles musculo-squelettiques.

¹² Il convient de remarquer que les personnes tombées en incapacité de travail en 2019 ont obtenu le statut d'invalidé (un an d'absence) en 2020. Pour une partie d'entre elles, cela s'est donc fait pendant la pandémie de COVID-19. Le nombre de personnes en burn-out ou en dépression avait toutefois progressivement augmenté au cours de la période 2016-2019 et ces chiffres ne semblent pas être fortement influencés par la pandémie.

Graphique 11 - Évolution des causes médicales en fonction de la date de début de l'incapacité de travail

(pourcentages du nombre total de personnes en invalidité pour lesquelles l'incapacité de travail a débuté au cours de l'année donnée, salariés du secteur privé)



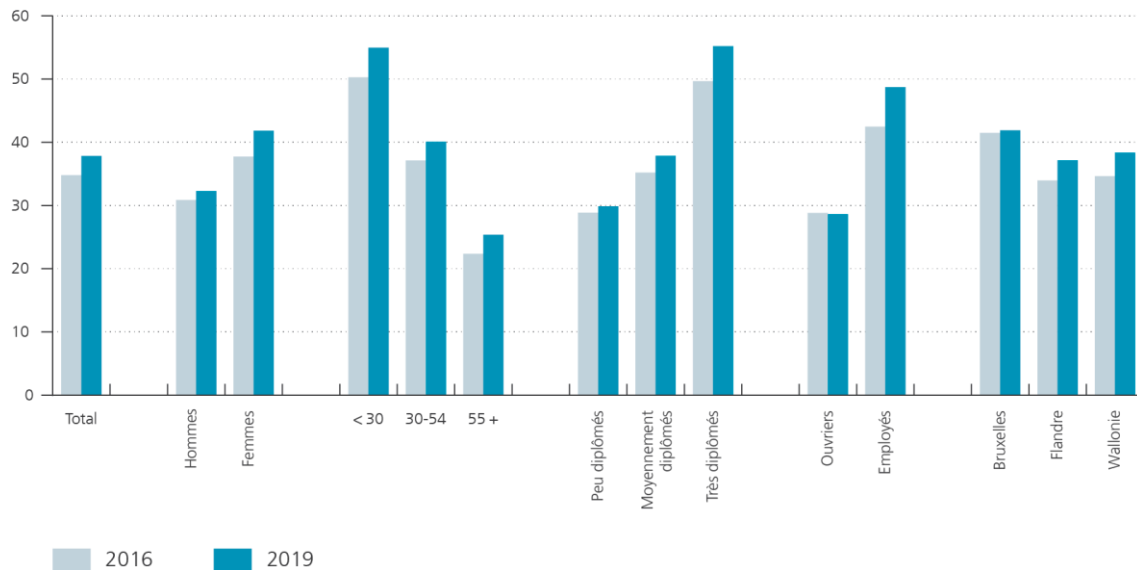
Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

L'augmentation des problèmes de santé mentale est similaire d'un groupe démographique à l'autre. Quel que soit le niveau d'études, le genre, la région, l'âge ou le statut d'ouvrier ou d'employé, leur proportion est plus élevée parmi les personnes tombées en incapacité en 2019 que parmi celles déclarées en incapacité en 2016. La tendance générale est elle aussi similaire: pour tous ces groupes, la hausse est principalement due à une augmentation du nombre de burn-out et, dans une moindre mesure, à une augmentation de la part des dépressions. On observe également une progression substantielle de la part des troubles dépressifs parmi les moins de 30 ans et les moyennement éduqués.

Par conséquent, les problèmes de santé mentale sont aujourd'hui la cause d'au moins la moitié des absences de longue durée parmi les personnes très diplômées, les jeunes (moins de 30 ans) et les employés. Cette proportion élevée traduit également le fait que ces groupes sont professionnellement moins exposés aux troubles musculo-squelettiques. Dans d'autres groupes, tels les faiblement diplômés, « à peine » 30 % s'absentent en raison de problèmes de santé mentale, bien que leur risque de dépression soit en fait plus élevé que celui des travailleurs plus éduqués (cf. tableau 2). La plus grande proportion de troubles psychiques chez les femmes reflète leur plus grande prévalence dans la population féminine (cf. tableau 2). Cette proportion est également plus élevée à Bruxelles, en partie parce que la population y est plus jeune, mais, même après correction pour les différences d'âge, les troubles anxieux et les dépressions sont, selon l'enquête de santé de Sciensano, plus fréquents au sein de la population bruxelloise (mais aussi en Wallonie) qu'en Flandre.

Graphique 12 - Part des personnes en incapacité de travail liée à la santé mentale

(pourcentages de personnes en invalidité atteintes de troubles psychiques, en fonction de l'année au cours de laquelle l'incapacité de travail a débuté, salariés du secteur privé)

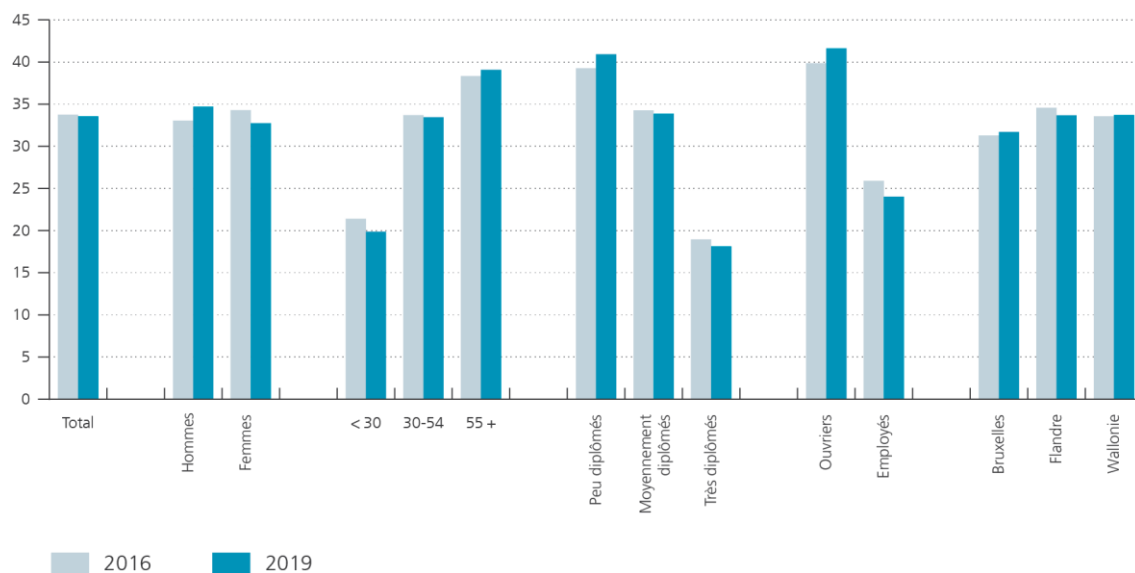


Source: calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Le risque de troubles musculo-squelettiques augmente encore plus pour les plus de 55 ans, les travailleurs peu qualifiés et les ouvriers, qui y étaient déjà les plus exposés. Bien que la proportion des personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques parmi les nouveaux malades de longue durée soit demeurée globalement stable entre 2016 et 2019, elle a augmenté pour ces groupes, où elle est désormais à l'origine d'environ 4 absences sur 10. En outre, il ne faut pas perdre de vue que le nombre total de personnes en invalidité s'accroît lui aussi. En d'autres termes, au sein de ces groupes à risque, une proportion plus élevée de personnes appartenant à un groupe croissant souffrent de troubles musculo-squelettiques, de sorte que le nombre total de personnes souffrant de telles affections augmente.

Graphique 13 - Part des personnes en incapacité de travail pour cause de troubles musculo-squelettiques

(pourcentages de personnes en invalidité pour cause de troubles musculo-squelettiques, en fonction de l'année au cours de laquelle l'incapacité de travail a débuté, salariés du secteur privé)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

La cause médicale peut évoluer tout au long de la période d'incapacité de travail, et le risque de souffrir de troubles psychiques ou de troubles musculo-squelettiques augmente à mesure que la durée de l'absence s'allonge. Nous pouvons comparer le diagnostic, répertorié après sept mois d'incapacité, avec celui de l'invalidité. Il en ressort que, dans 9 cas sur 10, les personnes ayant souffert de problèmes de santé mentale ou de troubles musculo-squelettiques éprouvaient toujours ces mêmes problèmes après sept mois d'absence en invalidité. Parmi les personnes souffrant d'autres problèmes de santé, c'est le cas de 8 personnes sur 10 et, dans environ 10 % des cas, la cause évolue vers des problèmes de santé mentale, d'une part, et des troubles musculo-squelettiques, d'autre part.

2.4 Les risques pour la santé au travail et le secteur de l'emploi

2.4.1 Les problèmes de santé liés au travail selon les données de l'EFT

Pour quantifier la santé et la sécurité au travail, un module ad-hoc a été ajouté à l'enquête sur les forces de travail (EFT) en 2020. Nous examinons ici les problèmes de santé qui ont été causés ou aggravés par le travail. Les accidents du travail ne sont pas abordés ici. L'enquête a été menée juste avant la pandémie de COVID-19; les résultats sont donc représentatifs d'une situation sanitaire ordinaire. L'enquête porte sur les problèmes de santé liés au travail, que la personne perçoive ou non un revenu de remplacement pour cause de maladie.

2.4.1.1 Facteurs de risque pour la santé au travail

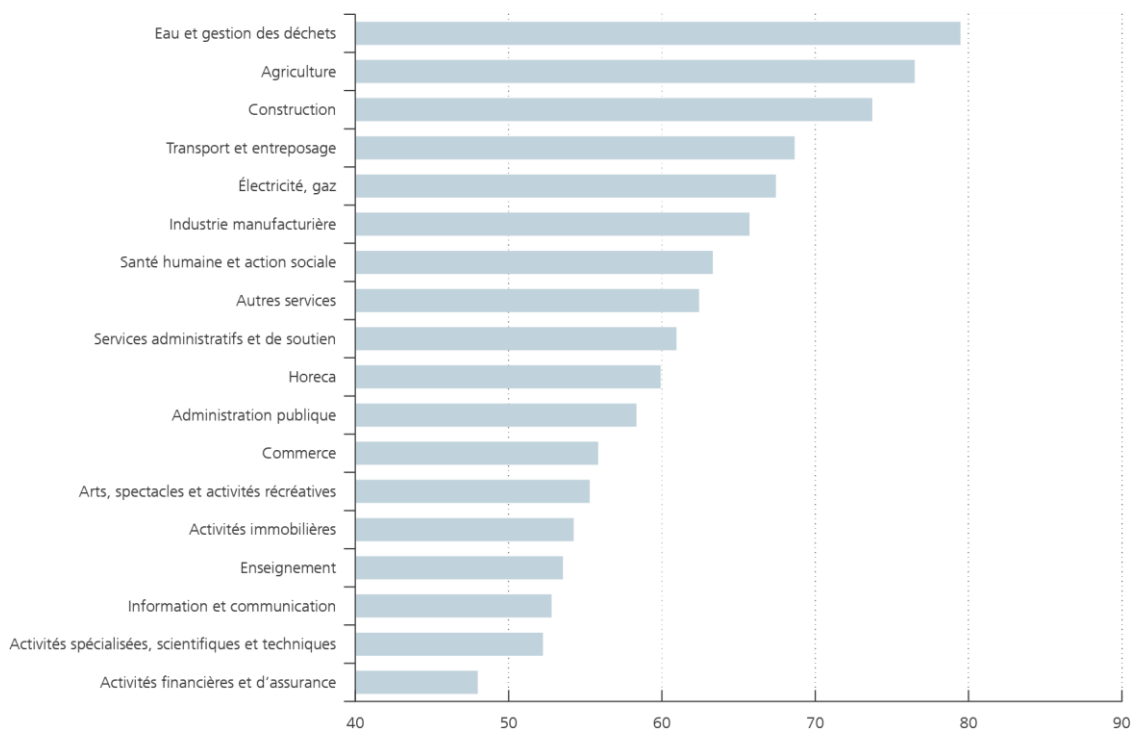
Le module de l'enquête EFT permet d'avoir une vue sur l'exposition aux risques des travailleurs. Ces listes ont été réalisées par des ergonomes et des spécialistes de la santé au travail.

Concernant les risques pour la santé physique, les dimensions suivantes sont répertoriées:

- positions fatigantes ou douloureuses;
- mouvements répétitifs des mains ou des bras;
- manutention de charges lourdes;
- fortes vibrations;
- produits chimiques, poussières, vapeurs, fumées;
- activités impliquant une concentration visuelle intense;
- risque de glisser, de trébucher ou de tomber;
- utilisation de machines ou d'outils à main (à l'exclusion des véhicules);
- utilisation de véhicules dans le cadre du travail (à l'exclusion du véhicule utilisé sur le chemin du travail);
- autre(s) facteur(s).

Graphique 14 - Exposition à des facteurs de risque pour la santé physique, par branche

(pourcentages de répondants présentant au moins un risque par rapport à la population de salariés correspondante)



Source: Statbel (EFT 2020 ad hoc).

Le pourcentage de membres du personnel soumis à un ou plusieurs risques pour leur santé physique varie considérablement selon la branche d'activité. Selon l'enquête, les salariés de la finance et de l'assurance sont les moins susceptibles d'être exposés à ce type de risque, alors que plus de 2 travailleurs sur 3 dans l'industrie manufacturière, le transport, la construction, l'agriculture ou encore la gestion de l'eau et des déchets seraient exposés à au moins un risque pour leur santé physique.

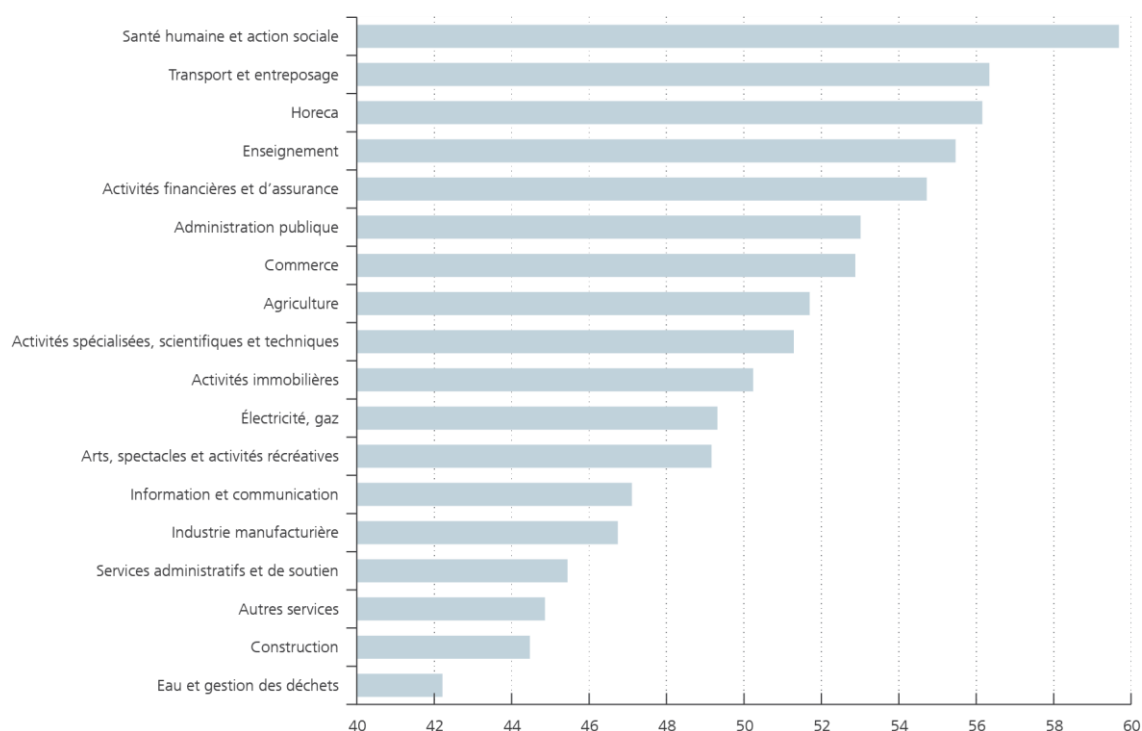
Certains aspects d'une activité professionnelle peuvent parfois contribuer à créer ou augmenter des troubles psychiques. Dans l'enquête EFT, les risques suivants ont été répertoriés:

- contraintes de temps ou surcharge de travail sévères;
- violence ou menace de violence;
- harcèlement ou brimades;
- manque de communication ou de coopération au sein de l'organisation;
- gestion de clients, patients, élèves, etc. difficiles;
- précarité de l'emploi;
- manque d'autonomie ou absence d'influence sur le rythme de travail ou les processus de travail;
- autre(s) facteur(s).

Selon la branche d'activité, les répondants sont exposés à ces risques pour le bien-être psychique de manière très différenciée.

Graphique 15 - Exposition à des facteurs de risque pour le bien-être psychique, par branche

(pourcentages de répondants présentant au moins un risque par rapport à la population de salariés correspondante)



Source: Statbel (EFT 2020 ad hoc).

Ce sont les branches de l'enseignement, de l'horeca, du transport et entreposage et de la santé qui sont les plus exposées à des facteurs de risque pour la santé mentale, avec plus de 55 % du personnel soumis à au moins un de ces facteurs.

2.4.1.2 Les problèmes de santé liés au travail

L'enquête va au-delà d'un inventaire des risques et interroge également les travailleurs sur leurs problèmes de santé qui ont été causés ou aggravés par leur activité professionnelle. Ces problèmes peuvent être plus ou moins sévères et n'ont pas nécessairement entraîné une absence au travail.

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans qui travaillent ou qui ont une expérience récente de travail, 9 % mentionnent qu'elles souffrent ou ont souffert d'un problème de santé lié au travail. Ce résultat est proche de celui de l'Allemagne (10,2 %), mais un peu plus défavorable que ceux de la France (8,3 %) et des Pays-Bas (7,4 %). Notons que la Suède (19,1 %) et la Finlande (25,7 %) sont particulièrement mal classées selon ce critère. La moyenne pour l'UE s'établit à 10,3 %.

En Belgique, c'est dans la branche de la santé humaine et de l'action sociale que la part des problèmes de santé liés au travail est la plus importante: près de 12 % des personnes occupées ou qui l'étaient dans un passé récent ont eu un problème de santé durant l'année écoulée, soit une proportion équivalente à la moyenne européenne. La branche des services administratifs et de soutien (qui contient l'intérim) et celle des autres services enregistrent également une proportion importante de problèmes de santé liés au travail (10,5 %). L'horeca, l'industrie et le commerce occupent une situation intermédiaire. Les problèmes de santé liés au travail sont par contre moins fréquents dans les activités spécialisées, scientifiques et techniques et dans la branche des TIC.

De manière générale, la situation concernant les problèmes de santé liés au travail est plus favorable en Belgique que dans l'UE en moyenne selon ces données d'enquête, avec des écarts parfois très significatifs, comme dans l'agriculture, les transports, l'industrie, la construction et même l'enseignement. La moyenne de l'UE masque toutefois les grandes disparités qui existent entre les États membres (sur l'importance des branches au sein de leurs tissus économiques respectifs et des choix d'organisation, dans l'agriculture par exemple).

L'environnement de travail influe sur la qualité de l'emploi. Différents facteurs de risque peuvent compliquer l'exercice d'un métier durant l'ensemble de la carrière.

Selon Eurofound (qui réalise les enquêtes européennes sur les conditions de travail (EWCS)), l'environnement physique de travail n'est pas moins sûr en Belgique que dans les pays de référence. Les trois grandes facettes de l'environnement physique de travail l'attestent: les risques ergonomiques et posturaux, les risques liés au milieu ambiant (vibrations, bruit, température), ou encore les risques biologiques et chimiques.

S'agissant de l'environnement social du travail, il faut également distinguer deux facettes: les relations au niveau collectif (organisées de manière institutionnelle) et celles au niveau personnel. L'analyse réalisée par le Conseil dans le Rapport 2017 consacré à la qualité des carrières montrait que, pour ces deux aspects (pour les relations collectives, il s'agit notamment du dialogue social au sein de l'entreprise, de la réglementation sur les horaires atypiques, etc.) et pour les risques psychosociaux (liés à l'autonomie, à la coopération, au sentiment d'équité, etc.), les travailleurs belges bénéficiaient également d'un contexte de travail favorable, dans la moyenne des pays européens.

Le caractère faisable d'un travail (*werkbaar werk*), ou, selon la terminologie utilisée aux Pays-Bas, l'intensification du travail (« *intensivering van werk* »), reste une dimension complexe à appréhender. À ce propos, il faut souligner la qualité des analyses du SERV dans son « *werkbaarheidsmonitor* » pour la Flandre. Il demeure néanmoins difficile de faire une constatation de portée générale sur une possible intensification du travail au cours des quinze dernières années. D'une part, cette intensification dépend du métier/de la fonction exercé(e) ainsi que du secteur d'activité; d'autre part, l'environnement sociologique, institutionnel et technologique a également profondément évolué (féminisation du marché du travail, davantage d'isolés parmi les ménages, accueil de la petite enfance, plus grande attention portée à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle (congrés thématiques), nouvelles méthodes de management prônant

l'autonomie, débat sur le droit à la déconnexion, etc.). Ces différentes évolutions ne sont pas vécues de la même façon par l'ensemble des travailleurs. Enfin, les efforts demandés en termes budgétaires (notamment dans la branche des soins de santé, etc.) et les pénuries qui touchent certaines branches pèsent aussi probablement sur les effectifs en place.

2.4.2 Les entrées en incapacité selon les données administratives: introduction

Dans le cadre de ce rapport, une banque de données ad hoc a été créée par l'intermédiaire de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS). L'une des valeurs ajoutées de cette banque de données est qu'elle permet d'observer le statut par rapport au marché du travail avant et après un épisode d'incapacité, et ce pour l'ensemble de la population d'intérêt.

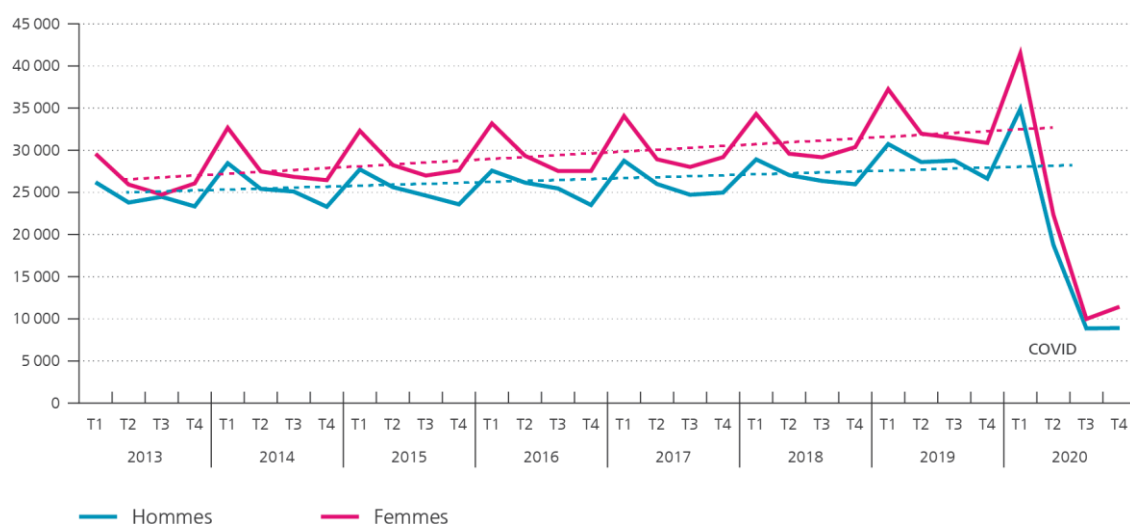
Nous travaillons avec l'ensemble des salariés du secteur privé âgés de 18 à 64 ans. Ces personnes sont suivies sur la période allant de 2013 à 2020. Leur statut socio-économique est observé à la fin de chaque trimestre.

Les entrées dans l'incapacité primaire sont répertoriées grâce à la constitution des dossiers de sécurité sociale auprès de l'INAMI, par l'intermédiaire des mutuelles. En règle générale, pour les salariés du secteur privé qui ont un emploi, les maladies d'une durée inférieure à un mois ne sont pas couvertes par l'assurance maladie-invalidité (elles sont couvertes par l'employeur, au travers du salaire garanti) et ne sont par conséquent pas reprises dans notre base de données.

Étant donné que la fréquence des données administratives concernant l'emploi est trimestrielle, nous présentons les entrées également sur une base trimestrielle. Si, durant un même trimestre, un salarié tombe malade, retourne à l'emploi, puis retombe malade, il n'est comptabilisé qu'une seule fois dans nos entrées.

Graphique 16 - Entrées en incapacité primaire, par genre

(nombres d'entrées parmi les personnes qui avaient un emploi en tant que salarié du secteur privé avant leur incapacité)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Parmi les salariés du secteur privé, les entrées en incapacité primaire ont été en progression constante de 2013 à 2019, avec une tendance haussière plus marquée pour les femmes. En moyenne, plus de 25 000 hommes et quasi 30 000 femmes entrent en incapacité primaire chaque trimestre.

Les entrées en incapacité ont une composante saisonnière. Les entrées sont presque systématiquement plus nombreuses au premier trimestre que durant les trimestres suivants de l'année civile. Il existe également un effet de plus faible ampleur au troisième trimestre. Nous ne connaissons pas les raisons de cet effet saisonnier.

Durant les premiers trimestres de la crise sanitaire, les entrées en incapacité se sont inscrites en forte diminution. Ce résultat peut s'expliquer, selon l'INAMI, par différents facteurs. Certaines maladies, notamment les maladies infectieuses (à l'exception du COVID-19), sont devenues moins fréquentes grâce à la diminution des contacts sociaux. Il faut aussi rappeler que les entrées sont définies ici comme une période d'au moins un mois de maladie. Par conséquent, l'augmentation des cas de COVID-19 ne se reflète pas nécessairement dans les entrées, étant donné que la grande majorité d'entre eux n'a pas donné lieu à une absence d'un mois. Durant la crise sanitaire, le télétravail a été utilisé de façon massive et les accidents de la circulation sur le chemin du travail ont diminué. Ces nouvelles conditions de travail se sont traduites, du moins à court terme, par un moindre recours à l'incapacité.

Les autres formes de soutien financier aux salariés, qui ont été renforcées durant la crise sanitaire, ont pu également contribuer au moindre recours au système d'assurance maladie. Les salariés du secteur privé ont pu bénéficier durant cette période d'autres systèmes de soutien financier, notamment au travers du chômage temporaire. Outre ces éléments, la crise sanitaire a fortement perturbé l'organisation des services de santé¹³ (notamment l'accès aux médecins généralistes et aux services de santé mentale), des ménages privés, des entreprises et de l'administration. Ces aspects organisationnels ont également contribué à la diminution des entrées.

Nous pouvons calculer pour chaque trimestre le rapport entre les personnes qui entrent en incapacité primaire (pour les salariés du secteur privé) et celles qui sont à l'emploi en tant que salariés du secteur privé. Cette proportion¹⁴ constitue une approximation de la probabilité d'entrer en incapacité primaire.

Les données au-delà de 2020 ne sont pas disponibles dans notre base de données. En effet, certaines données de base pour les années suivantes ne sont pas clôturées par les différents producteurs et ne peuvent dès lors pas encore être mises à la disposition de la BCSS.

2.4.3 Aspects sectoriels de l'incidence de l'incapacité

L'incapacité primaire ou l'invalidité peut être motivée par tout problème de santé, lié ou non au travail, mais qui a pour conséquence que la personne n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative. En Belgique, après la période de salaire garanti, si le travailleur était salarié dans le secteur privé, c'est la sécurité sociale qui lui permet d'obtenir un revenu de remplacement, et ce tant que son état de santé ne s'améliore pas suffisamment pour lui permettre de reprendre son activité professionnelle.

Comme indiqué à la section 2.1.2, la répartition entre hommes et femmes par branche d'activité reste très inégalitaire et les métiers exercés ne sont pas nécessairement identiques au sein d'une branche donnée. Nous présentons les résultats selon la nomenclature habituelle des branches d'activité, ainsi que sur la base des commissions paritaires. La commission paritaire est un niveau d'échelle naturel lorsque l'on examine l'aspect sectoriel en Belgique, puisque c'est essentiellement à ce niveau que les conditions de travail et l'organisation du secteur sont définies. Il n'y a pas de correspondance univoque entre branche d'activité et commissions paritaires. À l'instar des

¹³ OMS (2022), *Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19*, mars.

¹⁴ On compare donc les entrées en incapacité en t avec l'emploi salarié en t. On peut imaginer d'autres approximations pour cette probabilité, par exemple les entrées en incapacité primaire en t rapportées à l'emploi du trimestre précédent.

branches, les commissions paritaires peuvent présenter une distribution des genres très hétérogène. Dans la mesure du possible, nous avons par conséquent distingué les hommes et les femmes.

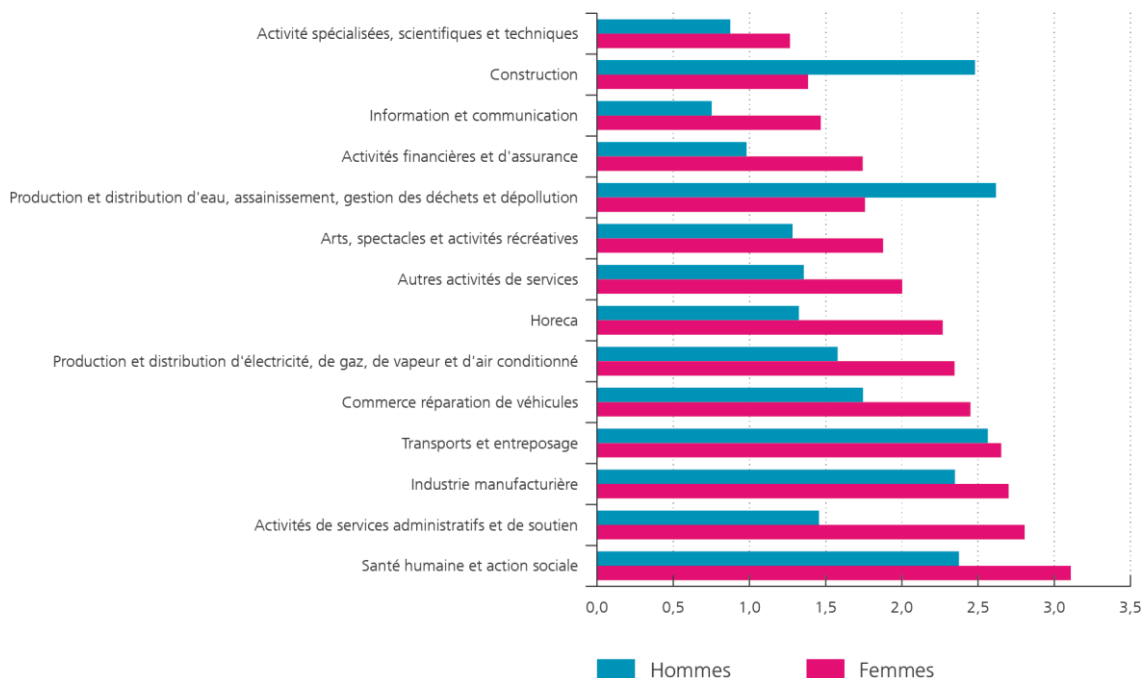
Le taux d'incidence de l'incapacité varie d'une branche à l'autre. Il y a peu d'entrées relativement à l'emploi dans l'information et la communication, les activités immobilières ou encore les activités spécialisées, scientifiques et techniques. Par contre, dans les activités de services administratifs et de soutien (qui comprennent l'intérim), l'industrie manufacturière ou la santé humaine et l'action sociale, de nombreux salariés sont entrés en incapacité au moins pour une durée de 30 jours au cours de la période observée. Le taux de corrélation entre les taux d'incidence par branche entre hommes et femmes s'élève à 25 %, ce qui indique que les métiers exercés diffèrent entre hommes et femmes, même au sein d'une branche donnée.

Il convient de rappeler que l'incapacité trouve son origine dans le fait que la personne n'est momentanément plus capable d'exercer une activité lucrative. Toutefois, la cause médicale n'est pas nécessairement liée au travail exercé, à savoir la branche d'activité ou le métier/la fonction au sein de l'entreprise. Les facteurs de risque, pour la santé physique ou le bien-être psychique, présentés à la section précédente ne sont toutefois pas incompatibles avec les résultats pour ces grandes sections d'activité.

Le classement des branches est présenté ici pour l'année 2019. Il n'est pas nécessairement constant sur l'ensemble de la période observée.¹⁵

Graphique 17 - Taux d'incidence de l'incapacité, par branche d'activité¹

(pourcentage, rapport entre les personnes qui entrent en incapacité primaire et les personnes qui sont à l'emploi, pour les salariés du secteur privé, 2019)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

¹ Les branches d'activité sont classées sur ce graphique selon le niveau du taux d'incidence pour les femmes. Les hommes et les femmes sont traités séparément.

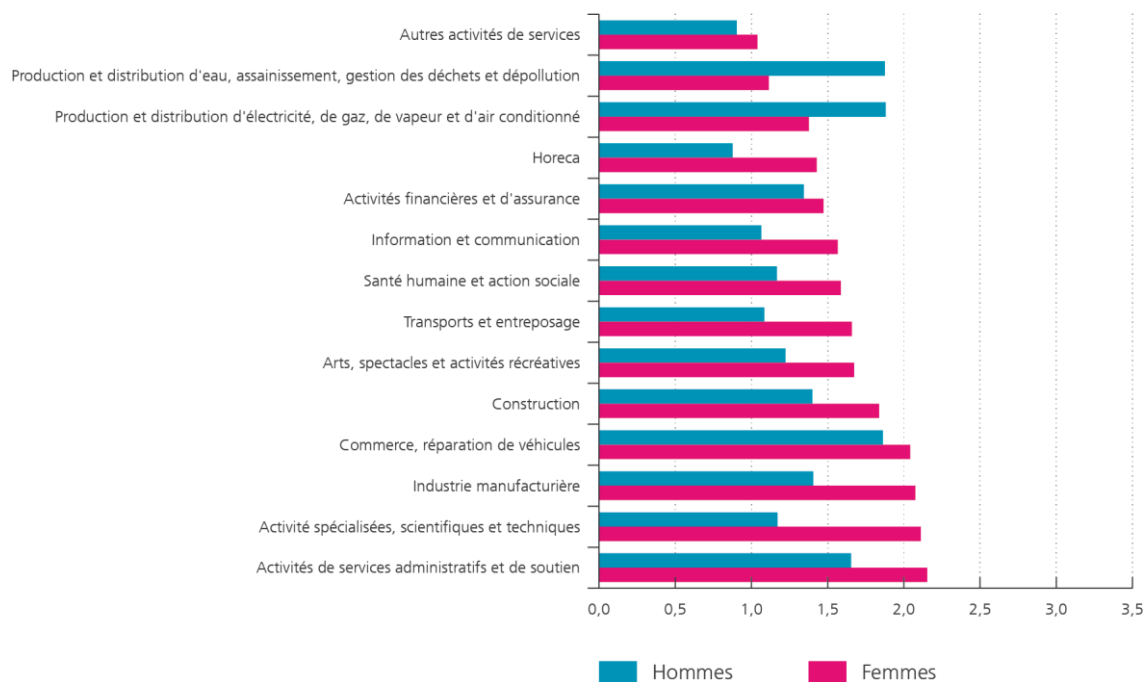
¹⁵ Le classement reste néanmoins similaire d'une année à l'autre sur la période 2013-2019.

Comme nous disposons des données individuelles pour les salariés qui sont tombés en incapacité, nous pouvons examiner l'approximation du taux d'incidence en tenant en compte du genre (les hommes et les femmes sont considérés séparément), de l'âge, du niveau de diplôme, de la situation de ménage, de la région de résidence, etc.

Le classement des branches selon ce modèle *estimé* est différent. Le modèle contrôle en particulier pour l'âge du salarié, qui, comme attendu, est une variable très significative. Par conséquent, l'effet de branche est ici « purgé » des différences d'âge qui peuvent exister entre les effectifs des différentes branches. Toutefois les différences entre branches ne sont pas nécessairement significatives. Pour les hommes, par exemple, l'incidence de l'incapacité ne diffère pas de façon nette entre l'industrie manufacturière (NACE C), la production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné (NACE D), le transport et l'entreposage (NACE H) et les services de soutien. Pour les femmes, la branche de la santé ou celle des activités de services administratifs et de soutien restent mal classées, même en contrôlant pour les autres paramètres.

Graphique 18 - Taux d'incidence estimé de l'incapacité, par branche d'activité¹

(effet estimé de la branche, en tenant compte des différences en termes de niveau d'éducation, d'âge, de région de résidence et de situation de ménage, 2019)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

¹ Les branches d'activité sont classées sur ce graphique selon le niveau du taux d'incidence (estimé) pour les femmes. Les hommes et les femmes sont traités séparément.

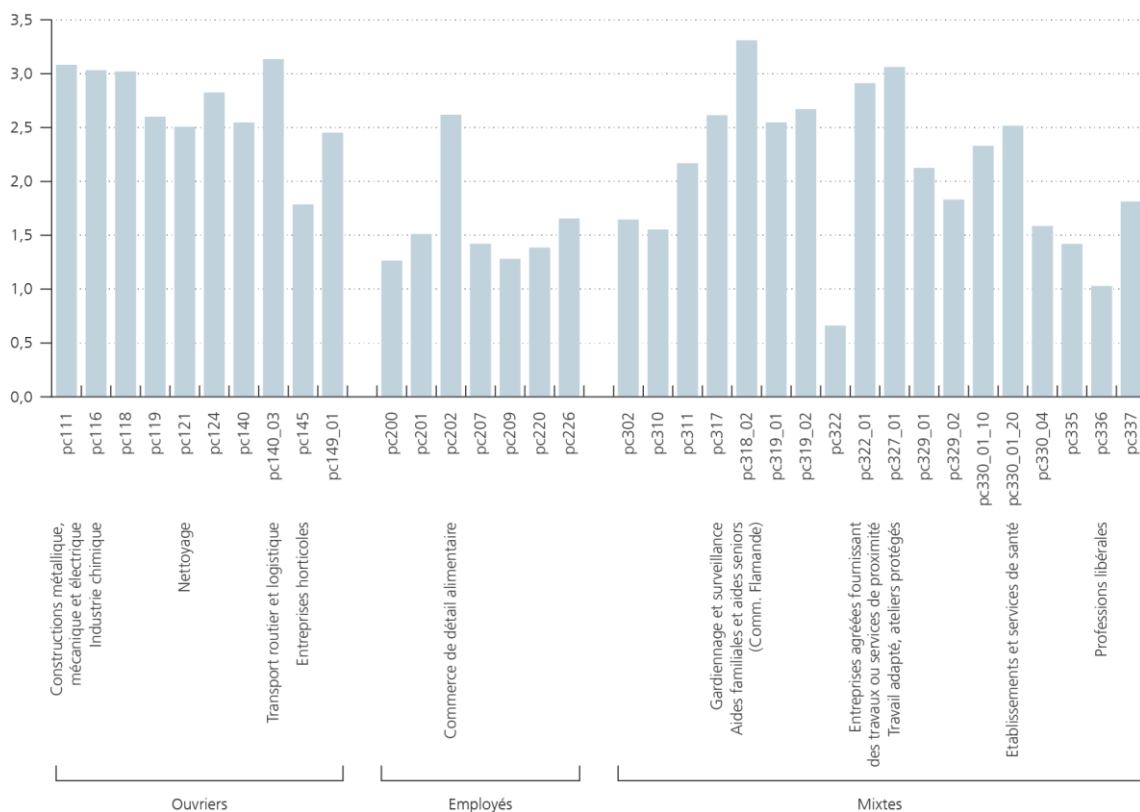
Les estimations qui distinguent les commissions paritaires sont sans doute plus adaptées au cadre belge, puisque la commission paritaire est l'échelon normal, au niveau sectoriel, auquel se négocient les conditions de travail, les actions de formation pour aider les travailleurs à exercer leur activité en sécurité, etc. Une des premières constatations est que la probabilité d'absence pour motif médical dans les différentes commissions paritaires est beaucoup plus corrélée entre hommes et femmes. Parmi les 35 commissions paritaires les plus importantes en termes d'effectifs, la corrélation entre hommes et femmes est de plus de 80 %. Autrement dit, au sein d'une même commission, les probabilités d'absence chez les hommes et les femmes semblent liées.

On constate que le taux d'incidence estimé est systématiquement plus élevé pour les femmes. Pour des salariés d'âges identiques (ici, 35 ans), la probabilité d'entrer en incapacité sur un trimestre est de 2 % pour les femmes et de 1,5 % pour les hommes. Le modèle tient également compte de la situation familiale (en couple ou isolé, avec ou sans charge d'enfant).

Les commissions où les absences sont proportionnellement plus nombreuses sont surtout celles pour ouvriers. Selon les données de 2019 et par ordre d'importance (pour les femmes), on note des probabilités d'entrée en incapacité plus élevées dans les constructions métallique, mécanique et électrique, les services des aides familiales et des aides seniors (Flandre), l'industrie alimentaire (ouvriers), le transport routier et la logistique, le transport routier et la logistique pour compte de tiers, le gardiennage et/ou la surveillance, l'industrie chimique (ouvriers), les entreprises agréées fournissant des travaux ou services de proximité, le commerce de détail alimentaire, les établissements et services de santé et le nettoyage. Les commissions paritaires pour employés ou mixtes ont en général des taux d'entrée estimés plus faibles. C'est par exemple le cas des employés de l'industrie chimique, des employés de l'industrie alimentaire, des entreprises horticoles ou des professions libérales.

Graphique 19 - Taux d'incidence de l'incapacité, par commission paritaire¹

(taux estimé, compte tenu des différences d'âge, de niveau d'éducation, de région de résidence et de situation de ménage, 2019)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

¹ Les commissions paritaires sont classées par type de commission. Les estimations ont été réalisées conjointement pour les hommes et les femmes. Les dénominations de ces commissions sont données en annexe.

Le tableau reprenant les différentes commissions est fourni en annexe 2. Ce classement des différentes commissions n'est pas nécessairement constant d'une année à l'autre.

Les commissions diffèrent les unes des autres, notamment en matière de personnel (ouvriers/employés), de niveau de rentabilité, etc. De façon marginale, certaines commissions/entreprises peuvent aussi proposer, au titre d'avantage en nature, une assurance complémentaire en cas de perte de revenu pour cause de maladie ou d'invalidité. Ces contrats collectifs sont souvent adossés à une assurance-groupe.

Le lien entre les conditions de travail, les réalités sectorielles et l'entrée en incapacité de travail mériterait d'être davantage étudié. Il est toutefois difficile de trouver une mesure des conditions de travail/de la qualité de l'emploi par branche ou par secteur (cf. le passage du point 2.4.1 sur le monitoring du travail faisable par le SERV).

2.5 Politique de prévention et bien-être au travail

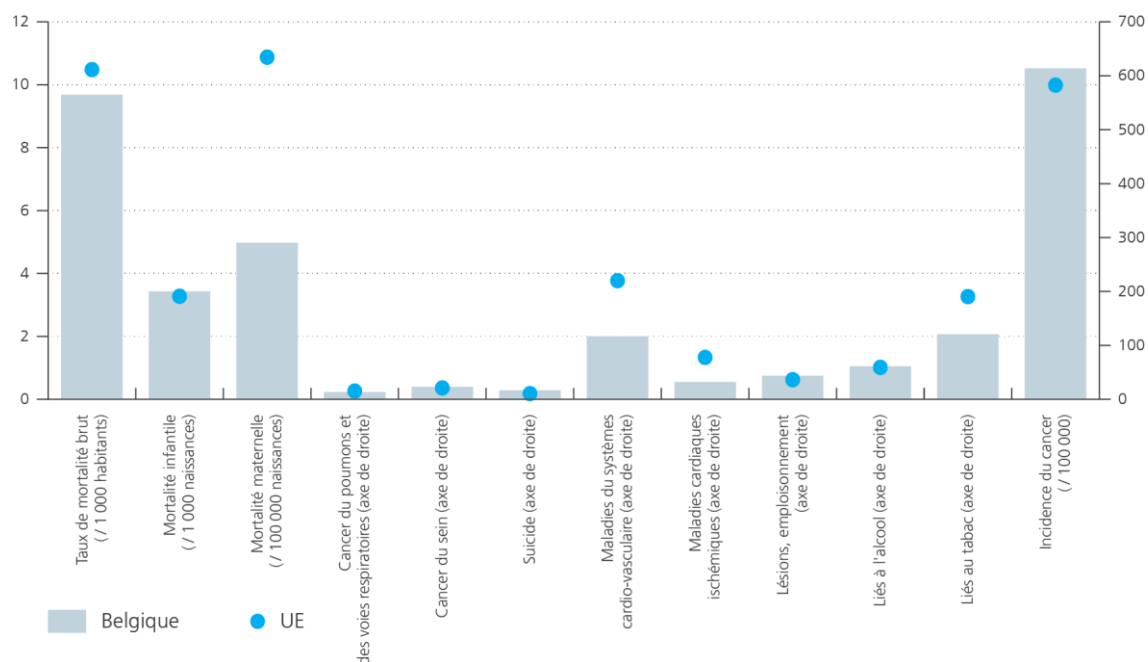
Tout le monde s'accorde sur l'importance de la prévention pour assurer une meilleure performance des systèmes de santé. Lors des entretiens exploratoires menés dans le cadre de ce rapport¹⁶, les opinions sont toutefois apparues contrastées quant aux outils disponibles, au budget dédié et aux actions à mener concrètement dans certains volets de la politique de prévention, notamment pour diminuer les entrées en incapacité.

2.5.1 Un système de soins de santé de bonne qualité

De manière générale, les performances du système des soins de santé en Belgique sont jugées bonnes par les experts et organismes internationaux (OMS, Banque mondiale, OCDE, FMI). Pour toute une série d'indicateurs, à l'exception des taux de suicide et de prévalence de certains types de cancers, la Belgique obtient de meilleurs résultats que la moyenne des pays de l'UE.

Graphique 20 - Les performances du système des soins de santé en Belgique sont bonnes par rapport aux pays comparables

(indicateurs de santé pour la Belgique et l'UE)



Sources: Banque mondiale et OMS.

¹⁶ Des entretiens ont eu lieu, entre autres, avec Co-Prev, l'INAMI, les mutualités, le Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, le Conseil national du Travail et Federgon.

Le rapport conjoint de décembre 2023 de l'OCDE et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé pour la Belgique (« State of Health in the EU – Belgium – Country Health Profile 2023 ») **établit le même constat**. Ce rapport épingle cependant les inégalités de santé entre groupes de revenus en Belgique et maintient les observations formulées concernant le cancer et la santé mentale, soulignant à nouveau les inégalités selon le revenu.

Il est bien documenté que le niveau de satisfaction de la population à l'égard du système des soins de santé est plus élevé en Belgique que dans les pays voisins. Outre la bonne performance générale du système, l'une des raisons de cette satisfaction serait la liberté dont bénéficie l'assuré, par exemple dans le choix du médecin généraliste, l'accès aux médecins spécialistes, etc. Dans la plupart des autres pays, les trajets et protocoles de soins sont davantage prédéterminés par des critères administratifs (lieu de résidence, etc.) et médicaux (Schokkaert et Van den Voorde, 2014).

Les dépenses totales de soins de santé en Belgique (hors allocations d'incapacité ou d'invalidité) **se situent dans la moyenne des pays voisins** mais sont plus élevées que la moyenne européenne (8,6 % du PIB en 2021 en Belgique, contre 8 % pour la moyenne européenne).

Enfin, la Belgique se démarque aussi par la structure de ces dépenses: **la part consacrée à la prévention¹⁷ est nettement plus faible** que dans les pays comparables, de l'ordre de 0,3 % du PIB, contre 0,7 % en France, 0,8 % en Allemagne et quasi 1 % aux Pays-Bas, selon les données récoltées par l'OCDE pour l'année 2021.

2.5.2 Santé des travailleurs: cadre réglementaire

La réglementation vise à protéger les travailleurs, tout en prenant en compte les contraintes des employeurs. La Belgique dispose depuis longtemps d'une réglementation détaillée pour protéger les travailleurs.

Cette réglementation a été totalement remaniée pour permettre la transposition en droit belge de différentes directives européennes, en particulier la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. C'est dans ce contexte que la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (parue au Moniteur belge le 18 septembre 1996) est entrée en vigueur.

Cette loi établit notamment les structures organisationnelles et de concertation sociale relatives à la prévention à l'intérieur de l'entreprise, au travers du service interne pour la prévention et la protection au travail (SIPP). Sont également fixées dans cette loi les dispositions concernant la création et le fonctionnement des services externes pour la prévention et la protection au travail, ainsi que les modalités de recours aux services proposés par ces organismes.

Parmi les aspects les plus connus de la politique de prévention pour les salariés, figure la visite médicale périodique dont bénéficie le travailleur. Le but de cet examen périodique est de vérifier son aptitude, au travers d'une évaluation de santé réalisée par un médecin du travail. La visite périodique demeure un outil important de santé publique, car au-delà du contrôle de l'aptitude au poste de travail, elle peut permettre de repérer des problèmes de santé naissants.

La loi détermine également le contenu de « l'évaluation de santé préalable » qui est réalisée avant qu'un contrat de travail ne soit conclu. Il s'agit de la dernière étape dans une procédure de recrutement et elle ne peut avoir lieu que pour autant que le contrat de travail aboutisse

¹⁷ Il s'agit d'une compétence qui est en grande partie dévolue aux Communautés et Régions. Un traitement plus détaillé sortirait toutefois du cadre de ce rapport.

effectivement si le candidat est déclaré apte. Toutes ces procédures d'évaluation sont délicates, puisqu'il s'agit à la fois de garantir les intérêts de l'employeur et de ne pas discriminer le candidat.

La loi précise que tant les salariés sous contrat de travail ordinaire que les apprentis, les stagiaires, les intérimaires, les personnes sous contrat étudiant, etc., doivent faire l'objet d'une surveillance de santé.

L'une des nouveautés apportées par la directive européenne consiste en une approche de la prévention par une *estimation des risques* auxquels sont soumis les travailleurs. L'employeur doit en effet respecter les principes de prévention suivants:

1. éviter les risques;
2. évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités;
3. combattre les risques à la source;
4. remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux;
5. prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle;
6. adapter le travail au travailleur, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de rendre plus supportable le travail monotone et le travail cadencé et d'en atténuer les effets sur la santé.

Ils sont complétés ou précisés par les préceptes suivants:

1. la limitation autant que possible des risques, compte tenu de l'état de l'évolution de la technique;
2. la limitation des risques de lésion grave en prenant des mesures matérielles par priorité sur toute autre mesure;
3. l'obligation d'informer les travailleurs et la nécessité de fournir des instructions appropriées;
4. la planification de la prévention et la mise en œuvre de la politique de bien-être dans un souci d'approche intégrée;
5. la détermination des moyens pour la politique de bien-être et la détermination de la compétence et de la responsabilité des personnes chargées de l'application de cette politique.

La loi de 1996 s'inscrit donc dans le cadre d'une politique de prévention dans le domaine de la santé publique, dont le point de départ est la notion de risque. Comme le suggère l'OMS, elle regroupe les dispositions en distinguant la prévention primaire (cartographier les risques, les limiter ou diminuer l'exposition à ceux-ci), la prévention secondaire (prendre les mesures nécessaires pour diminuer les effets de la maladie ou de l'exposition au facteur de danger) et, enfin, la prévention tertiaire, qui consiste, lorsque le risque s'est matérialisé, à prendre les mesures visant à réduire l'incapacité ou l'invalidité qui en résulte, autrement dit les mesures de réintégration. **Les mesures de réintégration constituent bien, selon la loi, des outils de prévention pour limiter les effets d'une longue période de maladie sur un retour à l'emploi.**

L'ensemble de ces principes ont été concrétisés par des arrêtés d'exécution qui forment le Code du bien-être au travail¹⁸ et ont été élaborés en dialogue avec les partenaires sociaux, notamment au travers des avis du [Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail](#).

C'est ensuite à **l'employeur** de réaliser une analyse des risques potentiels auxquels est soumis son personnel et de prendre les mesures de prévention visant à supprimer ces sources de risques ou à diminuer l'exposition du personnel à ces nuisances. Autrement dit, il est donc responsable de la

¹⁸ Le code est disponible sur le site du SPF ETCS: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/principes-generaux/code-du-bien-etre-au-travail>.

concrétisation des mesures prévues dans le Code et de **l'adoption des mesures adaptées à son secteur d'activité et à la taille de son entreprise.**

Un plan global de prévention (PGP) doit être établi tous les cinq ans. Celui-ci dresse la liste des risques présents dans l'entreprise, ainsi que les mesures à mettre en place pour les éliminer ou les limiter.

La prévention doit s'améliorer chaque année. Outre la planification à long terme, l'employeur doit également réaliser un plan annuel d'action (PAA) qui met en exergue une dimension à laquelle il veut s'atteler en particulier, en fixant les objectifs et les mesures concrètes qu'il compte mettre en place pour y parvenir. Les PAA doivent s'articuler avec le plan global de prévention. Ces plans sont présentés au Comité pour la prévention et la protection au travail de l'entreprise ou, à défaut, à la délégation syndicale. **Le PAA et le PGP n'ont de valeur que s'ils aident l'employeur à prendre des mesures concrètes permettant d'augmenter la sécurité physique et le bien-être psychique de son personnel.**

La politique de prévention doit être suffisamment souple pour s'adapter à l'émergence de nouveaux risques. Ainsi, la gestion des problèmes de harcèlement sexuel ou moral a acquis un poids plus important qu'auparavant dans les services de prévention, quels que soient les secteurs. De même, l'augmentation des absences qui sont liées à des burn-out ou, de manière plus générale, à des problèmes de santé mentale reçoit désormais une attention soutenue. L'intensification du travail (son caractère faisable) est examinée ci-avant (cf. 2.4.1).

La numérisation et le télétravail ont connu une formidable progression avec la crise du COVID-19, et constituent des tendances lourdes pour le marché du travail.

Les études, encore peu nombreuses, sur les effets du télétravail sur la santé suggèrent que ce type d'organisation du travail peut exposer à des risques psychosociaux: isolement, manque de soutien, stress et surmenage. De Sio et al. (2021) ont ainsi montré que les télétravailleurs adoptent souvent des comportements alimentaires malsains ou fument davantage, en particulier ceux qui vivent seuls ou qui sont exposés à une charge de travail élevée. Toutefois, comme démontré ci-avant, le recours massif au télétravail durant la crise du COVID-19 a probablement contribué à une moindre incidence des incapacités de travail. **D'autres travaux soulignent une incidence positive du télétravail sur la satisfaction et l'implication des travailleurs, lorsque la fonction/le secteur d'activité le permet.**

2.5.3 Les incitations financières pour prévenir les absences au travail

2.5.3.1 *Le système de franchise par l'intermédiaire du salaire garanti*

Lorsque le travailleur est déclaré en incapacité, l'exécution du contrat de travail est suspendue. C'est l'assurance maladie-invalidité (AMI) qui assure un revenu de remplacement au salarié absent pour raison de santé.

Cette assurance comporte un système de franchise, c'est-à-dire qu'une partie des coûts découlant de l'absence reste financièrement à la charge de l'employeur. Malgré la suspension de l'exécution du contrat, la rémunération est donc maintenue et reste à la charge de l'employeur pendant la période de salaire garanti, durant les premières semaines d'une incapacité.

Les conditions requises pour bénéficier de cette rémunération garantie diffèrent selon que le salarié est un ouvrier ou un employé. La période dépend également du type de contrat (contrat à durée indéterminée ou non) et de l'ancienneté du travailleur. Nous donnons ici les règles d'application pour les deux cas les plus courants, à savoir pour un contrat à durée indéterminée et un travailleur ayant une ancienneté de plus de trois mois.

Pour les employés, le travailleur conserve le droit à sa rémunération à la charge de l'employeur durant la première période de 30 jours d'incapacité de travail. L'assurance maladie-invalidité intervient ensuite, à partir du 31^e jour. Le salaire garanti est de 100 % de la rémunération ordinaire. L'assurance maladie-invalidité couvre 60 % de la rémunération normale, limitée à un plafond fixé par le régime AMI.

Pour les ouvriers, la période de salaire garanti est divisée en trois parties. Pendant la période allant du premier au septième jour d'incapacité, 100 % de la rémunération sont à la charge de l'employeur. Durant la deuxième semaine d'incapacité, 86,93 % de la rémunération sont encore à la charge de l'employeur. Enfin, pour la troisième période, qui s'étale du 15^e au 30^e jour d'incapacité, 86,93 % de la partie de la rémunération qui dépasse le plafond fixé par l'AMI et 26,93 % de la partie de la rémunération inférieure à ce plafond sont toujours à charge de l'employeur, tandis que l'AMI prend en charge 60 % des rémunérations inférieures au plafond. Au-delà de ces 30 jours, seule l'intervention de l'AMI reste d'application.

Notons qu'avant l'harmonisation des statuts des ouvriers et des employés, qui date du 1^{er} janvier 2014, les règles étaient différentes. En particulier, **un système de franchise supplémentaire s'appliquait pour les ouvriers. Celui-ci prenait la forme d'un jour de carence, à savoir que la rémunération du premier jour d'incapacité n'était pas payée** pour les incapacités d'une durée inférieure à 14 jours. **Elle était donc, de facto, à la charge du travailleur.** Ce jour de carence pour les ouvriers a été supprimé avec l'harmonisation. Ce changement est moins radical qu'il n'y paraît, étant donné que beaucoup de secteurs avaient déjà supprimé ce jour de carence dans les conventions collectives de travail en prévoyant son paiement.

2.5.3.2 L'expérience-rating en fonction du recours à l'assurance-maladie

L'assurance maladie-invalidité est en partie financée par des cotisations patronales à taux uniforme. Un tel système ne tient donc pas compte des différences de comportement pouvant exister entre employeurs, notamment en matière de prévention des risques, d'efforts pour adapter les postes de travail, etc.

Introduire une modulation des cotisations sociales patronales en fonction du comportement de l'assuré (ici, l'employeur) devrait permettre la prise en compte de ces différences et aboutir à terme à des comportements plus homogènes.

Aux Pays-Bas et en Finlande, deux pays où l'assurance maladie-invalidité a été largement utilisée comme dispositif de retrait anticipé du marché du travail, des systèmes de modulation des cotisations d'assurance maladie ont été expérimentés.¹⁹ En Belgique, un système assez semblable existe pour le chômage temporaire.²⁰

La loi du 20 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de responsabilisation des employeurs concernant l'invalidité et en matière de financement alternatif de la sécurité sociale a introduit, outre la réforme des trajets de réintégration, qui en constitue le volet principal, **un système de responsabilisation financière, sous la forme d'une cotisation patronale additionnelle.**

Cette cotisation additionnelle ne s'applique qu'aux employeurs occupant en moyenne 50 travailleurs ou plus. Parmi ceux-ci, tous les employeurs qui tombent sous le champ d'application de la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires sont concernés, à l'exception des ateliers protégés et des entreprises de travail adapté relevant de la CP 327.

¹⁹ Cf. le chapitre 4 du présent rapport sur les politiques des autres pays.

²⁰ Cf. aussi Conseil supérieur de l'emploi (2011), *Rapport annuel*.

Les employeurs « confrontés à un flux excessif de travailleurs entrant en invalidité » doivent s'acquitter d'une cotisation de responsabilisation. Ce flux est défini comme le nombre d'entrants en invalidité issus de l'entreprise rapporté à la taille de son personnel, compte tenu uniquement des salariés de l'entreprise occupés de manière ininterrompue depuis au moins trois ans. Seuls les salariés âgés de 18 à 54 ans au début de leur incapacité sont pris en compte.

Si ce ratio est supérieur à deux fois la moyenne de la branche (définie sur la base d'un code NACE à quatre chiffres) et à trois fois la moyenne du secteur privé, l'employeur doit s'acquitter de la cotisation de responsabilisation.

L'application de la mesure se veut dissuasive: l'ONSS, en collaboration avec l'INAMI, se charge chaque trimestre d'effectuer ces calculs, de façon à avertir l'employeur que les entrées en invalidité au sein de son personnel sont anormalement élevées, ce qui doit l'inciter à prendre des mesures, par exemple augmenter le nombre de trajets de réintégration (cf. la section 3.2 sur les instruments de réintégration).

Il convient de noter que **les partenaires sociaux**, au travers de trois avis du Conseil national du Travail, **s'étaient prononcés contre l'introduction d'une cotisation de responsabilisation** (avis n° 2.090 du 26 juin 2018, n° 2.288 du 26 avril 2022 et n° 2.311 du 19 juillet 2022). Ces derniers défendent « une approche positive et globale de la réintégration au travail des personnes malades de longue durée » et jugent que le caractère impératif de la cotisation peut nuire à la confiance entre les différents intervenants des mesures de réintégration.

L'ONSS a effectué les premiers calculs, mais les critères retenus par le législateur sont contestés car ils sont susceptibles de créer des conditions de distorsion de la concurrence entre les firmes. Les entreprises de travail intérimaire ont ainsi saisi le Conseil national du Travail en septembre 2023. Le calcul de la cotisation de responsabilisation est en effet particulièrement préjudiciable aux entreprises de travail intérimaire qui sont également actives dans la branche des titres-services. Dans ces entreprises, une plus grande partie du personnel remplit le critère des trois ans d'ancienneté, ce qui n'est en général pas le cas pour celles qui ne sont pas actives dans les titres-services. De plus, les entrées en invalidité dans le secteur du nettoyage sont plus importantes que dans d'autres branches. La cotisation de responsabilisation crée ainsi une situation de concurrence déloyale entre différents opérateurs de l'intérim. Une correction ad hoc a été proposée, mais elle introduit un système de calcul particulier qui serait d'application uniquement pour la branche de l'intérim.

Le CNT est d'avis que d'autres branches pourraient être confrontées à la même difficulté, lorsque des entreprises exercent plusieurs activités dont certaines entraînent davantage d'entrées en invalidité, ce qui pourrait mener à une multiplication des saisines de la part d'entreprises s'estimant lésées par cette nouvelle législation.

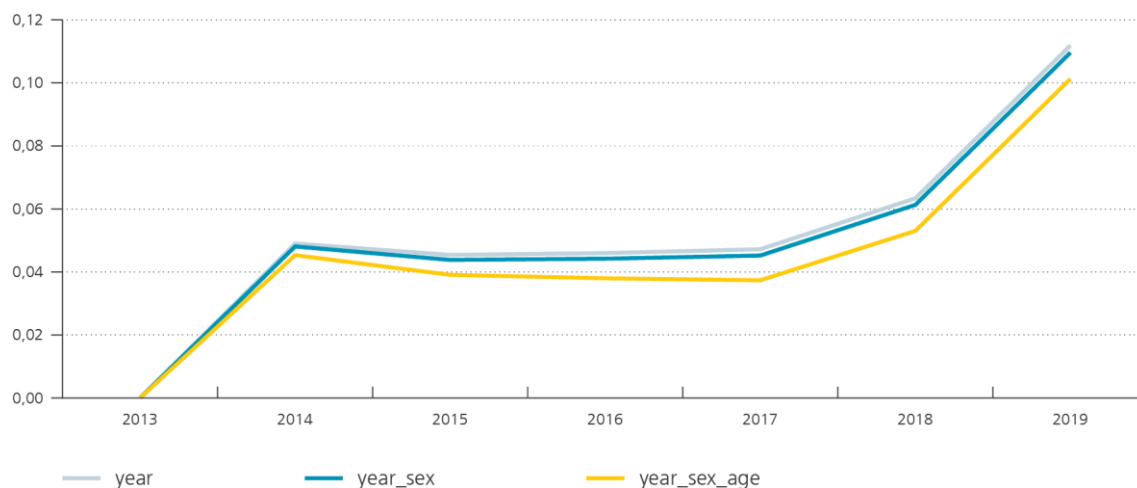
2.6 Interactions avec d'autres statuts de sécurité sociale

Nous avons vu à la section 2.2 que, sur une longue période, le vieillissement de la population et la féminisation du marché du travail ont contribué à l'augmentation du nombre de personnes indemnisées par l'assurance maladie-invalidité, car le poids de ces deux groupes a augmenté dans la population active. Toutefois, cette composition de la population des assurés sociaux ne change que très progressivement d'une année à l'autre. Un changement réglementaire peut par contre avoir un effet très rapide (par exemple le relèvement de l'âge légal de la retraite).

Sur la période couverte par notre banque de données individuelles (2013-2019, en excluant la période du COVID-19), on note une augmentation assez marquée des entrées, mais celle-ci ne s'explique que de manière très partielle par les effets de composition induits par le vieillissement de la population indemnisable ou par sa féminisation sur ce court laps de temps. Cela est illustré

dans le graphique suivant. Il semble donc que d'autres facteurs contribuent aussi à expliquer la hausse des entrées en incapacité de travail.

Graphique 21 - Seule une part limitée de l'augmentation de l'incidence sur la période 2013-2019 est expliquée par les effets démographiques



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Note: Le graphique montre les coefficients de trois régressions: la première spécification ne comprend que les variables muettes pour les années, la deuxième contrôle aussi pour la féminisation et la troisième contrôle à la fois pour la féminisation et le vieillissement. Malgré le contrôle pour les effets du genre et de l'âge, l'effet haussier dans l'incidence de l'incapacité de travail reste visible.

Comme toute composante du système de sécurité sociale, l'assurance maladie-invalidité doit procéder à un arbitrage: elle doit, d'une part, protéger suffisamment les travailleurs en incapacité (en leur assurant un revenu de remplacement adéquat pendant la période de cessation d'activité) et, d'autre part, minimiser les dispositions ayant un effet dissuasif sur l'activité et le risque d'aléa moral propre à tout système d'assurance.

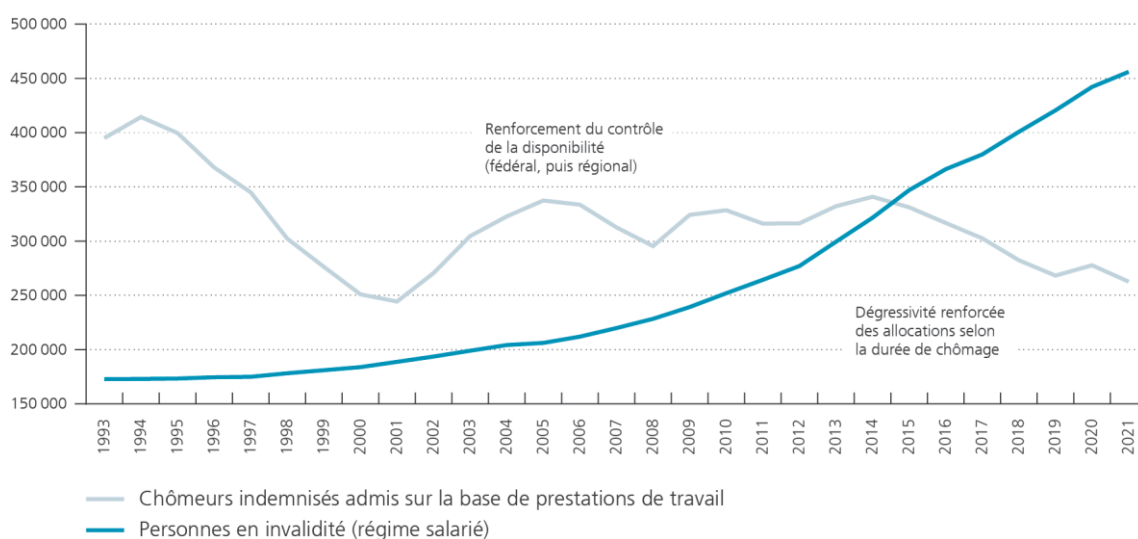
En dépit de la barrière à l'entrée, à savoir ici la certification de l'existence d'un problème d'ordre médical, de nombreuses études ont montré que la dimension financière intervient aussi dans l'assurance maladie-invalidité, tant pour les entrées en incapacité que pour la durée des épisodes d'absence. Ainsi, par exemple, une réforme de l'assurance maladie-invalidité en Suède, qui a consisté à abaisser le taux de remplacement de 90 à 80 % du salaire perçu avant l'incapacité pendant les trois premiers mois, a significativement diminué les entrées dans le dispositif. Cette modification a permis de mettre en évidence l'existence d'un aléa moral: avec un simple changement de réglementation, les assurés sociaux ont modifié leur comportement. Ces variables économiques jouent surtout pour les courtes absences. Selon la même étude, la distribution des épisodes de maladies de plus de trois mois n'a pas subi de grandes modifications à la suite de la réforme. Pour ces absences plus longues, les facteurs médicaux ont un poids plus important et la marge de choix en cas d'affection sévère est réduite ou inexistante (Johansson et Palme, 2005).

Le système belge, avec un taux de remplacement de 60 % plafonné (la situation familiale intervient dans le calcul du montant de l'allocation après le troisième mois), se traduit par une perte économique d'autant plus importante que le travailleur a un salaire élevé. Ceteris paribus, on s'attend à ce que les entrées dans le système d'incapacité de travail concernent davantage les salariés faiblement rémunérés et, potentiellement, à ce que leur épisode de maladie soit plus long. La difficulté pour les études empiriques reste de faire la part des choses entre les conditions de travail et les risques professionnels, d'une part, et les motifs financiers, d'autre part.

Les différences sectorielles documentées dans la section 2.4 reflètent aussi en partie les différences de rémunération entre branches et entre fonctions/métiers exercés. S'il était possible de contrôler pour le salaire des personnes et pour les fonctions exercées, les écarts mesurés entre les branches seraient plus faibles, tout en restant significatifs.

Le système de l'assurance maladie-invalidité vise à lisser le revenu des salariés en cas de maladie. Bien que ce système ait ses objectifs et sa gouvernance propres, les modifications et réformes au sein des autres systèmes d'assurance sociale dont les salariés peuvent aussi bénéficier durant leur carrière professionnelle, à savoir le système d'assurance-chômage et les régimes de fin de carrière, peuvent indirectement influencer le recours au système de maladie-invalidité.

Graphique 22 - Chômage indemnisé et invalidité en Belgique
(unités physiques pour le chômage et personnes pour l'invalidité)



Sources: INAMI, ONEM.

Note: Le graphique ne montre pas les transitions entre les deux systèmes. Il illustre simplement le nombre de personnes indemnisées dans les deux dispositifs.

Le système de l'assurance-chômage a été réformé à partir de novembre 2012, date à laquelle la dégressivité renforcée des allocations de chômage est entrée en vigueur. Il s'agit, selon l'ONEM, de « la plus grande réforme de ce régime au cours de ces dernières décennies ». Les allocations ont été relevées au cours de la première période de chômage et, à l'inverse, afin de maintenir un incitant à la remise au travail, on a instauré des diminutions plus fréquentes du montant de l'allocation pour obtenir une différence plus marquée entre les revenus du travail et le chômage à mesure que la durée de ce dernier s'allonge. Les premières évaluations de ces réformes ont eu lieu, dès lors qu'on a maintenant le recul nécessaire pour les réaliser (ONEM, 2022). Outre le profil de l'allocation, le suivi de la recherche d'emploi a aussi été progressivement renforcé et les sanctions possibles en cas d'efforts insuffisants de recherche, pouvant aller jusqu'à la radiation, ont fait l'objet d'une plus grande publicité. Ces réformes ont rendu le système de chômage relativement moins attrayant que par le passé. Une analyse fondée sur des données microéconomiques réalisée par De Brouwer et Tojerow (2023) montre que le taux de transition du chômage vers l'invalidité a augmenté de manière nette à partir de l'année 2010, alors que les transitions au départ des autres statuts (emploi en tant que salarié, emploi en tant qu'indépendant, inactif avec revenu d'intégration, inactif avec allocation de handicap, etc.) n'ont pas affiché une telle évolution.

La gestion de la fin de carrière a aussi été profondément modifiée en Belgique à partir des années 2000, avec le pacte de solidarité entre les générations de 2005, qui a entraîné une prise de conscience décisive par les partenaires sociaux (cf. Minne et Saks, 2023). Les conditions d'accès en termes de durée de carrière ou d'âge minimum ont été relevées dans les différents dispositifs, notamment la prépension conventionnelle et le système des chômeurs âgés avec dispense de recherche d'emploi. Pour assurer la cohérence entre les différents dispositifs, les conditions de carrière ont parallèlement aussi été revues dans le système de la pension légale. Ces changements ont contribué au maintien à l'emploi de travailleurs plus âgés. Le taux d'emploi des plus âgés a augmenté de manière importante, passant de 25 % au début des années 2000 à près de 55 % en 2021. Si ces mesures ont eu les effets souhaités (à savoir surtout le maintien à l'emploi des travailleurs de 55 à 64 ans; le retour à l'emploi des plus de 55 ans qui sont au chômage ou inactifs reste encore très problématique), elles se traduisent aussi possiblement par une plus grande attractivité relative des autres dispositifs de sécurité sociale, notamment l'assurance-chômage, mais plus encore l'assurance maladie-invalidité.

Le lien éventuel entre les réformes des différents systèmes de sécurité sociale et l'augmentation du nombre d'incapacités de travail pose aussi la question du rôle des médecins généralistes dans les (prolongations des) congés de maladie. Ils sont en première ligne lors des contacts avec les travailleurs confrontés à un problème d'ordre médical. Le renvoi du patient vers le médecin du travail par le médecin généraliste est un sujet à étudier davantage.

Afin d'aider les médecins généralistes par rapport aux congés de maladies, des informations rédigées par le Collège National de Médecine d'assurance sociale leur ont récemment été communiquées pour une série de pathologies courantes dans le contexte de l'invalidité. Ces fiches par pathologie contiennent notamment des informations sur le parcours de soins type et des durées indicatives moyennes pour les congés de maladie.

3 RÉINTÉGRATION SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Dans ce chapitre, nous analysons la réintégration sur le marché du travail pendant et après une période d'incapacité. Nous étudions le parcours des personnes qui tombent en incapacité de travail et observons combien de temps elles restent dans cette situation. Nous examinons également si les intéressés se réinsèrent ensuite sur le marché du travail (cf. section 3.1).

Plusieurs instruments existent en Belgique pour aider les personnes en incapacité à réintégrer le marché de l'emploi. Ces outils comprennent la reprise partielle du travail, qui permet de combiner la perception d'indemnités avec un emploi. Il y a aussi différents moyens d'évaluer la possibilité pour les intéressés de reprendre le travail auprès de leur propre employeur, tels que les trajets de réintégration et les visites de pré-reprise du travail. Les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas retourner chez leur ancien employeur peuvent être orientées vers les services régionaux de l'emploi et leurs partenaires en vue d'un accompagnement et d'une formation. Afin d'encourager la réintégration, l'accompagnement par les mutualités et l'identification précoce des possibilités de réinsertion professionnelle revêtent toute leur importance. La section 3.2 présente ces outils, tandis que les sections 3.3 et 3.4 étudient respectivement la participation à ceux-ci et leurs résultats.

Par ailleurs, d'autres facteurs, tels que les aspects financiers, les possibilités d'emploi dans des entreprises de travail adapté, la discrimination et l'accès aux soins de santé, influent aussi sur la réintégration (section 3.5).

3.1 Parcours des personnes en incapacité de travail

Cette section analyse le parcours suivi par les individus qui se retrouvent en incapacité de travail. Elle analyse combien de temps ces personnes demeurent dans cette situation, ce qu'elles font lorsqu'elles quittent ce dispositif et si elles présentent un risque élevé de retomber en incapacité par la suite.

Si beaucoup sortent d'incapacité au cours des premiers mois, leur nombre diminue ensuite rapidement. Le graphique 23 montre, pour tous les individus qui sont en incapacité depuis au moins un mois, la probabilité qu'ils soient toujours dans cette situation au cours de la période suivante. Durant les premiers mois, la courbe est orientée à la baisse: après quatre mois, 42 % des sujets sont toujours en incapacité; plus de la moitié ont donc quitté le dispositif.²¹ Au-delà de ce délai, la courbe commence toutefois à s'aplanir: après un an, 21 % des personnes demeurent en incapacité et ce pourcentage augmente rapidement. Dans 80 % des cas, les individus qui sont malades depuis un an sont encore en incapacité un an plus tard. Pour les personnes dont la maladie se prolonge depuis deux ou trois ans, ce taux atteint, respectivement, 91 et 95 %. Il existe donc une grande différence entre, d'une part, le groupe important qui sort rapidement de l'incapacité au cours des premiers mois, et, d'autre part, les individus qui présentent un risque élevé d'incapacité de (très) longue durée. C'est pourquoi, dans la suite de ce rapport, nous analysons régulièrement la situation de ce dernier groupe en particulier, qui est défini ici comme celui des personnes en incapacité de travail depuis au moins quatre mois.²²

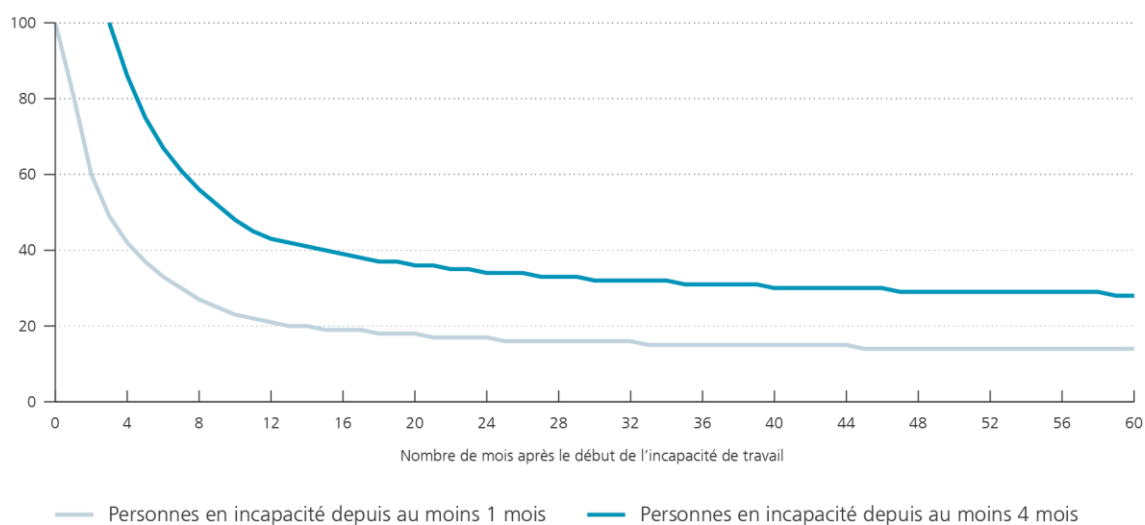
²¹ Ces pourcentages relatifs aux sorties d'incapacité de travail ne tiennent pas compte des sorties résultant d'un départ à la retraite ou d'un décès. Pour plus de détails, cf. la note du graphique 23.

²² La fin du quatrième mois d'incapacité de travail coïncide également avec le moment où le médecin-conseil doit procéder à une première évaluation des possibilités de réintégration. Cet accent mis sur les périodes d'au moins quatre mois s'explique également par une raison technique, à savoir que les données dont nous disposons sur le marché du travail sont trimestrielles. Pour les courtes périodes, dont le début et la fin se situent dans le même trimestre, il est impossible d'établir une distinction claire entre le travail exercé avant et après l'incapacité, et donc d'analyser les évolutions en termes d'emploi.

Ces taux de retour au travail sont relativement stables dans le temps. Entre 2014 et 2019, le pourcentage de personnes qui étaient toujours en incapacité au bout d'un an a fluctué autour de 20 %. Il grimpe à 22 % pour les individus entrés en incapacité en 2019. Ce dernier groupe a toutefois atteint une durée de maladie d'un an en 2020, soit l'année de la crise du COVID-19. Celle-ci semble donc avoir exercé une influence légèrement négative sur la probabilité de reprise du travail. Ce pourcentage est influencé par plusieurs facteurs, dont une augmentation du nombre de travailleurs plus âgés, qui restent en moyenne plus longtemps en incapacité. Toutefois, ces pourcentages de retour restent stables même lorsqu'on tient compte de ces évolutions dans la population des personnes en incapacité²³. L'incidence du renforcement des politiques de réintégration sur la durée de l'incapacité n'est donc pas encore perceptible dans ces chiffres agrégés durant cette période.

Graphique 23 - Durée de l'incapacité de travail

(proportion de personnes toujours en incapacité après une période d'au moins 1 ou 4 mois, salariés du secteur privé, 2014-2020)



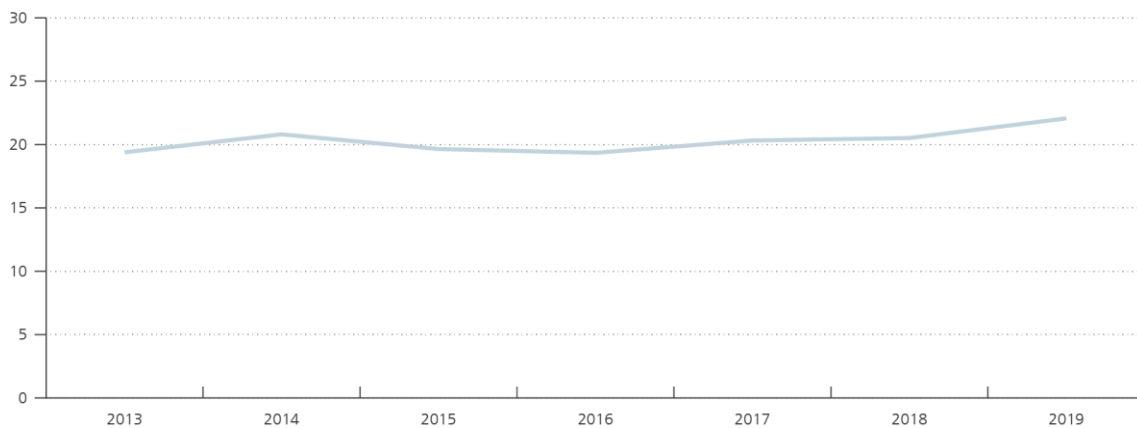
Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Courbes de survie de Kaplan-Meier basées sur les périodes d'incapacité ayant débuté entre 2014 et 2020 avec une période de suivi s'étendant jusqu'à la fin de 2020. Les périodes d'incapacité ayant pris fin à la suite du départ à la retraite ou du décès sont prises en compte, mais sont censurées au moment du départ à la retraite ou du décès. Ces cas ne sont donc pas considérés comme des sorties d'incapacité de travail.

Plusieurs raisons expliquent que le retour à l'emploi devienne plus compliqué à mesure que l'incapacité se prolonge. D'un côté, il y a un effet de sélection, puisque les personnes confrontées à des problèmes de santé moins graves peuvent reprendre le travail plus rapidement, tandis que les autres rencontrent en moyenne des problèmes de santé plus sévères. De l'autre, une absence prolongée peut en soi aussi compliquer la reprise du travail, notamment parce que les compétences professionnelles diminuent ou parce que le lien avec l'employeur ou le monde du travail en général s'étiolent. Des facteurs non liés au marché de l'emploi peuvent eux aussi entraver un retour ultérieur, comme la perte de confiance, la peur de reprendre le travail et le contexte familial (p. ex. des changements dans l'organisation du ménage).

²³ Sur la base d'un modèle de Cox à risque proportionnel avec une correction pour les différences d'âge, de genre, de niveau de formation, de statut d'ouvrier ou d'employé et de composition du ménage.

Graphique 24 - Probabilité d'incapacité de longue durée en fonction de l'année d'entrée en incapacité
(pourcentages d'incapacités d'une durée d'au moins 1 an¹, salariés du secteur privé)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

¹ Pourcentages des personnes entrées en incapacité au cours de l'année donnée dont l'incapacité a duré au moins 1 mois.

Les travailleurs faiblement diplômés et plus âgés restent plus longtemps en incapacité que ceux plus jeunes et ayant suivi une formation plus longue. Parmi les personnes qui sont en incapacité depuis au moins un mois, la durée de la maladie atteint un an pour 18 % des individus très diplômés et pour 19 % de ceux qui sont moyennement diplômés, contre 25 % de ceux qui sont peu diplômés. La différence est encore plus prononcée en fonction de l'âge: la durée de l'épisode de maladie atteint un an chez seulement 13 % des moins de 30 ans, contre 21 % des 30-54 ans et 29 % des plus de 55 ans. Il convient également de noter que la courbe s'aplanit totalement pour les plus de 55 ans après deux ans – au-delà de ce délai, la probabilité d'un retour à l'emploi est quasi nulle –, tandis que les groupes d'âge plus jeunes conservent une maigre chance de reprise.

Une position plus fragile sur le marché de l'emploi peut expliquer en partie les écarts entre ces groupes. Il est évident que ces catégories de personnes peuvent présenter de nombreuses différences, tant sur le plan des caractéristiques socioéconomiques qu'en termes de problèmes médicaux, ce qui peut contribuer aux écarts observés dans la durée de leur incapacité. Cependant, même si on tient compte de ces divergences²⁴, la durée de l'incapacité continue de dépendre du niveau d'éducation et de l'âge. Il en va de même pour les différences régionales: la durée de la maladie est plus courte en Flandre, même lorsqu'on prend en considération les différences dans la structure d'âge de la population. Globalement, les groupes qui restent en incapacité plus longtemps semblent également se trouver dans une position plus précaire sur le marché de l'emploi: les taux de chômage des travailleurs plus âgés, des personnes peu diplômées et résidant à Bruxelles ou en Wallonie sont supérieurs à la moyenne générale. Bien que la reconnaissance de l'incapacité repose sur une évaluation médicale, les individus peuvent quitter spontanément ce dispositif s'ils sont capables de reprendre le travail auprès de leur ancien employeur ou d'un nouveau. Une position plus solide sur le marché du travail ou un dynamisme accru sur ce marché, susceptible d'élargir les débouchés pour les personnes confrontées à un problème de santé, peut donc contribuer à une sortie plus rapide d'incapacité.

Le risque d'incapacité de longue durée est légèrement plus élevé chez les femmes. Cela est également le cas lorsqu'on tient compte des différences en matière de secteur d'activité, entre

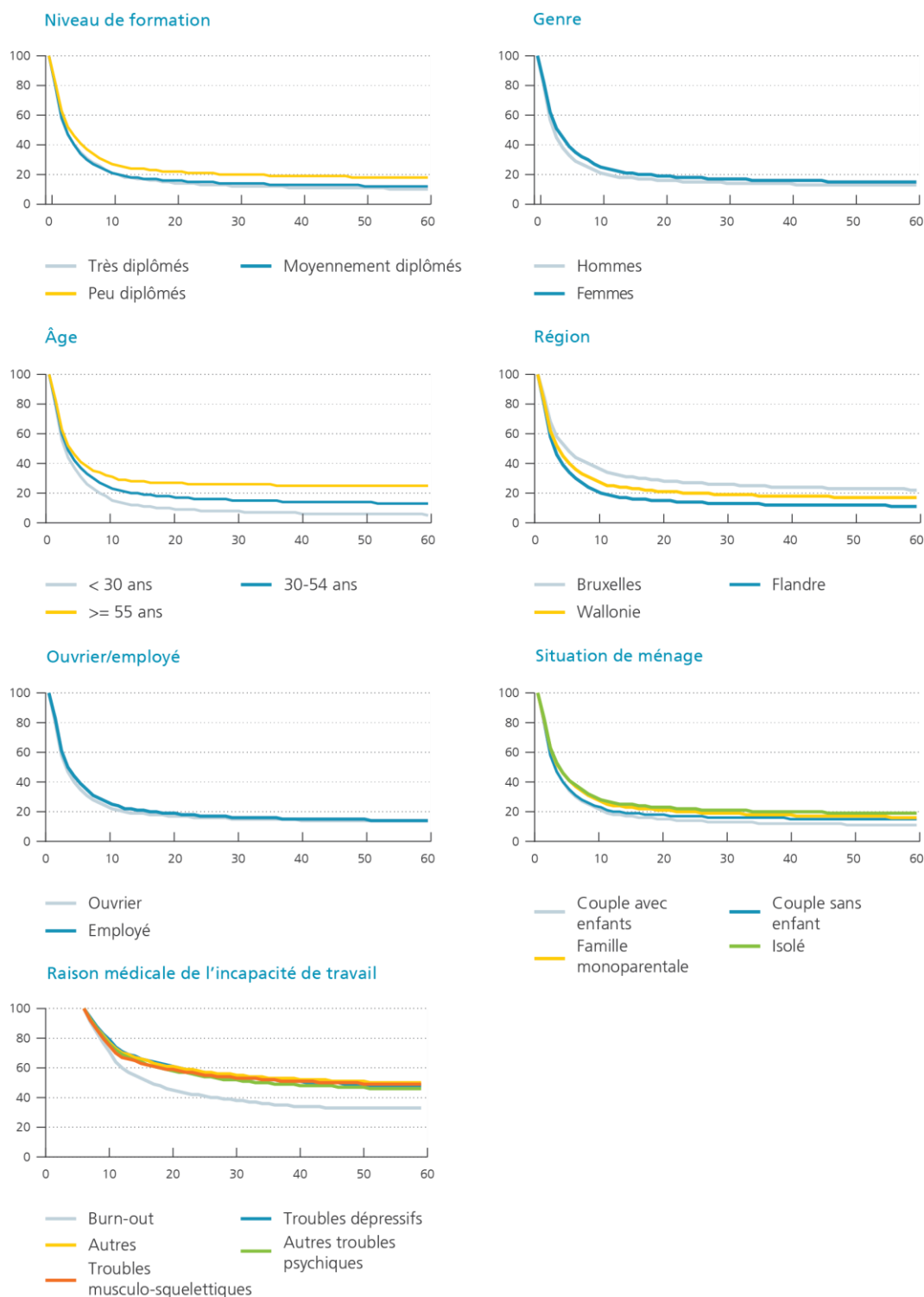
²⁴ Sur la base d'une régression tenant compte des différences en matière de niveau d'éducation, de genre, d'âge, de région, de maladie, de statut d'ouvrier ou d'employé et de secteur d'activité.

autres. La dimension familiale peut aussi jouer un rôle à cet égard. Cette étude ne contient pas de données concernant les partenaires des personnes en incapacité, mais il est possible que ceux-ci présentent aussi une plus forte probabilité de se retrouver dans cette situation. Par exemple, au sein des ménages dont les enfants ont des besoins spécifiques en matière de soins, les parents sont plus souvent en incapacité de travail (Bruyneel et al., 2021). Les femmes, en particulier, encourent le risque d'incapacité de longue durée le plus élevé. Ainsi, les dimensions familiale et médicale peuvent également influencer sur l'incapacité et le retour à l'emploi.

Les personnes souffrant d'un burn-out restent moins longtemps en incapacité de travail. Nous ne disposons d'informations relatives au motif médical de l'incapacité que pour les individus qui sont malades depuis au moins sept mois (cf. point 2.2). Dans ce groupe, la durée de la maladie atteint deux ans pour 41 % des personnes souffrant d'un burn-out, contre 55 à 58 % de celles absentes pour d'autres raisons médicales. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, étant donné que ces groupes présentent des problèmes de santé très divers et qu'on examine ici uniquement les personnes en incapacité depuis sept mois. Néanmoins, la majorité des individus appartenant à ce dernier groupe parvient à éviter une absence de très longue durée, c'est-à-dire supérieure à deux ans, lorsqu'ils souffrent d'une affection liée au stress telle que le burn-out, ce qui n'est pas le cas quand d'autres raisons médicales sont en cause.

Graphique 25 - Durée de l'incapacité en fonction des caractéristiques

(proportion de personnes encore en incapacité après une période d'au moins un mois, salariés du secteur privé, 2014-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Courbes de survie de Kaplan-Meier basées sur les périodes d'incapacité ayant débuté entre 2014 et 2020 avec une période de suivi s'étendant jusqu'à la fin de 2020. Les périodes d'incapacité ayant pris fin à la suite du départ à la retraite ou du décès sont prises en compte, mais sont censurées au moment du départ à la retraite ou du décès et ne sont donc pas considérées comme des sorties d'incapacité de travail. Les résultats sont ventilés selon la raison médicale de l'incapacité pour les personnes qui sont malades depuis au moins sept mois.

La sortie d'incapacité n'implique pas nécessairement le retour à l'emploi. L'incapacité peut prendre fin lorsque le médecin-conseil de la mutualité ou de l'INAMI estime que les conditions d'octroi d'une indemnité ne sont plus remplies ou lorsque la personne y met spontanément un terme. De manière générale, 70 % des individus qui sortent d'incapacité après une période d'au moins quatre mois reprennent le travail, tandis que 18 % deviennent demandeurs d'emploi et 12 % endossent un autre statut.²⁵ Ces chiffres reflètent la situation sur le marché du travail à la fin du trimestre au cours duquel l'incapacité s'est terminée, abstraction faite des sorties dues au départ à la retraite ou au décès. Les personnes ayant adopté un « autre » statut peuvent ne recevoir aucune indemnité ou percevoir des prestations différentes, comme un revenu d'intégration, ou exercer une autre activité, par exemple suivre une formation. Il est aussi possible qu'elles soient retombées en incapacité, étant donné que nous analysons la situation en fin de trimestre. Dans la mesure où les chômeurs peuvent également tomber en incapacité de travail, le groupe des individus qui deviennent demandeurs d'emploi inclut aussi des personnes qui « retournent » au chômage après une amélioration de leur état de santé.

Par ailleurs, la reprise du travail n'a pas nécessairement lieu chez l'employeur précédent. Parmi les personnes qui retournent à l'emploi après une absence d'au moins quatre mois, 81 % le font auprès de leur ancien employeur. Lorsque ce n'est pas le cas, la plupart se tournent vers un autre secteur (13 %), plutôt que vers un autre employeur du même secteur (6 %). Les secteurs sont définis ici au niveau très agrégé des sections de la NACE (cf. par exemple le graphique 27 pour une vue d'ensemble), si bien que le passage d'un secteur à un autre peut être considéré comme un changement majeur, même s'il n'est pas exclu que les intéressés exercent un travail similaire dans un secteur différent.

De plus, un groupe important de travailleurs change d'employeur rapidement après la reprise du travail. Après un an, seuls 64 % des personnes qui sont retournées à l'emploi après une absence d'au moins quatre mois travaillent toujours chez leur employeur initial tandis que ce pourcentage s'élève à 81 % juste après la fin de l'incapacité. Bien que nous ne connaissions pas les raisons de ce changement d'employeur, cela suggère qu'un retour auprès de l'employeur initial peut aussi constituer une étape vers un nouveau lieu de travail.

Un retour au travail sous un statut d'indépendant se produit rarement. Nous analysons dans ce rapport le trajet des personnes qui étaient salariées avant leur début d'incapacité de travail. Moins d'1% d'entre elles reprennent le travail sous un statut d'indépendant à titre principal. Un peu moins de 5% reprennent le travail avec une activité indépendante à titre accessoire à côté de leur activité principale salariée, mais ce pourcentage est similaire à celui qui prévaut avant une incapacité.

Les personnes en incapacité de très longue durée reprennent moins fréquemment le travail par la suite et ne le font généralement pas auprès de leur employeur initial. Au terme d'une incapacité de plus de deux ans, seul un individu sur deux retourne à l'emploi, contre près de trois sur quatre lorsque l'incapacité a duré de 5 à 12 mois. Quelque 20 % ne sont ni en emploi, ni en recherche d'emploi, bien que la fin de l'incapacité signifie en principe qu'il est possible (d'un point de vue médical) de recommencer à travailler. En outre, seule la moitié des personnes qui reprennent le travail après une absence de deux ans le font auprès de leur employeur initial. Cette absence prolongée peut compliquer le retour au travail: le lien avec l'employeur peut s'être rompu ou des changements avoir eu lieu chez l'employeur ou dans la fonction à exercer. Ces chiffres suggèrent que, pour une part importante des malades de très longue durée, un changement de carrière est nécessaire au retour à l'emploi, même s'il est également possible que ces personnes exercent un travail similaire dans un autre secteur.

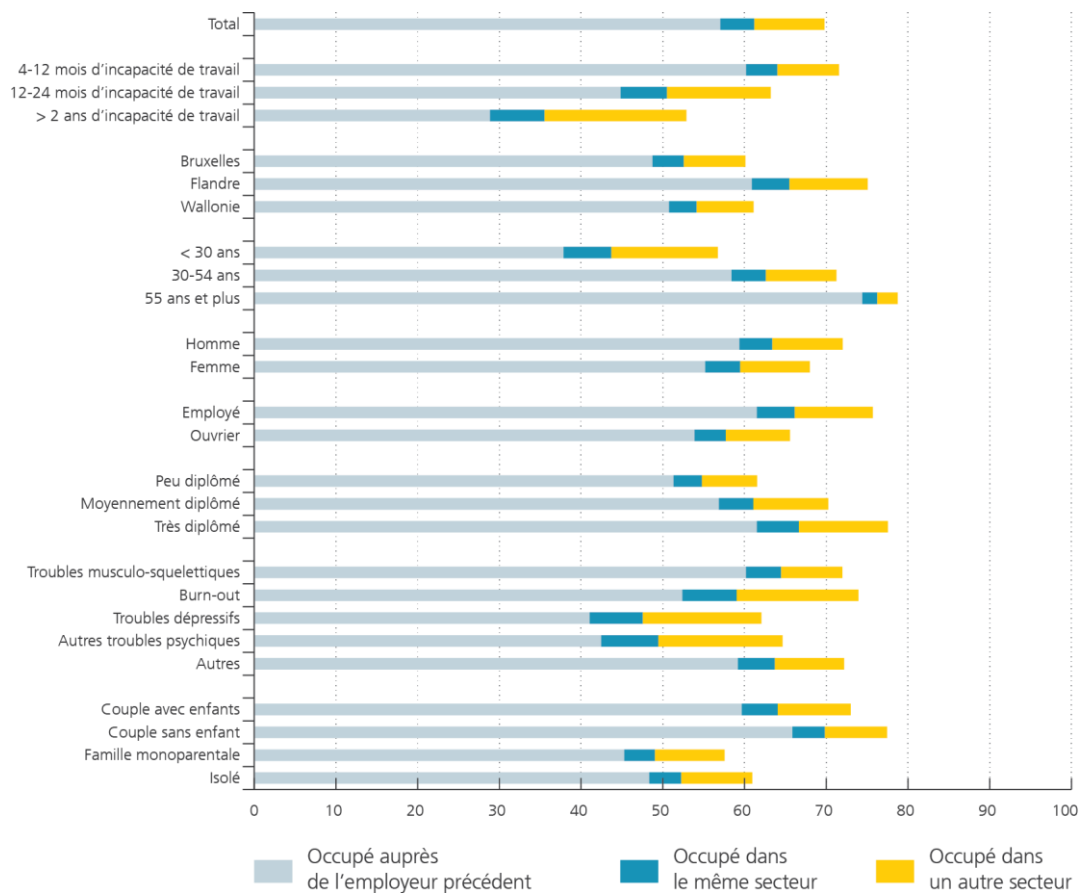
²⁵ Il convient de noter que cela inclut aussi des personnes qui étaient au chômage au moment de leur entrée en incapacité. Une partie d'entre elles retournent donc au chômage après la fin de leur incapacité. Le graphique 27 montre la situation sur le marché du travail des personnes qui étaient à l'emploi dans les six mois ayant précédé le début de leur incapacité. Parmi ce groupe, 80 % des individus reprennent le travail après la sortie d'incapacité.

Les jeunes travailleurs (< 30) sortent plus rapidement d'incapacité, mais trouvent moins fréquemment un emploi par la suite. Ils ne reprennent le travail que dans 57 % des cas et, lorsqu'ils le font, ils s'orientent beaucoup plus souvent vers un autre employeur, la plupart du temps dans un secteur différent. À l'inverse, les plus de 55 ans sont beaucoup plus nombreux à retourner à l'emploi et, dans plus de neuf cas sur dix, la reprise a lieu auprès de leur employeur initial. Cela peut être le signe que les travailleurs plus âgés ont du mal à trouver un nouvel emploi, surtout après avoir été confrontés à un problème de santé de longue durée, mais aussi que les employeurs souhaitent conserver des travailleurs expérimentés ayant une bonne connaissance de l'entreprise.

Les différents groupes qui sortent plus rapidement d'incapacité sont aussi plus susceptibles de reprendre le travail après l'incapacité. Les personnes très diplômées et les travailleurs occupés en Flandre présentent ainsi la probabilité la plus élevée. Les personnes vivant en couple ont également plus de chances de retourner à l'emploi que les isolés avec ou sans enfants. Les individus ayant souffert d'un burn-out reprennent eux aussi plus souvent une activité professionnelle que d'autres groupes, mais tout comme les autres personnes ayant souffert d'un problème de santé mentale, ils le font plus rarement auprès de leur employeur initial. Après un problème de santé mentale, les personnes sont beaucoup plus susceptibles de changer de secteur d'activité.

Graphique 26 - Situation sur le marché du travail après une incapacité

(situation sur le marché du travail après la sortie d'incapacité, personnes ayant été en incapacité pendant au moins quatre mois, salariés du secteur privé, 2014-2020)



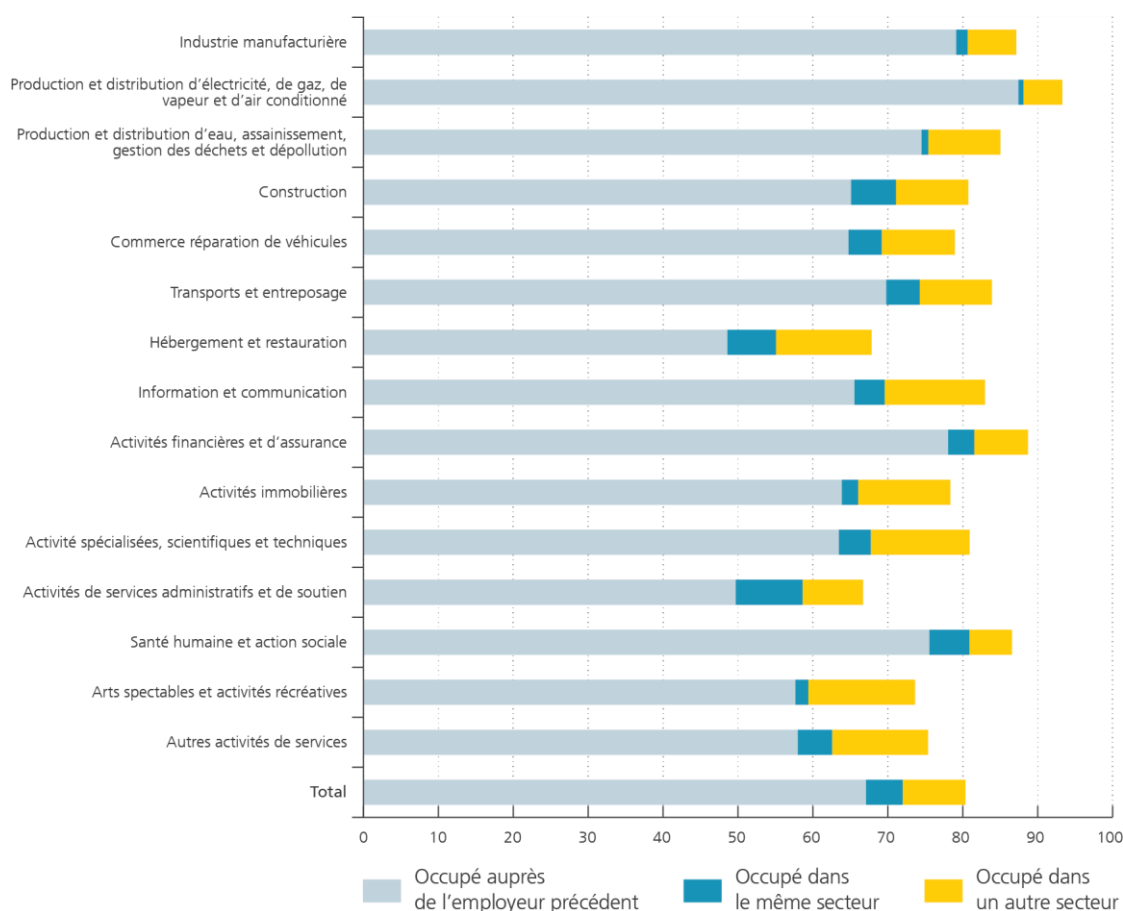
Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Situation sur le marché du travail à la fin du trimestre au cours duquel la période d'incapacité s'est terminée; pour les périodes d'au moins quatre mois qui ont débuté et ont pris fin entre 2014 et 2020. Abstraction faite des périodes interrompues pour cause de retraite ou de décès.

L'horeca et les services administratifs et de soutien sont les secteurs où la probabilité de reprise après une sortie d'incapacité de travail est la plus faible. Dans ces deux secteurs, moins de sept individus sur dix y parviennent. Il s'agit souvent de personnes moins qualifiées qui, lorsque leur état de santé rend l'exercice de leur profession plus difficile, ont moins d'opportunités sur le marché du travail. Les services administratifs et de soutien englobent également les travailleurs intérimaires, qui ne disposent pas d'un employeur attiré, dont quatre sur dix à peine reprennent immédiatement leur activité. Par ailleurs, seuls sept travailleurs de titres-services sur dix retrouvent un emploi après leur absence. Cela étant, la proportion d'entre eux qui changent d'employeur ou de secteur est comparable à celle des autres travailleurs.

Graphique 27 - Situation sur le marché du travail après une sortie d'incapacité de travail

(situation sur le marché du travail après une sortie d'incapacité de travail, personnes ayant été en incapacité pendant au moins quatre mois, salariés du secteur privé, 2014-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Situation sur le marché du travail à la fin du trimestre au cours duquel la période d'incapacité a pris fin; pour les périodes de quatre mois au moins qui ont débuté et se sont terminées entre 2014 et 2020, et uniquement pour les personnes qui avaient un employeur au cours du semestre précédant le début de l'incapacité. Abstraction faite des périodes interrompues pour cause de retraite ou de décès.

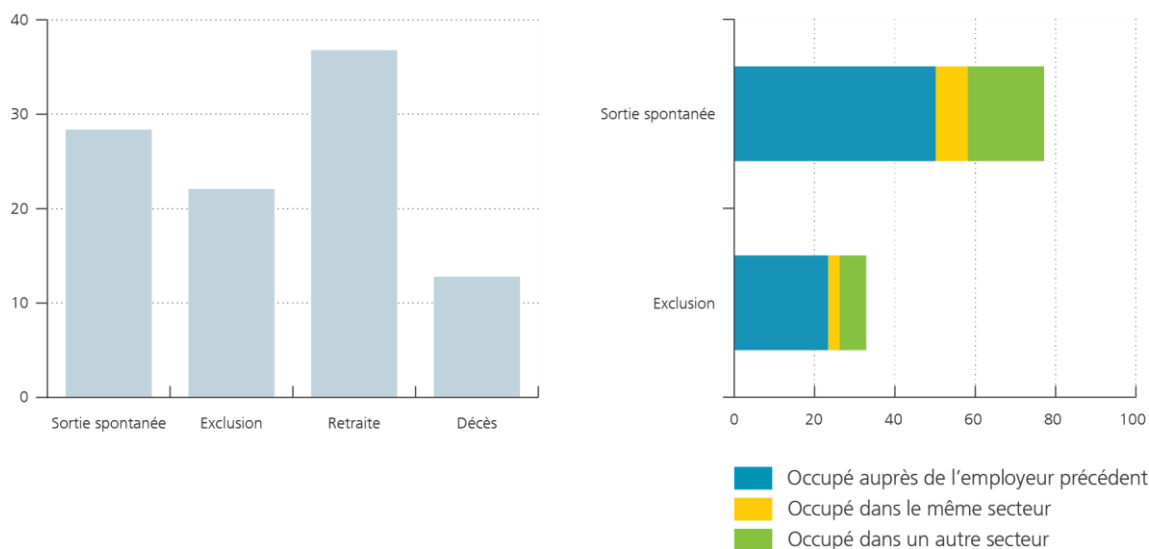
Le motif de l'interruption influence aussi grandement les chances de retour. Parmi les travailleurs qui ont mis fin à une période d'au moins un an entre 2014 et 2020, les raisons les plus fréquentes étaient le départ à la retraite (37 %), suivi de la sortie spontanée (28 %), d'une exclusion par le médecin-conseil (22 %) et enfin du décès (13 %). La part élevée d'interruptions pour cause de retraite tient à la forte proportion de personnes âgées parmi les malades de longue durée et de leur faible probabilité de reprise. Pour le retour au travail, nous nous intéressons à la distinction

entre la sortie spontanée et l'exclusion par le médecin-conseil de la mutualité. Dans le premier cas, la personne concernée prend elle-même la décision, là où dans le second, le médecin-conseil juge qu'elle ne remplit plus les conditions d'incapacité de travail parce qu'elle dispose à nouveau d'une capacité de gain suffisante pour pouvoir reprendre le travail²⁶.

La plupart des personnes exclues par le médecin-conseil rejoignent le chômage ou l'inactivité. Seul un individu sur trois reprend le travail immédiatement après une exclusion. Plus de 40 % d'entre eux deviennent demandeurs d'emploi et 24 % basculent même dans l'inactivité. Ces chiffres illustrent la vulnérabilité de ce groupe sur le marché du travail. L'exclusion d'un individu signifie non pas qu'il va trouver un emploi, mais plutôt qu'il est apte à travailler. Sachant cela, on peut s'attendre à ce que certains deviennent demandeurs d'emploi et bénéficient ensuite d'un accompagnement auprès des services régionaux de l'emploi. Plus remarquable encore, près d'une personne sur quatre n'est ni en activité ni en recherche d'emploi. Il s'agit d'un groupe jugé apte à travailler d'après l'évaluation du médecin-conseil mais qui ne cherche pas d'emploi et ne bénéficie pas d'un encadrement en vue d'une réinsertion professionnelle. Qui plus est, la situation de ce groupe sur le marché du travail ne semble pas s'améliorer. Un an après l'exclusion, 36 % d'entre eux ont un emploi, soit une hausse marginale par rapport aux 33 % affichés immédiatement au sortir de l'incapacité de travail.

Graphique 28 - Motif de sortie d'incapacité de travail

(volet de gauche: raison de la fin de l'incapacité après une période d'au moins un an; volet de droite: situation sur le marché du travail après la fin de l'incapacité; salariés du secteur privé, 2014-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Le graphique de gauche montre toutes les périodes d'au moins un an qui se sont terminées entre 2014 et 2020. Le graphique de droite illustre la situation sur le marché du travail à la fin du trimestre au cours duquel la période d'incapacité de travail s'est interrompue, uniquement pour les périodes entamées et achevées entre 2014 et 2020.

Une personne sur cinq environ retombe en incapacité dans l'année qui suit la fin de son incapacité de travail. Les personnes qui se sont déjà retrouvées en incapacité courent davantage de risques d'y revenir. Parmi les personnes en incapacité depuis au moins quatre mois, 22 % rechutent dans

²⁶ Il est également possible qu'une personne soit exclue en raison d'une sanction, mais ce cas se présente moins fréquemment.

l'année²⁷. Si ce risque concerne tous les groupes, il est légèrement plus grand chez les travailleurs plus âgés, les ouvriers et les personnes moins scolarisées. Il est également quelque peu plus élevé pour les personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques que pour celles qui sont confrontées à un problème de santé mentale, en particulier un burn-out. Ce dernier groupe reprend donc le travail plus rapidement et présente aussi un moindre risque de rechute ultérieure.

3.2 Instruments de réintégration sur le marché du travail

3.2.1 Reprise partielle du travail

Une personne en incapacité de travail est autorisée à travailler dans le cadre d'une reprise partielle du travail. Cette formule permet de combiner une activité rémunérée ou bénévole avec une allocation (réduite). Il peut s'agir soit d'un travail adapté auprès de son propre employeur, soit d'un nouveau poste auprès d'un autre employeur. Cette possibilité offerte de reprendre le travail lorsque l'état de santé de l'intéressé le permet peut constituer un tremplin vers une reprise complète du travail plus tard.

L'accès à cette forme de reprise du travail est relativement souple. Toute personne qui souhaite faire une reprise partielle du travail est tenue de solliciter à temps l'accord du médecin-conseil, mais ne doit pas attendre sa décision pour commencer à travailler. Le médecin-conseil évalue si le travail est compatible avec l'état de santé du demandeur et si sa capacité est toujours réduite d'au moins 50 % sur le plan médical. Bien qu'en pratique, la plupart de ces reprises se fassent à mi-temps, il ne s'agit pas d'une obligation. Pour autant que cette condition soit satisfaite, une reprise à temps plein dans un emploi différent ou adapté est également possible. L'autorisation porte sur une activité spécifique pour un nombre maximum d'heures par semaine auprès d'un employeur donné. Depuis 2018, cette autorisation ne peut plus être accordée pour une durée indéterminée. Elle l'est désormais pour une période maximale de deux ans pouvant être prolongée.

Le revenu tiré de cet emploi est cumulable avec l'allocation, étant entendu que cette dernière est minorée en fonction du nombre d'heures ouvrées. Un travailleur qui est occupé à moins de 20 % d'un emploi à temps plein conserve l'intégralité de ses prestations. Pour les pourcentages supérieurs, l'allocation fait l'objet d'une immunisation identique. Ainsi, si une personne travaille à 50 %, son allocation sera diminuée de 30 % (= 50 % - 20 %). La méthode de calcul a été adaptée en 2018 et reposait auparavant sur le revenu tiré de l'emploi exercé. La nouvelle méthode est en général plus désavantageuse pour les personnes ayant une rémunération horaire plus basse, car c'est le nombre d'heures et non plus le salaire qui est désormais pris en compte²⁸.

3.2.2 Réintégration auprès de l'employeur initial

S'agissant des travailleurs en incapacité de travail qui sont encore liés par un contrat de travail, il existe plusieurs formules qui peuvent les aider à rejoindre leur employeur. Il s'agit notamment de trajets de réintégration formels, mais aussi de « visites de pré-reprise du travail » plus informelles avec le médecin du travail de l'entreprise²⁹. Ces instruments étant liés à l'employeur, les personnes qui n'en ont pas – indépendants, chômeurs ou travailleurs dont le contrat a été rompu – ne peuvent pas y avoir recours.

²⁷ Nous définissons ici une rechute comme une nouvelle période d'incapacité de travail d'au moins un mois. Il convient de noter que si une personne retombe en incapacité dans les 14 jours (incapacité primaire) ou dans les trois mois (invalidité), on considère qu'il s'agit d'une prolongation de la période d'incapacité de travail. En cela, nous sous-estimons ici la proportion de personnes qui retombent en incapacité.

²⁸ Ce système s'applique aux salariés. Il existe également un régime spécifique pour les travailleurs indépendants.

²⁹ Compte tenu de son rôle en matière de prévention, son titre complet est « conseiller/conseillère en prévention-médecin du travail ». Par souci de lisibilité, nous utilisons dans le présent rapport la dénomination simplifiée de « médecin du travail ».

Les trajets de réintégration consistent en un processus formel au cours duquel le médecin du travail évalue si la reprise est envisageable à terme et étudie les possibilités de travail adapté. Tant le travailleur que l'employeur peuvent entamer cette procédure, mais ce dernier ne peut le faire qu'après trois mois d'incapacité. Le médecin-conseil ou le coordinateur Retour au travail de la mutualité (cf. section 3.2.4 pour une description de son rôle) n'est pas habilité à lancer la procédure formellement, mais il peut orienter l'intéressé vers le médecin du travail. Outre l'entretien avec la personne en incapacité de travail, le médecin du travail peut consulter des confrères pour cet examen, tels que le médecin traitant ou le médecin-conseil de la mutualité, ou d'autres acteurs comme l'employeur, des experts des services régionaux de l'emploi ou encore le coordinateur Retour au travail de la mutualité.

Sur la base de l'examen effectué, le médecin du travail établit un bilan de réintégration, qui décrit les possibilités de reprise au sein de l'entreprise. Il existe trois cas de figure. Dans l'option A, le travailleur peut reprendre le travail convenu à terme et effectuer un travail adapté dans l'intervalle. Dans l'option B, il est considéré comme définitivement inapte au travail convenu, mais capable d'effectuer un travail différent ou adapté. Cette option évalue par ailleurs également les ajustements nécessaires à apporter au poste de travail. Enfin, dans l'option C, on estime qu'il n'est pas possible d'évaluer la réintégration pour des raisons médicales, ce qui met (temporairement ou définitivement) fin au trajet.

À la suite d'une décision indiquant qu'un travail adapté est possible (option A ou B), l'employeur doit établir un plan de réintégration ou justifier pourquoi ce n'est pas envisageable. La réintégration peut consister en ajustements du travail ou en une reprise partielle du travail couplée à des allocations (cf. section 3.2.1). Si l'employeur juge que la réintégration n'est pas possible, il doit se justifier en tenant compte du « droit à un aménagement raisonnable pour les personnes en situation de handicap »³⁰. Si l'employeur propose un travail adapté, le travailleur doit décider s'il l'accepte et le trajet prend fin.

Le trajet de réintégration est désormais dissocié de la procédure de licenciement pour cause de force majeure médicale. Lorsque ces trajets ont été instaurés en 2017, le recours au licenciement pour cause de force majeure médicale ne pouvait se faire qu'au terme d'un trajet de réintégration concluant que plus aucun travail (adapté) n'était possible. Aucune indemnité de licenciement n'est due dans ce cas de figure³¹. Une large proportion de trajets, lancés à l'initiative tant de l'employeur que de l'employé, ont abouti à un licenciement pour cause de force majeure médicale (cf. section 3.4.2). Les trajets de réintégration ont été réformés en 2022 et il existe désormais une procédure distincte de licenciement pour cause de force majeure médicale qui ne peut être engagée qu'après neuf mois d'absence au moins et qui ne dépend plus de l'issue d'un éventuel trajet de réintégration.

Outre les trajets de réintégration formels, les travailleurs ont également la possibilité de demander une « visite de pré-reprise du travail » plus informelle avec le médecin du travail. Cette entrevue a pour but de déterminer les adaptations à apporter au poste de travail. La possibilité d'une reprise partielle du travail peut également être envisagée, en concertation avec l'employeur. Contrairement aux trajets de réintégration, l'employeur n'est pas tenu ici d'élaborer un plan de réintégration ou de justifier pourquoi le retour au travail n'est pas possible. Les conclusions possibles de cette procédure – adaptations du poste de travail ou reprise partielle des activités – sont cependant les mêmes.

³⁰ Cf. [Qu'entend-on par aménagements raisonnables pour les personnes en situation de handicap? | Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale \(belgique.be\)](https://www.belgium.be/fr/emploi/travail/amenagements-raisonnables-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap).

³¹ Un Fonds retour au travail a cependant été mis sur pied pour soutenir les travailleurs en incapacité de travail de longue durée ou dont le contrat de travail a été rompu pour cause de force majeure médicale, et qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement de la part d'un prestataire de services spécialisé. Tout employeur qui met fin à un contrat de travail pour cause de force majeure médicale doit contribuer à ce fonds à hauteur de 1 800 euros.

Le médecin du travail est tenu de prendre contact lui-même avec la personne en incapacité de travail après quatre semaines d'absence. Mise en place en 2022, cette obligation vise à accélérer les étapes sur la voie de la réinsertion professionnelle. Le médecin du travail doit fournir des informations, au moyen d'une lettre par exemple, sur les options de réintégration, telles que les trajets de réintégration et les visites de pré-reprise du travail.

Au-delà de ces programmes au niveau individuel, les employeurs ont également l'obligation de mettre en œuvre des politiques collectives de réintégration. Cette obligation a été renforcée par la réforme des trajets de réintégration en 2022. Le médecin du travail doit désormais préparer un rapport annuel contenant des données qualitatives et quantitatives sur les efforts consentis en matière de réintégration, y compris le nombre de consultations ou de trajets de réintégration engagés. L'employeur doit lui aussi établir chaque année un rapport décrivant les efforts déployés en vue de la réintégration des travailleurs en maladie. La politique de réintégration collective doit être évaluée au moins une fois par an sur la base de ces informations, en concertation avec le comité pour la prévention et la protection au travail ou, à défaut d'une telle structure, soit avec la délégation syndicale soit directement avec les travailleurs.

Enfin, la nouvelle cotisation de responsabilisation constitue également un incitant financier destiné à encourager les employeurs à œuvrer à la réintégration de leurs travailleurs. Comme l'indique la section 2.5.3, les employeurs sont tenus de contribuer directement aux coûts de l'incapacité de travail de deux manières: d'une part, par le versement d'un salaire garanti et, d'autre part, par l'acquittement de la cotisation de responsabilisation instaurée en 2022. Si ces mesures sont destinées à encourager les employeurs à renforcer leurs politiques en matière de prévention, la cotisation de responsabilisation a également pour but de les inciter à réintégrer des travailleurs avant qu'ils ne deviennent malades de longue durée. Cette cotisation est due lorsque le pourcentage de salariés en maladie de longue durée – autrement dit ceux qui atteignent une incapacité de travail d'un an – est trois fois supérieur à la moyenne du secteur privé et deux fois plus élevé que celle du secteur dont relève l'employeur. Il importe de noter que les personnes autorisées à faire une reprise partielle ne sont pas comptabilisées. Cette mesure encourage donc la réintégration des travailleurs avant que leur absence n'atteigne un an, le cas échéant par le biais d'une reprise partielle du travail.

3.2.3 Formation et accompagnement par l'intermédiaire des services régionaux de l'emploi

Les individus qui ne peuvent ou ne veulent pas retourner auprès de leur ancien employeur peuvent bénéficier d'un accompagnement et d'une formation par l'intermédiaire des services régionaux de l'emploi. Cette formule, que nous appellerons « trajet d'accompagnement »³², est destinée à amener ces personnes à renouer avec le marché du travail, parfois en leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences. Les services régionaux de l'emploi (Actiris, ADG, Forem et VDAB) jouent ici un rôle essentiel. Ils collaborent eux-mêmes avec d'autres partenaires, comme les agences spécialisées dans l'aide aux personnes handicapées (AVIQ, DSL, GTB et Phare). Le fonctionnement de ce système est régi par des conventions-cadres conclues entre les services régionaux de l'emploi, l'INAMI et les mutualités. Bien que les premiers soient au cœur de ces parcours, il s'agit non pas d'une inscription en tant que demandeur d'emploi, mais d'un encadrement spécifique aux personnes en incapacité de travail.

Le soutien peut prendre une forme allant du mentorat à la formation formelle. Tout participant fait d'abord l'objet d'une évaluation afin de déterminer les compétences qu'il possède et de définir ses besoins en matière d'accompagnement ou de formation. L'encadrement peut être apporté par les services régionaux de l'emploi eux-mêmes ou par des organismes spécialisés dans l'aide aux personnes en situation de handicap. Il peut consister en une orientation, un accompagnement ou

³² Ce dispositif est également appelé « trajet de réintégration socioprofessionnelle », mais pour éviter toute confusion avec les trajets de réintégration (auprès de l'employeur), nous privilégions cette appellation.

la participation à des cours tels qu'une préparation à l'entretien d'embauche ou une formation en langue. Les services régionaux de l'emploi, assistés par leurs partenaires, assurent donc un suivi sur le plan du marché du travail, tandis que les mutualités suivent l'état de santé des intéressés.

La formation formelle constitue une option pour les personnes qui ont besoin de nouvelles compétences pour réintégrer le marché du travail. Il peut s'agir de cours de courte durée ou de parcours pluriannuels dans l'enseignement supérieur. Pour en bénéficier, il convient de soumettre une proposition de formation à la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité, où siègent des représentants de l'INAMI et des mutualités, qui doit approuver ce programme. Cette procédure ne s'applique cependant qu'aux personnes qui ont besoin d'une formation qualifiante pour acquérir de nouvelles compétences, et ne vise donc pas d'autres cours dispensés dans le cadre d'un accompagnement.

Les conventions-cadres visant à organiser ces trajets d'accompagnement ont été renouvelées en 2023. Les nouveaux accords apportent une plus grande harmonisation entre les régions. Auparavant, cet outil n'était utilisé en Wallonie et à Bruxelles que pour les formations nécessitant une approbation formelle, tandis que la Flandre permettait également le recours aux autres formes d'accompagnement. Désormais, les différentes options sont possibles dans toutes les régions, ce qui pourrait stimuler la participation à Bruxelles et en Wallonie – qui est actuellement plus faible (cf. section suivante). Une convention similaire a également été signée avec l'ADG au début de 2024 pour la Communauté germanophone. Les conventions-cadres fixent par ailleurs des objectifs concernant le nombre de participants: 12 000 au VDAB, 5 000 au Forem, 600 chez Actiris et 25 à l'ADG d'ici 2024. Les parcours sont financés par la sécurité sociale fédérale, au moyen du versement aux services régionaux de l'emploi d'un montant fixe pour chaque trajet.

La participation à ce programme se fait sur une base volontaire et est ouverte à toute personne officiellement reconnue comme étant en incapacité de travail, qui se montre motivée pour entreprendre des démarches dans le but d'un retour au travail, qui est désireuse de participer activement et dont l'état de santé le permet. Le médecin-conseil ou le coordinateur Retour au travail peut suggérer la participation d'une personne, mais celle-ci n'est pas obligatoire et n'a pas d'incidence sur le statut d'incapacité de travail. Il existait aussi auparavant une distinction entre les travailleurs sous contrat de travail et les autres, les premiers étant tenus de suivre dans un premier temps un trajet de réintégration auprès de leur employeur avant de pouvoir participer. Cette différenciation a aujourd'hui disparu: quiconque souhaite ne pas retourner chez son employeur précédent peut commencer immédiatement à bénéficier d'un encadrement auprès des services régionaux de l'emploi. Un projet-pilote permettant une inscription spontanée auprès du service régional de l'emploi a par ailleurs vu le jour au début de 2023. Ce projet, qui court jusqu'au début de 2024 et sera réévalué ensuite, vise exclusivement les personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an. À l'issue d'un trajet de réintégration, le médecin du travail a par ailleurs également la possibilité de réorienter directement la personne vers un trajet d'accompagnement lorsque la réinsertion professionnelle auprès de l'employeur initial n'est pas possible.

Afin de stimuler la participation, une prise en charge du coût d'une formation est prévue et l'intéressé bénéficie d'une « présomption d'incapacité de travail » pendant toute la durée de celle-ci. Il ne perd donc pas son droit aux prestations³³. À l'issue de la formation s'amorce une période de recherche d'emploi de six mois. Après cela, le médecin-conseil doit procéder à une réévaluation de l'incapacité de travail en tenant compte des compétences acquises. L'objectif de la formation étant d'acquérir de nouvelles aptitudes, la personne perd en principe son droit aux prestations d'incapacité de travail. Si elle ne trouve pas d'emploi par la suite, elle peut solliciter des allocations de chômage. Leur niveau est initialement équivalent à celui des prestations d'incapacité

³³ L'approbation d'une formation par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité porte donc sur cette allocation et sur la présomption légale d'incapacité de travail. Il convient toutefois de noter que même en cas de « refus » d'une formation, il est possible de la suivre mais sans bénéficier de ces avantages.

de travail, mais contrairement à ces dernières, elles sont dégressives et diminuent donc avec le temps.

3.2.4 Identification précoce des possibilités de réintégration et accompagnement par la mutualité

Un accompagnement efficace des personnes en incapacité de travail est essentiel afin de maximiser leurs chances de réintégration aussitôt que leur état de santé le permet. Ce principe revêt une grande importance car une absence prolongée peut entraîner une diminution des compétences professionnelles, ce qui complique encore un éventuel retour ultérieur au travail. L'accompagnement initial est assuré par les mutualités, qui, le cas échéant, peuvent orienter l'intéressé vers le médecin du travail de l'employeur (cf. section 3.2.2) ou vers les services régionaux de l'emploi (cf. section 3.2.3).

Dans le but d'évaluer rapidement les chances de réintégration, les personnes concernées sont invitées à compléter un questionnaire dix semaines après le début de leur incapacité de travail. Ce formulaire a été conçu pour aider le médecin-conseil à évaluer le risque d'incapacité de travail de longue durée. Pour élaborer ce questionnaire, également appelé « quick scan », un travail a été effectué en amont afin de sélectionner les questions jugées les plus pertinentes pour prédire une incapacité de travail de longue durée. À cet égard, les questions qui ciblent les attentes personnelles en matière de guérison ou de retour réussi sont celles qui présentent la meilleure valeur prédictive (Goorts et al., 2020). Outre les questions qui sont ressorties de cette analyse scientifique, le questionnaire en comporte également sur l'expérience professionnelle et le parcours scolaire, lesquelles, couplées à la raison médicale de l'incapacité de travail, peuvent aider à jauger les chances de réintégration.

Sur la base des données disponibles, le médecin-conseil évalue les possibilités de réintégration et peut diriger la personne concernée vers le coordinateur Retour au travail de la mutualité. Ce dernier doit déterminer dans le courant du quatrième mois d'incapacité à laquelle des catégories suivantes la personne appartient:

1. La personne est présumée reprendre spontanément le travail, au plus tard à la fin du sixième mois d'incapacité de travail.
2. La reprise du travail semble impossible pour raisons médicales.
3. Une reprise du travail n'est pas à l'ordre du jour parce que la priorité doit être donnée au diagnostic ou au traitement médical.
4. Une reprise semble possible après une ou plusieurs mesures d'adaptation et/ou d'accompagnement.

Les personnes qui relèvent de la dernière catégorie, et qui peuvent donc rejoindre leur employeur initial ou réintégrer le marché du travail régulier moyennant une assistance, sont aiguillées vers le coordinateur Retour au travail. Celles qui relèvent des catégories 1 et 3 peuvent également être orientées vers lui à un stade ultérieur et après réévaluation.

Le rôle du coordinateur Retour au travail est de soutenir les personnes en incapacité de travail dans leur recherche d'emploi. Si un contrat de travail existe toujours, le coordinateur Retour au travail adresse la personne à l'employeur afin d'organiser une visite de pré-reprise du travail ou d'amorcer un trajet de réintégration. En cas d'échec, si la personne ne le souhaite pas ou si elle n'a pas (ou plus) d'employeur, d'autres options sont explorées, comme la reprise partielle d'un emploi auprès d'un autre employeur ou l'orientation vers les services régionaux de l'emploi en vue d'un accompagnement et/ou d'une formation. La fonction de coordinateur Retour au travail a été créée en 2022 avec pour mission principale d'aider les individus à distinguer et à utiliser les différents outils de réintégration évoqués ci-avant qui existaient déjà à l'époque. Le suivi assuré par le coordinateur porte le nom éponyme de trajet de retour au travail.

Si la participation aux trajets de retour au travail est obligatoire, les étapes menant à la réintégration sur le marché du travail sont facultatives. Les personnes en incapacité de travail sont tenues de compléter le questionnaire et de répondre aux invitations du médecin-conseil ou du coordinateur Retour au travail. Si elles ne donnent pas suite, elles encourent le risque de voir leurs prestations réduites de 2,5 %. La participation à la formule préconisée par ce processus – qu'il s'agisse d'un trajet de réintégration, d'une formation, d'une reprise partielle du travail, ou autre – demeure quant à elle libre. Au-delà des trajets de retour au travail démarrés à l'initiative du médecin-conseil, les personnes en incapacité peuvent entamer un tel parcours de leur propre initiative et bénéficier d'un accompagnement du coordinateur Retour au travail.

Le médecin-conseil assure également un suivi des personnes dans le cadre de l'évaluation de leur incapacité de travail et peut à ce titre prendre des mesures de réinsertion professionnelle. Le médecin-conseil est habilité à convoquer à tout moment les personnes et à évaluer si elles peuvent continuer à être reconnues comme inaptes au travail en raison de leur état de santé, et le cas échéant pour combien de temps. Pendant cet examen, le médecin-conseil peut également réévaluer les chances de réintégration et, si nécessaire, aiguiller la personne vers le coordinateur Retour au travail.

Cela étant, on note une pénurie de médecins-conseils, ce qui constitue un obstacle à l'identification précoce des possibilités de réintégration. Alors que le nombre de salariés en incapacité de travail d'au moins cinq mois³⁴ a augmenté de 23 % pour atteindre 561 000 entre 2015 et 2019, le nombre de médecins-conseils auprès des mutualités a chuté de 304 à 265 équivalents temps plein sur la même période. En d'autres termes, le nombre annuel de personnes en incapacité de travail par médecin-conseil est passé de 1 500 à plus de 2 100 en l'espace de cinq ans. À cela s'ajoute que l'âge moyen de ces médecins en 2020 était de 54 ans, ce qui laisse supposer que leur nombre continuera à diminuer sous l'effet de l'évolution démographique (National Board of Social Insurance Medicine on Disability, 2021).

Les professions paramédicales jouent cependant aussi un rôle toujours plus grand dans le suivi et l'évaluation des personnes en incapacité de travail. Dans la pratique, en partie du fait de la pénurie de médecins-conseils, certaines tâches se rapportant au suivi des personnes en incapacité de travail étaient déjà effectuées par du personnel paramédical au sein d'une équipe multidisciplinaire. Leur rôle sera officialisé en 2024: les psychologues cliniciens, les ergothérapeutes, les infirmiers et les kinésithérapeutes pourront notamment organiser des entrevues ou affecter une personne à l'une des catégories susvisées en vue de la rediriger vers le coordinateur Retour au travail. Certaines décisions toutefois, telles que la levée de l'incapacité ou l'approbation d'une première demande de reprise partielle du travail, continuent d'incomber au médecin-conseil.

À partir de 2024, les mutualités devront également assurer un suivi beaucoup plus rapproché des personnes en incapacité de travail. Au cours de la première année, les individus devront être reçus trois fois: avant la fin du quatrième mois, durant le septième puis au cours du onzième, étant entendu que des exceptions spécifiques sont prévues en fonction de l'état de santé et des étapes éventuelles vers la réintégration³⁵. Ces contacts peuvent avoir lieu soit avec les membres d'une équipe pluridisciplinaire, soit avec le médecin-conseil, mais la réglementation prévoit en tout état de cause que ce dernier doit impérativement voir la personne au moins une fois au cours de la première année d'incapacité de travail. Qui plus est, seul le médecin-conseil est habilité à mettre

³⁴ Cette valeur correspond à la somme du nombre de personnes en incapacité de longue durée au début de l'année considérée et du nombre de périodes d'incapacité primaire de cinq à douze mois au cours de cette même année. Pour éviter un double comptage, le calcul ne porte que sur les salariés et ne tient pas compte des indépendants. Le délai d'au moins cinq mois a été choisi parce qu'une classification des possibilités de réintégration doit être effectuée au plus tard à la fin du quatrième mois d'incapacité de travail.

³⁵ À titre d'exemple, au cours du septième mois, les personnes pour lesquelles une reprise est jugée impossible (catégorie 2) ne doivent pas être vues, au même titre que celles qui ont repris le travail partiellement ou qui ont entamé un trajet avec le coordinateur Retour au travail.

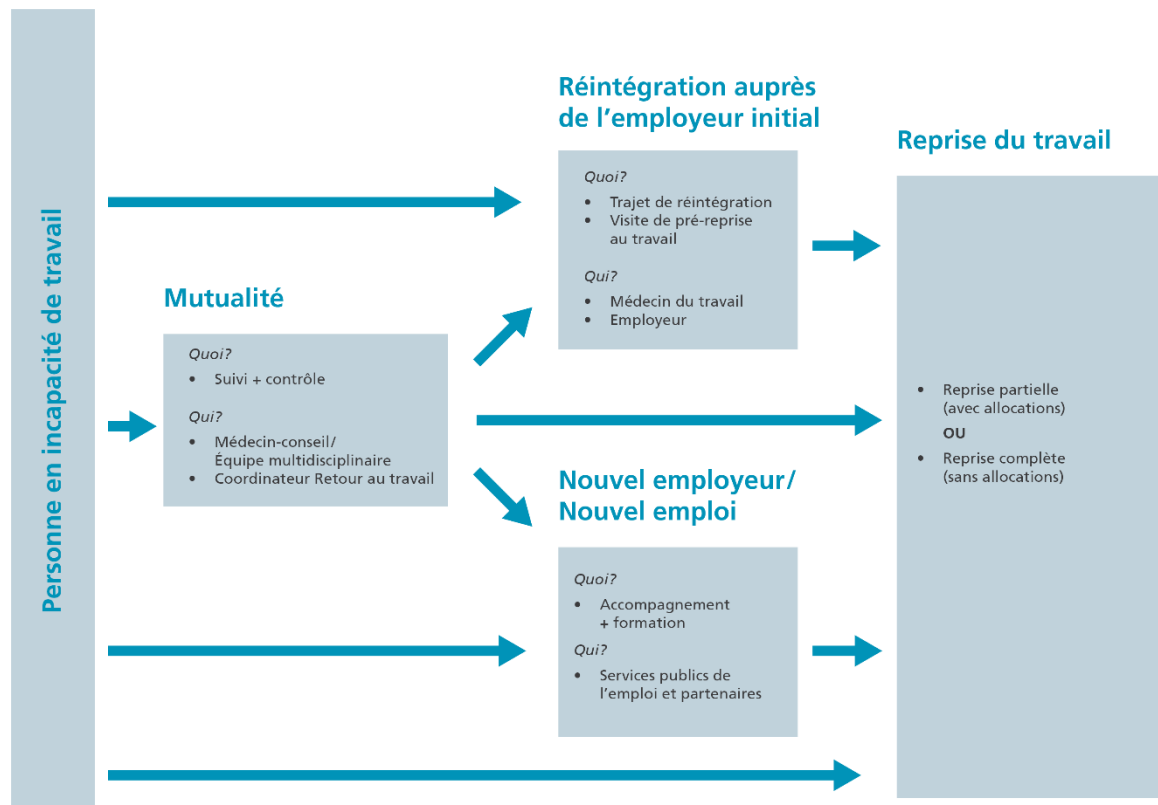
fin à l'incapacité de travail. Ces entretiens visent à évaluer l'incapacité de travail et les possibilités de réintégration par l'octroi à l'intéressé d'une nouvelle catégorie qui servira de base à son éventuelle redirection vers le coordinateur Retour au travail. Pendant la période d'incapacité, après un an d'absence, les personnes susceptibles de réintégrer le marché du travail (catégorie 4) devront être examinées chaque année, celles dont le traitement médical doit primer (catégorie 3) tous les deux ans, et les personnes dont la reprise est jugée impossible pour raisons médicales (catégorie 2) tous les cinq ans.

L'intelligence artificielle peut également apporter une aide pour détecter plus rapidement les opportunités de réintégration. Les données recueillies à l'aide du questionnaire sont déjà utilisées pour déterminer quelles personnes sont à orienter vers le coordinateur Retour au travail. Or, les mutualités détiennent de nombreuses informations complémentaires, y compris des données à caractère personnel, des informations sur les périodes d'incapacité antérieures et sur l'aboutissement de tentatives de réintégration précédentes. Celles-ci pourraient être utilisées pour estimer avec plus de précision la probabilité de réintégration. Les mutualités disposent même des informations concernant l'état de santé, par la voie du remboursement des dépenses médicales, mais l'utilisation à ces fins de données sensibles sur la santé est sujet à débat.

Le médecin traitant a lui aussi un rôle à jouer pour épinglez les possibilités de retour au travail. En Belgique, durant la première année d'absence, le médecin doit établir un certificat d'incapacité de travail qui précise la raison médicale et la durée prévue de l'incapacité³⁶. Le Royaume-Uni utilise ce qu'on appelle des « Fit notes » pouvant également indiquer que l'intéressé pourrait être apte au travail, sous certaines conditions précisées dans le document. Sept ans après l'introduction de cette possibilité, seuls 7 % des patients y ont cependant eu recours, ce qui s'explique en partie par une mise en œuvre incomplète et par la difficulté pour les médecins de connaître ou d'évaluer la situation professionnelle. Les médecins ont néanmoins constaté l'utilité d'aborder plus tôt la question du retour au travail (Godderis, 2019). Ces résultats suggèrent que si les médecins traitants peuvent contribuer à déceler les opportunités de réinsertion professionnelle (plus précoce), ils ont également besoin d'être soutenus et formés pour jouer ce rôle.

En guise de conclusion, le schéma ci-après offre une vue d'ensemble des différents instruments de réintégration et des acteurs concernés. Il montre comment une personne en incapacité de travail peut reprendre le travail partiellement ou totalement par l'intermédiaire des mutualités, du médecin du travail et/ou d'un trajet d'accompagnement. Il s'agit toutefois d'une représentation simplifiée qui, pour des raisons de lisibilité, ne rend pas compte du fait que les trajets en réalité ne sont pas linéaires. Un schéma exhaustif inclurait également des flèches en sens inverse illustrant par exemple les cas où les personnes sont aiguillées vers la mutualité ou vers les services de l'emploi après l'échec d'un trajet de réintégration.

³⁶ Dès le début de l'invalidité, le médecin traitant ne doit plus établir de certificat d'incapacité de travail pour la mutualité et il appartient au médecin-conseil d'estimer la durée de l'incapacité de travail. Les certificats destinés à l'employeur, qui ne précisent pas la raison médicale de l'absence, doivent en revanche toujours être établis.



3.3 Participation aux instruments de réintégration

Aux fins de l'analyse de la participation et des résultats de ces dispositifs de réintégration, il importe de garder à l'esprit que des réformes ont eu lieu en 2022 et en 2023, mais que les politiques de réintégration continuent de s'appuyer sur les mêmes principes et outils. Bien que des ajustements aient été apportés à plusieurs d'entre eux et que les mutualités aient assuré un suivi plus poussé de l'utilisation de ces instruments, les mêmes sont toujours utilisés et la participation reste largement volontaire. Même si les analyses qui suivent reposent principalement sur des données datant d'avant ces réformes (jusqu'en 2020), elles restent donc pertinentes. Dans la mesure du possible, nous fournissons les premiers chiffres qui se dégagent depuis les réformes et interprétons les résultats historiques à la lumière de ces réformes.

Parmi les différents systèmes de réinsertion professionnelle, les trajets d'accompagnement sont de loin les moins utilisés. Entre 2015 et 2019, le nombre de participants a doublé pour atteindre environ 6 000³⁷ avant de diminuer légèrement en 2020, vraisemblablement en raison de la crise du coronavirus. Ce nombre reste toutefois limité, d'autant plus qu'il s'agit de l'outil qui est censé faciliter la transition (difficile) vers un nouvel employeur après une absence et qu'un grand nombre de personnes dans cette situation changent effectivement d'employeur. Après une absence d'au moins deux ans, les personnes qui commencent à travailler pour un autre employeur sont en effet aussi nombreuses que celles qui retournent auprès de leur ancien employeur (cf. section 3.1). Environ 75 % de ces trajets ont été lancés en Flandre depuis 2015, contre un peu plus de 20 % en Wallonie et 2 % à Bruxelles. Dans les nouvelles conventions-cadres, qui offriront davantage de

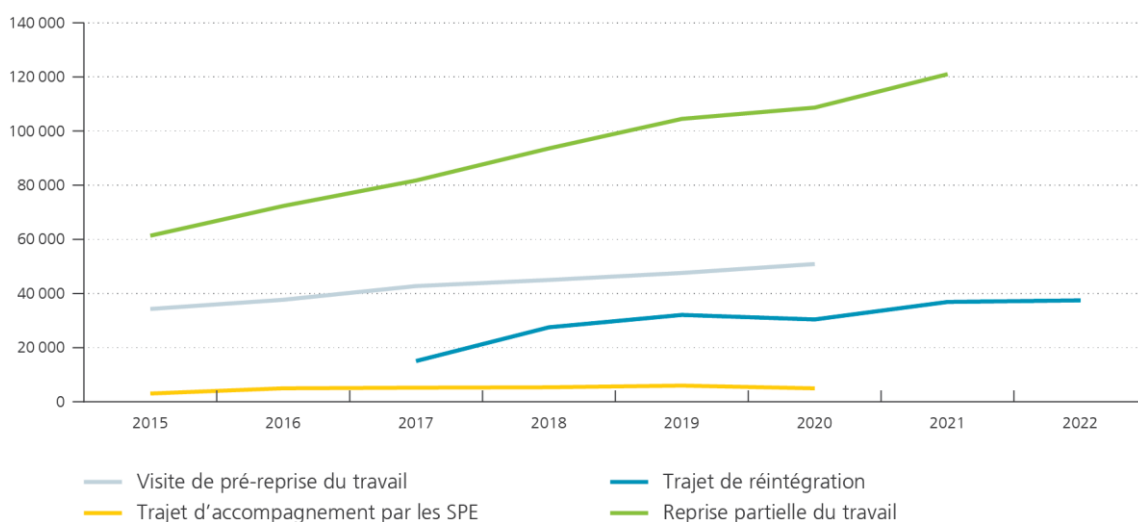
³⁷ Ce chapitre porte principalement sur les trajets d'accompagnement suivis dans le contexte des conventions-cadres conclues avec les services régionaux de l'emploi. Il est également possible de suivre un parcours de formation distinct dans ce cadre. L'importance de cette formule diminue et elle ne représente plus que quelque 10 % du nombre total de trajets.

possibilités d'accompagnement en Wallonie et à Bruxelles, l'objectif est toutefois d'augmenter tant le nombre total de participants (environ 18 000 d'ici 2024) que les parts de la Wallonie et de Bruxelles. Les chiffres provisoires montrent effectivement un net accroissement du nombre d'inscriptions au Forem en Wallonie en 2023.

La reprise partielle du travail est l'option la plus utilisée et elle continue de se développer. Entre 2015 et 2021, le nombre de personnes admises à la reprise partielle a doublé, pour ressortir à environ 120 000 en 2021.

Le recours aux trajets de réintégration auprès de l'employeur a progressé depuis leur introduction, mais le nombre de visites informelles des travailleurs avec le médecin du travail a continué d'augmenter également. Le nombre de trajets de réintégration a été multiplié par deux depuis leur mise en place en 2017, s'établissant à quelque 30 000 en 2020. Pour autant, ce mouvement ne semble pas s'être opéré au détriment des visites informelles, qui ont continué de croître fortement en suivant la même tendance qu'en 2017, comptabilisant 50 882 bénéficiaires en 2020³⁸.

Graphique 29 - Nombre d'utilisateurs des instruments de réintégration
(nombre de personnes)



Sources: INAMI, Co-Prev, calculs des auteurs basés sur les données de la BCSS.

Les informations relatives aux trajets de réintégration et aux visites de pré-reprise du travail reposent sur les données des services externes de prévention et ne tiennent donc pas compte des trajets menés auprès des entreprises qui disposent de services internes de prévention. Il s'agit du nombre de personnes ayant entamé un trajet de réintégration ou d'accompagnement ou ayant effectué une visite de pré-reprise du travail au cours de l'année sous revue. Le nombre de personnes ayant repris partiellement le travail correspond aux salariés qui ont reçu une autorisation pour une reprise de ce type pendant au moins un jour au cours de l'année donnée.

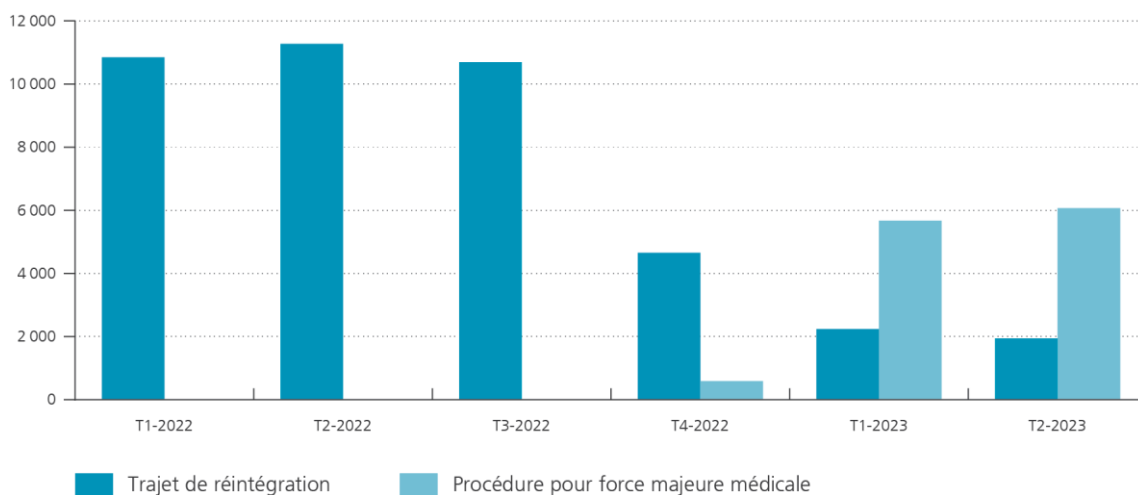
Depuis la refonte des trajets de réintégration, leur utilisation a très nettement diminué au profit des procédures de licenciement pour cause de force majeure médicale. Avant la réforme, au début de 2022, plus de 10 000 trajets étaient lancés chaque trimestre. Ce résultat est retombé aux alentours de 2 000, ne représentant plus qu'un cinquième des cas dénombrés avant la réforme. Une explication simple à cela. Auparavant, le trajet servait à la fois à la réinsertion professionnelle

³⁸ Calcul basé sur les chiffres de Co-Prev, l'organe faïtier des Services externes pour la prévention et la protection au travail, abstraction faite donc des visites informelles et des trajets de réintégration engagés dans les entreprises disposant d'un service interne de prévention. La majorité des entreprises travaillent avec un service externe de prévention, mais leur proportion exacte n'est pas connue.

et à l'accès au licenciement pour cause de force majeure médicale. Depuis que ces deux volets ont été dissociés au début de l'année 2023, quelque 6 000 procédures pour cause de force majeure médicale ont été engagées par trimestre. Le nombre total de « nouveaux » trajets de réintégration et de procédures pour cause de force majeure médicale est légèrement inférieur au nombre de parcours comptabilisés avant la réforme. L'une des raisons possibles à cela est qu'une procédure pour cause de force majeure médicale ne peut être engagée qu'après neuf mois d'absence, alors qu'auparavant, beaucoup de trajets de réintégration étaient également lancés avant que ce délai ne soit écoulé. La section 3.4.2 examine plus en détail les résultats des trajets de réintégration.

Cela étant, ces chiffres montrent d'emblée que la réinsertion professionnelle auprès de l'employeur repose principalement sur des visites informelles et que les trajets de réintégration n'ont qu'une faible part. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les trajets de réintégration impliquent une procédure plus longue et plus formelle. Il se peut donc que les travailleurs et les médecins du travail privilégient la procédure informelle. L'employeur, quant à lui, a le droit d'entamer un trajet de réintégration, mais il ne peut pas demander de visite de pré-reprise du travail. Or, les nouveaux trajets comportent pour ce dernier des obligations légèrement plus strictes en ce sens qu'ils le contraignent à se justifier s'il s'oppose à une proposition de reprise du travail émanant du médecin du travail. Dans le cadre de la politique collective, les employeurs peuvent toutefois prendre des dispositions pour rester en contact avec les salariés absents et adapter la culture d'entreprise pour que la reprise du travail et les ajustements puissent être abordés plus rapidement.

Graphique 30 - Nombre de trajets de réintégration et de procédures pour cause de force majeure médicale lancés depuis la réforme des trajets
(nombre de personnes, salariés, 2022-T2 2023)



Source: Co-Prev.

Les chiffres présentés reposent sur les données des services externes de prévention et ne tiennent donc pas compte des entreprises qui disposent de services internes de prévention.

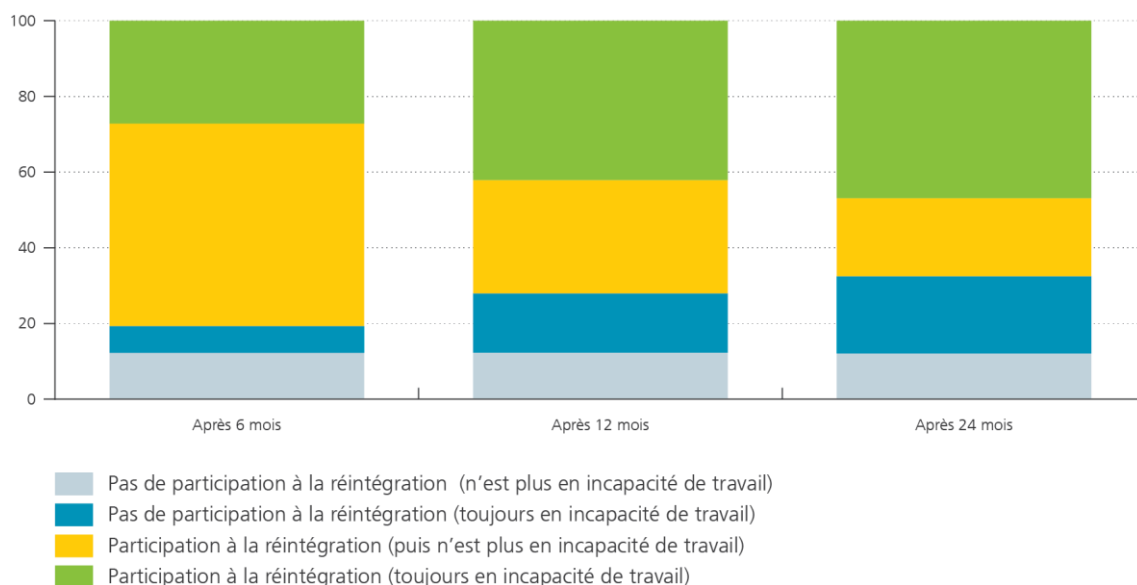
Si le nombre de bénéficiaires des outils de réintégration est relativement limité en comparaison du total de malades de longue durée, une proportion importante d'entre eux y ont recours au début de la période d'incapacité de travail. Dans l'interprétation des chiffres relatifs à la réintégration, il importe de garder à l'esprit qu'un grand nombre de personnes sont des malades de très longue durée et que leurs chances de regagner le marché du travail sont à ce titre particulièrement minces. C'est pourquoi nous analysons dans le graphique 31 le recours aux programmes de réintégration dans les deux premières années d'incapacité de travail. Pour faire

abstraction des individus qui retournent rapidement et spontanément au travail, nous considérons un groupe de travailleurs ayant été en incapacité pendant au moins quatre mois et nous analysons la proportion d'entre eux qui utilisent ces outils.

Environ une personne sur cinq en incapacité de travail depuis au moins quatre mois a recours à un instrument de réintégration dans les six premiers mois de son incapacité. Cette proportion passe à un peu moins de trois sur dix après un an, avant de ralentir ensuite. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui quittent l'incapacité de travail sans avoir recours à l'un de ces outils. Au bout de deux ans, près de la moitié d'entre eux ont quitté le système sans l'aide d'une formule de réinsertion professionnelle. Enfin, deux personnes sur dix non seulement se trouvent toujours en incapacité de travail après deux ans mais n'ont jamais utilisé d'instrument de réintégration. Ce groupe comprend évidemment des personnes souffrant de problèmes de santé très lourds, pour lesquelles la réintégration n'est pas possible et la participation à ces instruments n'a pas de sens.

Graphique 31 - Recours aux outils de réintégration pendant les deux premières années d'incapacité de travail

(pourcentage de personnes ayant utilisé un outil de réintégration, personnes en incapacité de travail depuis au moins quatre mois, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

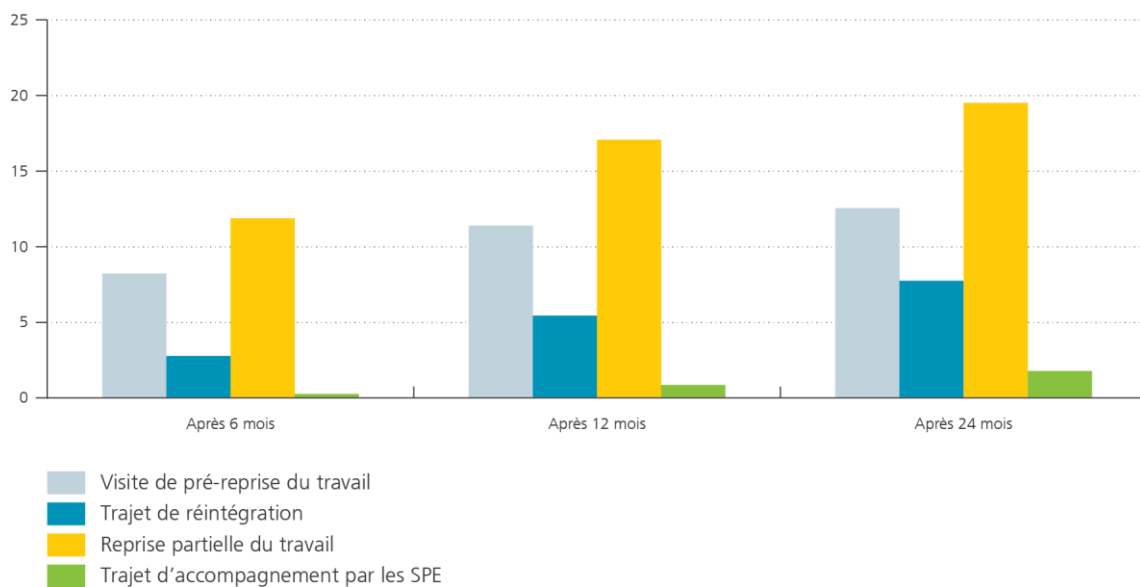
Dans ce graphique, nous suivons le groupe de personnes qui sont entrées en incapacité de travail en 2017 ou 2018 et le sont restées pendant au moins quatre mois. Nous montrons leur participation aux outils de réintégration et leur statut en matière d'incapacité de travail après 6, 12 et 24 mois suivant le début de leur incapacité.

La reprise partielle et les visites de pré-reprise du travail sont les formules les plus plébiscitées au début de l'incapacité de travail. Si ces deux options sont les plus utilisées de manière générale, elles sont pour ainsi dire les seules à l'être pendant les six premiers mois de l'incapacité. Le recours aux trajets de réintégration augmente après un et deux ans d'absence, mais rappelons que ces chiffres sont antérieurs à la réforme et que leur part relative serait dès lors beaucoup plus faible aujourd'hui. Les trajets d'accompagnement sont peu sollicités au cours des deux premières années d'incapacité de travail. Ces différences entre les instruments sont également évidentes lorsque l'on examine la durée de l'incapacité au moment où ils sont lancés: huit reprises partielles sur dix et neuf visites de pré-reprise du travail sur dix débutent au cours de la première année d'incapacité. Le trajet d'accompagnement n'est engagé dans le courant de la première année que dans un quart des cas et la même proportion s'applique après plus de quatre ans. Ces parcours servent à

accompagner leurs bénéficiaires vers un nouvel emploi ou vers une formation dans le but d'acquérir de nouvelles compétences; les personnes sont nombreuses à attendre longtemps avant de franchir cette étape.

Graphique 32 - Recours aux outils de réintégration durant les deux premières années d'incapacité de travail, répartition par instrument

(pourcentage de personnes ayant utilisé un programme de réintégration, personnes en incapacité de travail depuis au moins quatre mois, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Dans ce graphique, nous suivons le même groupe que dans le précédent, à savoir les personnes qui sont entrées en incapacité en 2017 ou 2018 et le sont restées pendant au moins quatre mois. Nous montrons leur recours aux outils de réintégration après 6, 12 et 24 mois suivant le début de leur incapacité de travail.

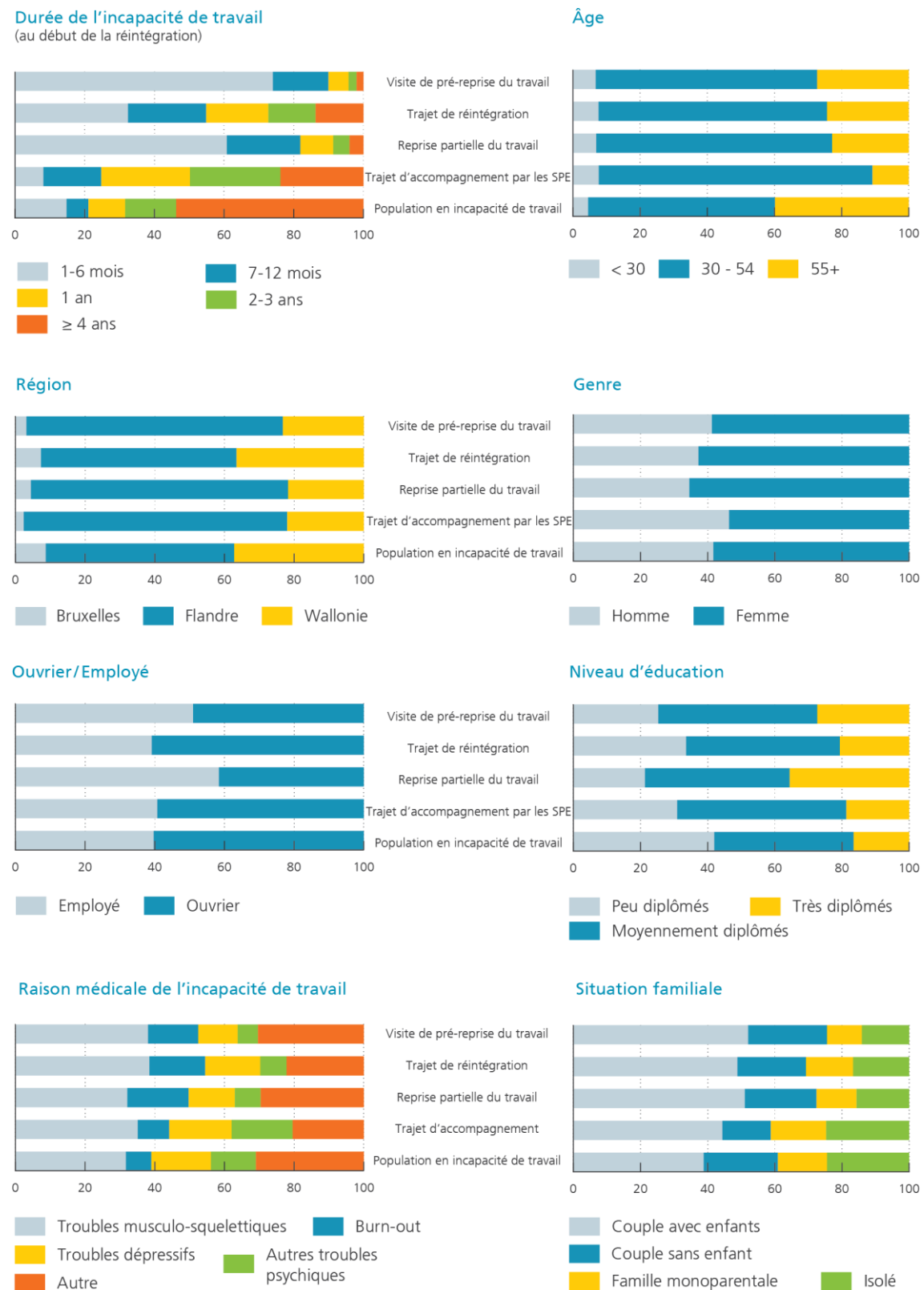
Les dispositifs de réintégration rencontrent davantage de succès auprès des jeunes et en Flandre.

Les jeunes travailleurs sont surreprésentés dans tous les instruments, et plus encore dans les trajets d'accompagnement. Ce constat n'est pas surprenant étant donné que ces parcours misent sur un changement d'employeur ou de carrière, un revirement qui peut être plus facile à opérer pour les jeunes travailleurs. Les travailleurs flamands recourent relativement plus à l'ensemble de ces instruments, à l'exception des trajets de réintégration, dont la proportion de participants par région correspond à peu de choses près à la part qu'ils représentent dans le groupe des personnes en incapacité de travail.

Les utilisateurs de ces instruments présentent aussi plus souvent un niveau d'éducation supérieur.

Les personnes peu diplômées sont sous-représentées dans tous les instruments. Elles recourent un peu plus aux trajets de réintégration et d'accompagnement, mais même s'agissant de ces dispositifs, les personnes les plus faiblement scolarisées (ne détenant pas de diplôme de l'enseignement secondaire) y recourent moins souvent. Les personnes très diplômées sont fortement surreprésentées dans les formules de reprise partielle du travail. Le groupe des personnes en proie à des troubles musculo-squelettiques a recours à l'ensemble des outils. En revanche, la situation est autre pour les personnes ayant un problème de santé mentale. Les personnes souffrant d'un burn-out semblent utiliser beaucoup plus souvent les trajets de réintégration, les visites de pré-reprise du travail et les formules de reprise partielle, mais ne recourent pas davantage que les autres catégories au trajet d'accompagnement par les services régionaux de l'emploi.

Graphique 33 - Caractéristiques des utilisateurs des outils de réintégration
(pourcentages de personnes utilisant cet instrument, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.
La « population en incapacité de travail » correspond au groupe de personnes en incapacité de travail au 31 décembre 2020 et qui ont ce statut depuis au moins un mois.

Les utilisateurs des différents dispositifs présentent donc des profils très disparates. Ce constat est très important pour bien interpréter les résultats présentés dans la section suivante. Compte tenu de leur profil, les bénéficiaires des programmes d'accompagnement sont susceptibles d'éprouver plus de difficultés à réintégrer le marché du travail. Ils recherchent un nouvel employeur, sont moins scolarisés et, surtout, se trouvent souvent en incapacité de travail depuis déjà longtemps. Les utilisateurs des différents instruments proposés auprès de l'employeur initial – trajet de réintégration et visite de pré-reprise du travail – ont un profil similaire. Les visites de pré-reprise du travail sont toutefois beaucoup plus souvent utilisées pour accélérer la reprise du travail, tandis que les participants aux trajets de réintégration présentent plus fréquemment une incapacité de travail de longue durée. L'une des explications possibles tiendrait au fait que durant la période étudiée, les trajets de réintégration étaient également obligatoires au titre d'un licenciement pour cause de force majeure médicale. Enfin, la reprise partielle du travail, qui peut s'effectuer auprès soit de l'ancien employeur soit d'un autre, est une formule souvent déclenchée promptement et par des personnes très diplômées.

3.4 Résultats des instruments de réintégration

Dans cette section, nous analysons dans quelle mesure ces instruments contribuent à un retour plus rapide sur le marché du travail. Il importe de faire une distinction, parmi les personnes sortant d'incapacité de travail, entre celles qui retournent au travail et celles qui passent au chômage ou changent de statut. Nous opérons par ailleurs une distinction entre le retour auprès de l'employeur initial et le retour auprès d'un autre employeur. À cet égard, nous nous concentrons toujours sur les participations aux instruments entre 2017 et 2019 (2017 étant l'année où les trajets de réintégration ont été instaurés), et nous suivons les participants sur une période pouvant aller jusqu'à 2 ans.³⁹

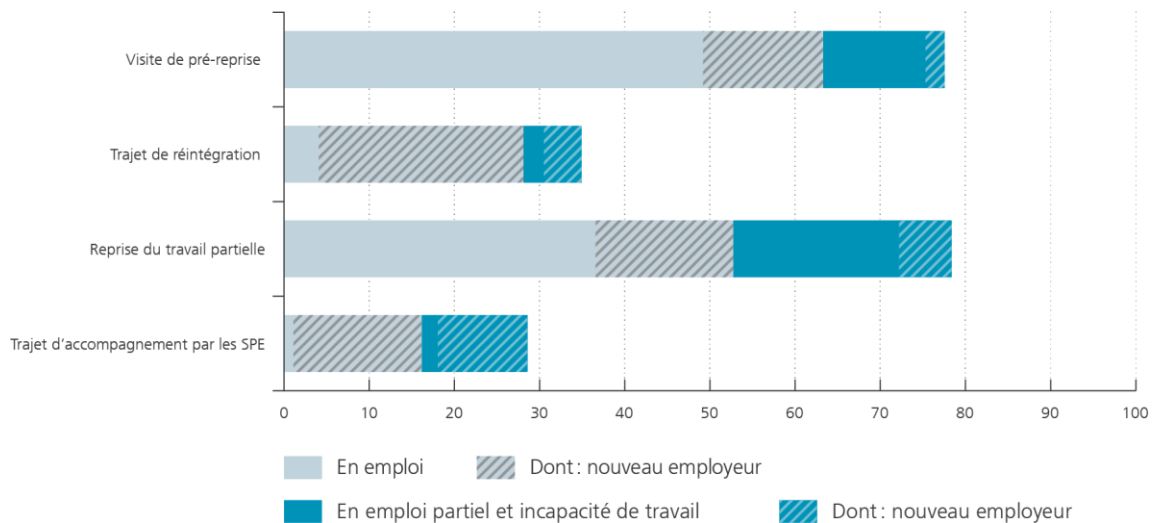
La différence entre reprise partielle et reprise complète du travail a aussi son importance. Lorsque nous parlons de reprise du travail, cela inclut les personnes qui combinent une incapacité avec une reprise partielle du travail. Lorsqu'une personne sort totalement de l'incapacité de travail pour travailler, nous parlons d'une reprise du travail *complète*. Toutefois, cette reprise complète du travail ne doit pas nécessairement se faire à temps plein: elle inclut les personnes qui sortent d'une incapacité de travail pour travailler à temps partiel. En d'autres mots, la distinction entre reprise partielle et la reprise complète est qu'en cas de reprise partielle la personne est toujours en incapacité de travail, indépendamment du fait qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel. Lorsque que nous parlons d'une reprise du travail, nous entendons par là toute forme de reprise de travail (complète ou partielle).

Les résultats en matière de présence sur le marché du travail après la participation sont très différents d'un instrument à l'autre. Le graphique 34 présente un aperçu général des résultats à l'issue de deux ans de participation. Les visites de pré-reprise et la reprise du travail à temps partiel débouchent dans 78 % des cas sur une reprise du travail. C'est beaucoup moins le cas pour les trajets de réintégration (35 %) et les trajets d'accompagnement (29 %). Après une visite de pré-reprise ou une reprise partielle du travail, les personnes retournent le plus souvent travailler auprès de leur employeur, mais dans tous les instruments, une proportion significative d'entre elles vont travailler auprès d'un nouvel employeur. Dans les sections suivantes, nous examinons de plus près ces résultats pour chacun de ces instruments.

³⁹ Nous disposons de données au-delà de 2020, de sorte qu'une période de suivi de 2 ans après la participation ne concerne que les personnes ayant participé à l'instrument en 2017 ou 2018.

Graphique 34 - Résultats des instruments de réintégration

(présence sur le marché du travail à 2 ans après le début de la participation à l'instrument de réintégration, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Mais ces résultats ne nous en apprennent guère sur l'effet causal de ces instruments. Il nous serait utile de savoir dans quelle mesure la probabilité de reprise du travail augmente *en raison de* la participation à un instrument. Nous connaissons la probabilité qu'une personne reprenne le travail après sa participation, mais pour répondre à notre question, il nous faudrait aussi connaître ce qui se passe dans la « situation contrefactuelle ». Autrement dit, quelle serait la probabilité de reprise du travail pour cette même personne qui n'aurait pas participé à la politique. Puisque nous ne pouvons pas observer cette situation contrefactuelle, l'alternative est de comparer les résultats des personnes qui ont participé à un instrument et ceux d'un groupe de contrôle composé de personnes qui n'ont pas participé, mais qui présentent des caractéristiques similaires.

Une comparaison entre participants et non-participants n'a de sens que s'ils sont effectivement comparables, ce qui n'est pas le cas pour ces instruments. Ainsi, les personnes qui reprennent partiellement le travail ou qui demandent une visite de pré-reprise sont dans un état (de santé) qui le leur permet: elles ne peuvent donc pas être comparées avec des personnes qui ne sont pas en état de reprendre le travail. La participation à un trajet de réintégration ou d'accompagnement peut aussi être le signe que la personne est prête à reprendre le travail, mais parallèlement, nombreuses sont les personnes qui vont devoir reprendre le travail auprès d'un nouvel employeur, ce qui est plus difficile. Si nous faisons tout de même l'exercice de comparer les résultats avec ceux d'un groupe témoin présentant des caractéristiques similaires, nous constatons que les participants à une reprise partielle du travail ou à une visite de pré-reprise présentent une probabilité plus élevée de reprendre le travail, alors que c'est beaucoup moins le cas pour les trajets de réintégration et d'accompagnement. Mais étant donné les différences entre les participants aux instruments, cela ne saurait être considéré comme une évaluation de l'impact des différents instruments, et cela ne dit pas davantage quel instrument fonctionne le mieux.

Dans les sections suivantes, nous montrons les résultats en matière de présence sur le marché du travail après participation aux instruments pour différents groupes, comme dans le graphique 34. Nous montrons par ailleurs en annexe les résultats d'une analyse multivariée. Nous y examinons, pour chaque instrument, quels groupes ont la plus forte probabilité de reprise du travail après une participation à une politique de réintégration, compte tenu des différences de durée de l'incapacité,

du genre, de l'âge, de la région, du niveau d'éducation, de la situation familiale ainsi que de la taille de l'entreprise de l'employeur précédent et de son secteur d'activité. Nous faisons la distinction entre d'une part toute forme de reprise du travail (y compris la reprise partielle) et la reprise du travail complète⁴⁰. Différents résultats de ces analyses multivariées sont similaires d'un instrument à l'autre.

Pour tous les instruments, la participation précoce constitue le principal facteur de réussite de la reprise du travail. La probabilité d'une reprise complète du travail diminue à mesure qu'augmente la durée de l'incapacité de travail. En fonction de l'instrument, cette probabilité est de 20 à près de 50 points de pourcentage plus élevée lorsqu'une personne a été en incapacité de travail depuis moins de six mois au moment de la participation que lorsqu'elle a été absente plus de deux ans. Cette différence peut sans doute s'expliquer en partie par un meilleur état de santé des personnes qui participent plus tôt, mais elle peut dépendre aussi de la précocité proprement dite. En effet, entamer rapidement un trajet réduit le laps de temps écoulé depuis l'emploi précédent, ou, plus généralement, depuis la dernière présence sur le marché du travail, et le risque est moindre d'avoir perdu des compétences en matière d'emploi.

Dans les groupes généralement moins susceptibles de sortir de l'incapacité de travail, les instruments sont également moins susceptibles de conduire à une reprise du travail, et en particulier à une reprise complète. Les personnes peu diplômées, les personnes isolées (avec ou sans enfants) et les habitants de Bruxelles et de la Wallonie sont moins susceptibles de reprendre le travail, quel que soit l'instrument utilisé. Cela suggère non pas que ces instruments sont tellement moins efficaces pour ces groupes, mais que des facteurs similaires rendent le retour au travail difficile pour ces groupes. S'agissant des différences régionales, il se peut que le caractère plus tendu du marché du travail en Flandre augmente les chances aussi pour les personnes qui ont un problème de santé. Nous constatons de manière générale que les différences entre les groupes sont également plus prononcées pour la reprise complète du travail que pour une reprise du travail de tout type. Cela laisse à penser que la reprise partielle du travail constitue un instrument susceptible de contribuer à une réintégration (partielle) des personnes qui sont plus éloignées du marché du travail. Cet instrument peut également constituer une étape sur un trajet menant ultérieurement à une reprise complète du travail.

3.4.1 Reprise partielle du travail

En toute logique, une reprise partielle du travail conduit souvent à un retour effectif sur le marché du travail. Mais ce n'est pas toujours le cas. Il se peut qu'une personne autorisée à reprendre le travail ne le fasse pas, ou que son retour au travail s'interrompe, par exemple en raison d'un état de santé fluctuant. Nous nous intéressons donc à la durabilité de cette reprise partielle du travail, et à la fréquence à laquelle elle mène à une reprise du travail complète. Lorsqu'une personne reçoit plusieurs fois l'autorisation de reprendre le travail, nous considérons toujours, dans les analyses ci-dessous, la première autorisation comme le début de la reprise du travail partielle.

Pour la moitié environ des personnes, une reprise du travail partielle débouche sur une reprise complète dans l'année. Après avoir entamé le trajet de reprise partielle, les personnes opèrent assez rapidement une reprise du travail complète. Au bout de 6 mois, 46 % d'entre elles ont déjà repris complètement le travail, et, au bout de 12 mois, c'est le cas d'un peu plus de la moitié. Ce pourcentage reste stable par la suite: les personnes aptes à reprendre complètement le travail le font au cours des six premiers mois, tandis que la plupart des autres restent par la suite en incapacité.

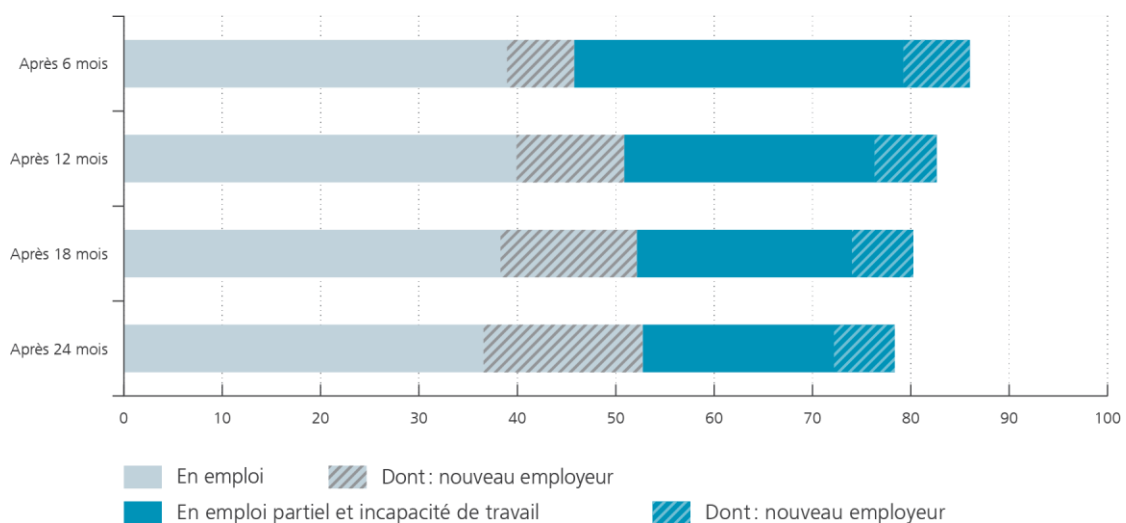
⁴⁰ Nous analysons la situation un an après le début de la participation à l'instrument, sauf pour les trajets d'accompagnement, pour lesquels nous examinons la situation après deux ans, puisque ces trajets durent plus longtemps.

Une grande majorité des personnes qui reprennent partiellement le travail le font auprès de leur employeur initial, mais une proportion importante d'entre elles changent, dans un deuxième temps, d'employeur. Parmi les personnes qui reprennent complètement le travail, 85 % sont au travail auprès de leur employeur précédent après 6 mois, contre 69 % après 2 ans. Même parmi les personnes qui restent en incapacité, la grande majorité des reprises du travail au cours des six premiers mois se font auprès de l'employeur initial. Dans un premier temps, la reprise du travail auprès de l'employeur initial est donc, dans la plupart des cas, ce qui va le plus de soi, mais une fois que le travail reprend, cela s'avère également être un tremplin pour passer à un nouvel employeur. Les personnes dans cette situation changent donc beaucoup plus souvent d'employeur – seuls 5 à 6% des salariés sur le marché du travail ont changé d'employeur sur la période 2017-2020 – peut-être pour trouver une place mieux adaptée à leur état de santé.

La plupart des personnes parviennent à rester au travail après la reprise initiale. Six mois après avoir commencé, quelque 14 % des personnes ont arrêté de travailler. Au bout de deux ans, ce chiffre passe à 22 %, mais donc, la plupart des personnes continuent à travailler. À ce stade, la moitié d'entre elles ont complètement repris le travail, 3 sur 10 sont en incapacité tout en travaillant partiellement, et 2 sur 10 ne sont plus au travail (ou n'ont jamais pu reprendre le travail).

Graphique 35 - Résultats de la reprise partielle de travail

(présence sur le marché du travail à 6, 12, 18 et 24 mois après la première autorisation de reprise partielle du travail, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

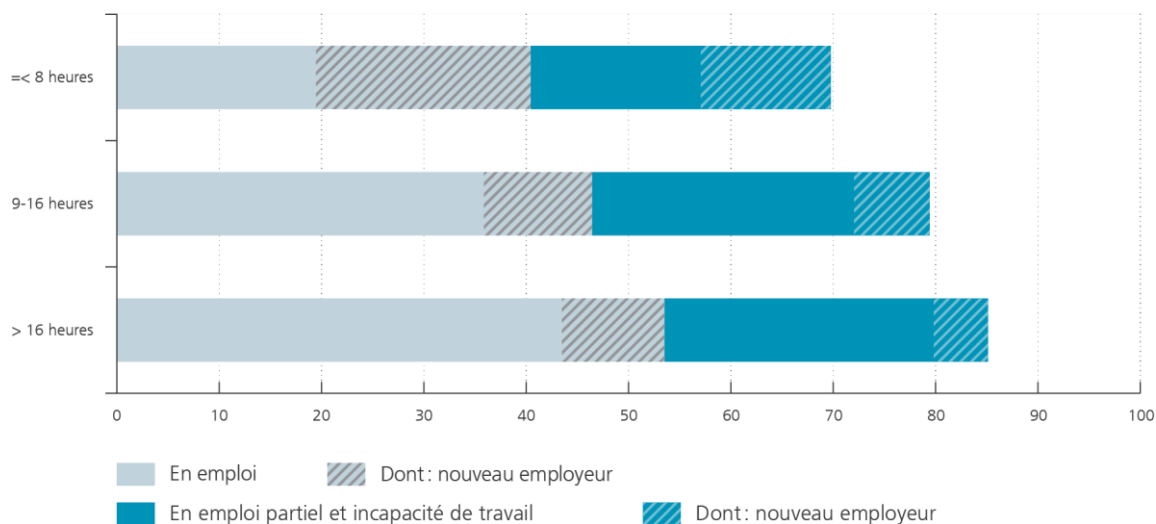
Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 6, 12, 18 et 24 mois après la première autorisation de reprise partielle du travail durant la période d'incapacité. Résultats pour les autorisations entamées de 2017 à 2019 (2017 à 2018 pour la situation à 18 et 24 trimestres après la première autorisation).

La probabilité de reprise du travail est la plus élevée pour les personnes qui reprennent le travail au moins à mi-temps, mais même une reprise du travail plus limitée débouche souvent sur une reprise complète du travail. Bien que ce ne soit pas une obligation, un groupe important reprend le travail à mi-temps: 7 autorisations sur 10 concernent une reprise du travail d'au moins 16 heures par semaine. Ce groupe est probablement le plus proche d'une reprise du travail complète, et un peu plus de la moitié d'entre les personnes concernées ont d'ailleurs repris complètement le travail au bout d'un an. Mais même dans le groupe des personnes autorisées à reprendre le travail à raison d'un jour par semaine maximum (8 heures maximum), 40 % ont repris complètement le travail au bout d'un an et, dans plus de la moitié des cas, ces personnes le font auprès d'un nouvel employeur.

La reprise du travail partielle peut donc elle aussi constituer un instrument utile pour tenter une reprise limitée du travail auprès d'un nouvel employeur.

Graphique 36 - Résultats de la reprise partielle de travail en fonction du nombre d'heures de travail autorisé par semaine

(présence sur le marché du travail à 12 mois après la première autorisation de reprise du travail partielle, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 6, 12, 18 et 24 mois après le début de la première autorisation de reprise du travail partielle en période d'incapacité. Résultats pour les autorisations entamées de 2017 à 2019 (2017 à 2018 pour la situation à 18 et 24 mois après le début).

L'augmentation du recours à la reprise partielle du travail pousse à la hausse la part des malades de longue durée qui travaillent. Parmi les personnes en incapacité depuis au moins un an, 8 % travaillaient en 2013, et cette proportion a systématiquement augmenté pour atteindre 12 % en 2020. Par conséquent, si l'on considère uniquement les personnes qui ne travaillent pas, l'augmentation du nombre de travailleurs en maladie de longue durée (+33 % au lieu de +40 %) est plus faible, mais elle reste substantielle.

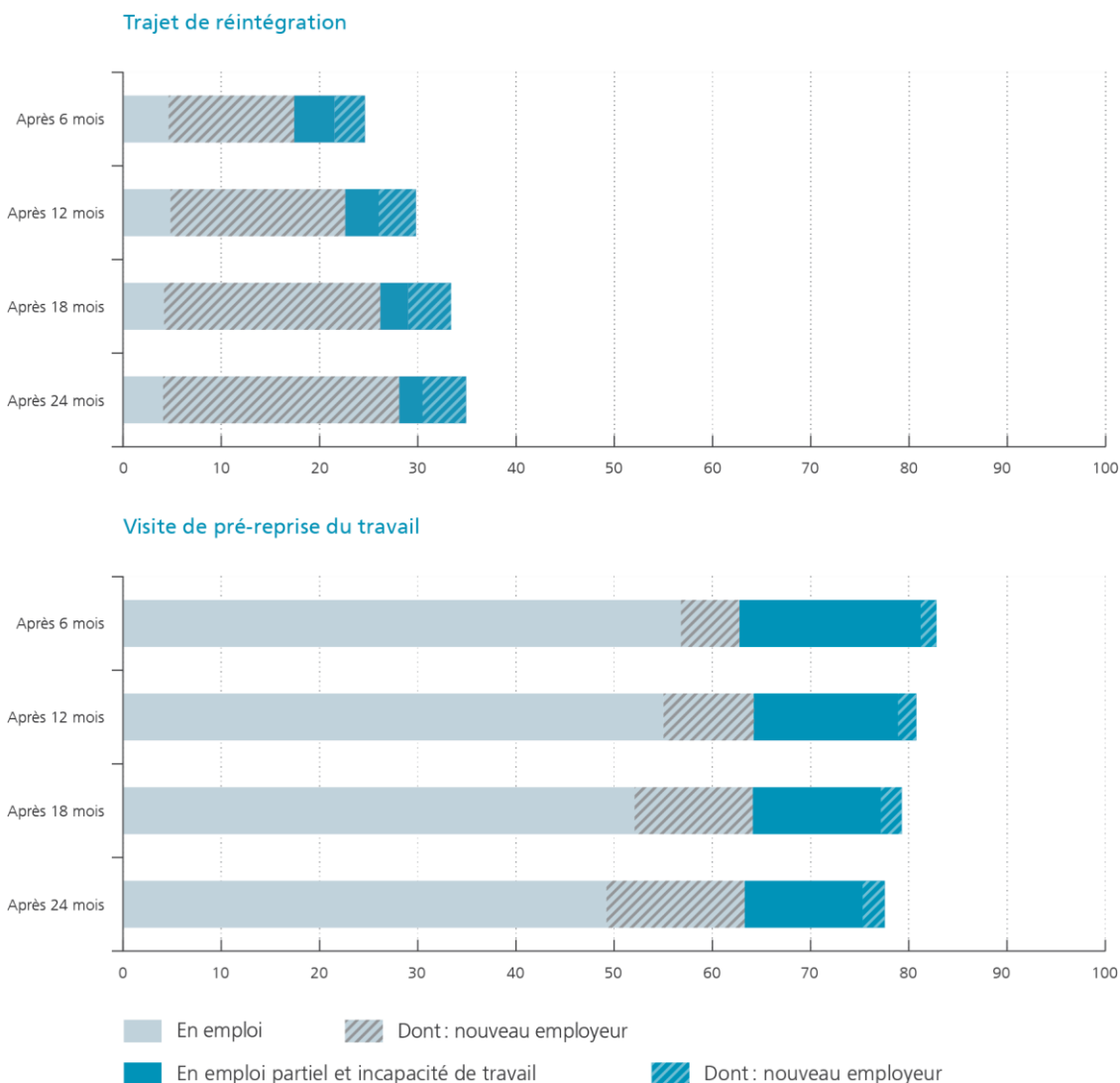
3.4.2 Réintégration auprès de l'employeur initial

Les deux instruments de réintégration auprès de l'employeur initial remplissent des rôles très différents. Les visites de pré-reprise aboutissent souvent et rapidement à une reprise du travail auprès de l'employeur précédent. Ces visites informelles sont souvent utilisées à un stade précoce de l'incapacité de travail, afin de voir quelles sont les possibilités de reprise du travail. Six mois après la visite, plus de la moitié des personnes ont repris totalement le travail auprès de leur employeur précédent, et deux autres sur dix entament une reprise du travail partielle auprès de leur employeur précédent. L'un dans l'autre, 83 % des personnes ont repris le travail au bout de 6 mois. Comme la visite porte sur la reprise du travail auprès de l'employeur précédent, seul un nombre limité de personnes reprennent le travail auprès d'un autre employeur.

A contrario, la probabilité d'une reprise du travail à l'issue d'un trajet de réintégration est beaucoup plus faible, et le retour au travail se fait généralement auprès d'un autre employeur, la procédure ayant souvent abouti à un licenciement pour force majeure médicale. Les procédures de réintégration et de licenciement pour force majeure médicale sont aujourd'hui bien distinctes, mais au cours de la période que nous analysons (2017-2020), les trajets de réintégration étaient

utilisés pour l'une comme pour l'autre finalité. Selon une évaluation (Boets et al., 2020), un peu plus de la moitié des trajets aboutissaient à un licenciement pour force majeure médicale. Par conséquent, les retours au travail sont moins nombreux, et ils s'opèrent plus souvent auprès d'un autre employeur: un an après le début du trajet, 30 % des personnes ont repris le travail (totalement ou partiellement) et 72 % d'entre elles travaillent auprès d'un autre employeur. Ainsi, si les trajets aboutissent rarement à leur objectif premier - la réintégration auprès de l'employeur précédent - le licenciement peut, dans certains cas, constituer un premier pas vers un travail auprès d'un nouvel employeur. La recherche d'un nouvel employeur est toutefois un processus plus lent et, contrairement à ce qui se passe pour les visites de pré-reprise, le taux de retour continue d'augmenter au cours de la période qui suit le trajet, atteignant 35 % à deux ans après le début du trajet. Il convient également de noter que les trajets de réintégration ne prévoient pas de soutien explicite dans la recherche d'un nouvel employeur. À la fin du processus de réintégration, le médecin du travail doit toutefois informer le médecin-conseil de la mutuelle, afin que puisse se poursuivre l'accompagnement de la personne vers un autre employeur. De plus, le médecin du travail peut à ce moment-là aussi orienter directement la personne vers les services régionaux de l'emploi.

Graphique 37 - Résultats des trajets de réintégration (avant réforme) et des visites de pré-reprise
(présence sur le marché du travail à 6, 12, 18 et 24 mois après le début, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.
Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 6, 12, 18 et 24 mois après le début. Résultats pour les trajets de réintégration ou les visites de pré-reprise entamés de 2017 à 2019 (2017 à 2018 pour les situations à 18 et 24 mois après le début).

Les évaluations des médecins du travail confirment qu'avant la réforme, la plupart des participants aux trajets de réintégration étaient définitivement inaptes à leur emploi initial. Dans 73 % des cas, le médecin du travail estimait que la personne ne serait plus en mesure d'effectuer le travail qu'elle exerçait auparavant, même à long terme, et, sur la base de cette évaluation, un licenciement pour force majeure médicale pouvait s'ensuivre. Dans la plupart de ces cas, un travail adapté ou différent était également impossible. Dans 8 % des cas seulement, le médecin du travail estimait que la personne pourrait éventuellement reprendre le travail et qu'un travail adapté serait entre-temps possible. Maintenant que le licenciement pour force majeure médicale a été dissocié des trajets de réintégration, la proportion de personnes pour lesquelles une reprise du travail est possible devrait augmenter.

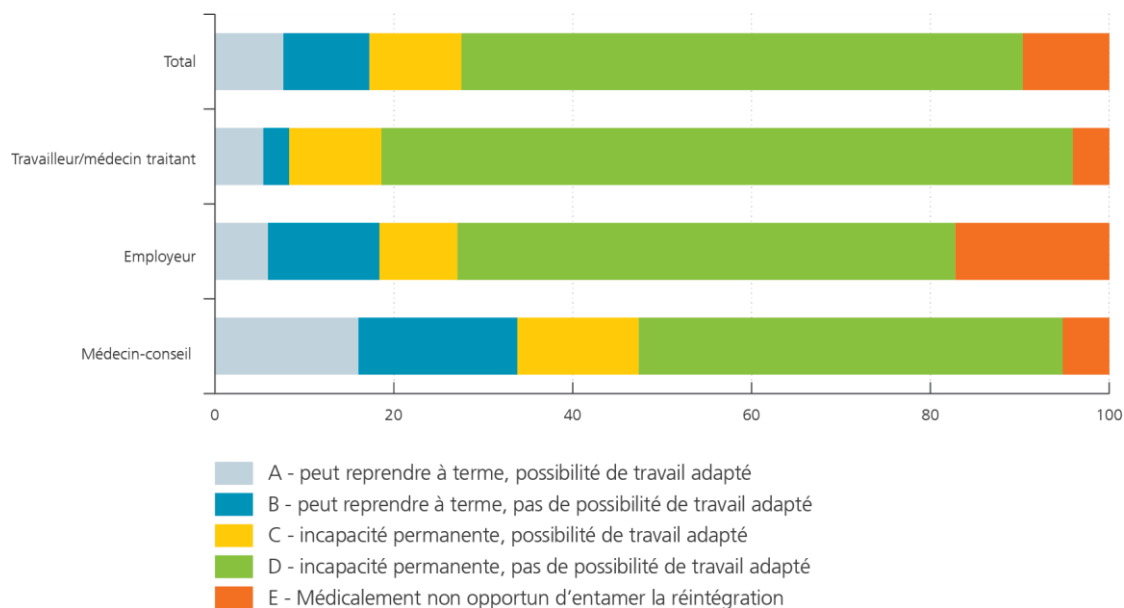
Ceci montre également à quel point les personnes qui suivent un trajet de réintégration se distinguent de celles qui passent par une visite de pré-reprise. Bien qu'il n'y ait pas de données complètes, les chiffres de certains services de prévention externes montrent que la visite amène le médecin du travail à estimer que 3/4 des personnes sont aptes à reprendre le travail, et que près de 2 autres sur 10 peuvent effectuer un travail adapté ou différent (SERV, 2020). Leur état de santé est donc bien meilleur que celui de la moyenne des participants aux trajets de réintégration, et cette visite a souvent lieu beaucoup plus tôt dans le congé maladie. Compte tenu de ces fortes différences, il est donc impossible de comparer l'impact de ces visites et des trajets de réintégration ou de se prononcer sur leur efficacité relative.

Ce ne sont pas seulement les trajets entamés à l'initiative de l'employeur qui conduisent à une évaluation de l'inaptitude définitive, mais également ceux entamés par les travailleurs. Dans pas moins de 87 % des cas, les trajets entamés par des travailleurs aboutissent à une évaluation d'inaptitude définitive (évaluation C ou D), contre 64 % pour les trajets entamés par l'employeur. Cela pose la question du regard à porter sur un tel licenciement pour force majeure médicale. Dans l'évaluation qualitative des trajets de réintégration (Boets et al., 2020), certains acteurs du monde médical ont estimé « que les employeurs abusaient du trajet de réintégration pour 'faire le ménage dans le payroll' en utilisant a force majeure médicale, et qu'ils accueilleraient les procédures de force majeure médicale à l'initiative du travailleur comme des opportunités ». En effet, lorsqu'un contrat prend fin pour cause de force majeure médicale, il n'y a pas lieu de verser d'indemnité de licenciement ni de respecter de délai de préavis. Mais qu'est-ce qui amènerait des travailleurs à demander le licenciement pour force majeure médicale au lieu de démissionner de leur propre initiative? Selon Boets et al (2020), cela permet aux travailleurs de démissionner plus rapidement et plus facilement en cas de situation conflictuelle. De cette manière, il n'y a pas non plus de risque de conflit si le travailleur souhaite entamer une reprise partielle du travail auprès d'un autre employeur.⁴¹ En outre, cela évite le risque de suspension temporaire si des allocations de chômage doivent par la suite être sollicitées et il n'y a pas de période de préavis à prester.

⁴¹ L'autorisation de l'employeur précédent n'est pas requise, mais dans la pratique, cela peut tout de même être source de conflits.

Graphique 38 - Évaluation du médecin du travail à l'issue d'un trajet de réintégration (avant réforme) en fonction du demandeur du trajet

(% d'évaluations du médecin du travail, salariés du secteur privé, 2017-2019)



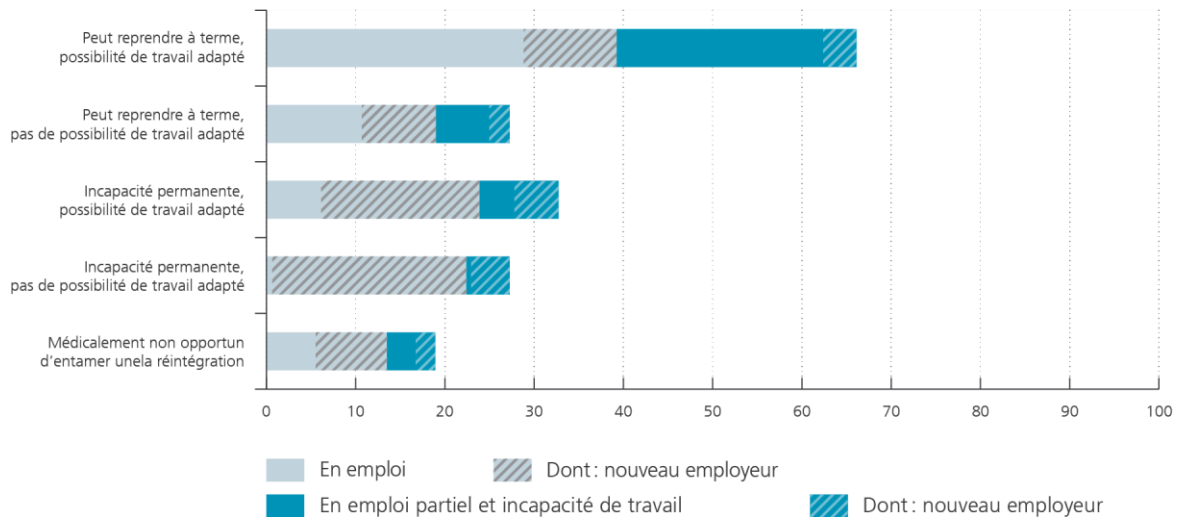
Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Lorsque le médecin du travail estime qu'une reprise du travail est possible, le trajet de réintégration aboutit dans la plupart des cas à une reprise du travail. Un an après une évaluation « A » - selon laquelle la personne peut, à terme, reprendre le travail, et un travail adapté ou différent est possible -, 66 % des personnes retournaient effectivement au travail. La meilleure base de comparaison pour ce groupe est peut-être celui des personnes qui passent une visite de pré-reprise, et la probabilité de retour au travail de ce groupe est donc beaucoup plus proche du taux de retour au travail après une visite de pré-reprise.

3 sur 10 personnes pour lesquelles aucune formule de reprise du travail auprès de l'employeur précédent n'est possible trouvent tout de même un emploi auprès d'un autre employeur. La décision « D » - la personne est définitivement inapte à son emploi précédent, et un travail adapté ou différent auprès de l'employeur précédent est impossible - mène probablement, dans la plupart des cas, à un licenciement pour force majeure médicale, et se rapproche le plus de la nouvelle procédure de licenciement pour force majeure médicale depuis la réforme des trajets de réintégration. Dans ce groupe, 27 % des personnes sont de retour au travail après un an, la plupart du temps avec reprise complète du travail, et, sans surprise, presque jamais auprès de l'employeur précédent.

Graphique 39 - Résultats des trajets de réintégration (avant réforme) en fonction de l'évaluation du médecin du travail

(présence sur le marché du travail à 12 mois après le début du trajet de réintégration, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 12 mois après le début. Résultats pour les trajets de réintégration entamés entre 2017 et 2019.

Lorsque l'initiative du trajet émane du travailleur, la probabilité de retour au travail est plus élevée. C'est le cas tant lorsque le médecin du travail estime que le retour au travail est possible à long terme (évaluation A ou B) que lorsque la personne est définitivement inapte pour son poste de travail (évaluation C ou D). C'est peut-être parce que le travailleur entame le trajet au moment où il ou elle est prêt(e) à entreprendre une recherche d'emploi, que ce soit auprès de l'employeur précédent ou d'un autre. La valeur ajoutée du trajet de réintégration par rapport aux visites de pré-reprise est que l'employeur peut entamer un trajet de réintégration. Par conséquent, depuis la réforme de 2023, 71 % des trajets de réintégration sont demandés par l'employeur.

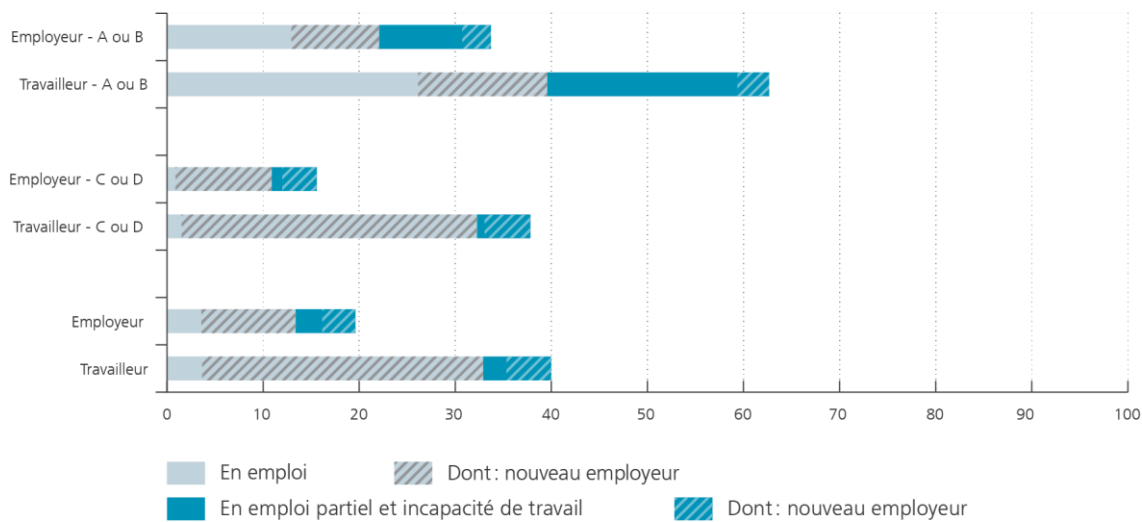
Or, en vertu de la nouvelle législation, tant les travailleurs que les employeurs sont tenus de laisser passer 9 mois d'absence avant d'entamer une procédure de force majeure médicale. Si nous considérons les anciens trajets de réintégration comme une combinaison des nouveaux trajets de réintégration et de la nouvelle procédure de force majeure médicale, une limitation a été ajoutée. La procédure de force majeure médicale ne peut être entamée qu'après 9 mois, alors qu'avant la réforme, un travailleur pouvait immédiatement entamer un trajet de réintégration qui aboutissait à un licenciement. Cette règle vise à donner toutes les chances à la réintégration auprès de l'employeur, mais elle peut constituer une contrainte si un tel licenciement peut effectivement être une « opportunité » pour le travailleur, comme nous l'avons vu plus haut. À l'inverse, la nouvelle réglementation permet au salarié de suivre un trajet de réintégration sans devoir craindre que celui-ci ne mène directement à un licenciement.

Toutefois, il semble qu'au cours des neuf premiers mois, les travailleurs demandent - et obtiennent - souvent un trajet de réintégration débouchant sur un licenciement pour force majeure médicale. Nous ne disposons pas d'informations sur le licenciement pour force majeure médicale, et nous n'avons des données que pour la période d'avant la réforme. Nous ne pouvons dès lors pas évaluer la nouvelle procédure, mais une décision « C » ou « D » - évaluation de l'inaptitude définitive - dans l'ancien système est la plus proche d'une procédure de licenciement pour force majeure médicale dans le nouveau système. Plus de la moitié des trajets demandés par

le travailleur étaient entamés dans les 9 premiers mois, et près de 9 sur 10 aboutissaient à une décision « C » ou « D ». Ces trajets entamés par les travailleurs avec une décision « C » ou « D » ont conduit bien plus souvent à une reprise du travail lorsqu'ils étaient débutés durant les 9 premiers mois. Ces chiffres suggèrent que l'impossibilité d'obtenir un licenciement pour force majeure médicale au cours de ces 9 premiers mois peut effectivement constituer une contrainte pour les travailleurs, ce qui pourrait retarder leur réintégration auprès d'autres employeurs.

Graphique 40 - Résultats des trajets de réintégration (avant réforme) selon l'évaluation du médecin du travail et du demandeur du trajet

(présence sur le marché du travail à 12 mois après le début, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 12 mois après le début. Résultats pour les trajets de réintégration entamés entre 2017 et 2019. Exclut les trajets avec évaluation E ou demandé par le médecin-conseil.

Dans les grandes entreprises, les visites de pré-reprise présentent par ailleurs une probabilité de réussite nettement plus élevée. Le taux de réussite augmente progressivement en fonction de la taille de l'entreprise, et dans une entreprise de plus de 200 travailleurs, il est de 10 points de pourcentage plus élevé que lorsqu'il y a moins de 10 travailleurs. Les différences sont similaires si l'on prend également en compte les reprises du travail partielles. Les petites entreprises ont aussi moins de possibilités de proposer un travail adapté aux travailleurs. En revanche, dans les trajets de réintégration, il y a peu de différences entre petites et grandes entreprises, mais cela peut être à mettre en rapport avec le nombre élevé, sur la période étudiée, de licenciements pour force majeure médicale qui débouchent sur un emploi dans une autre entreprise.

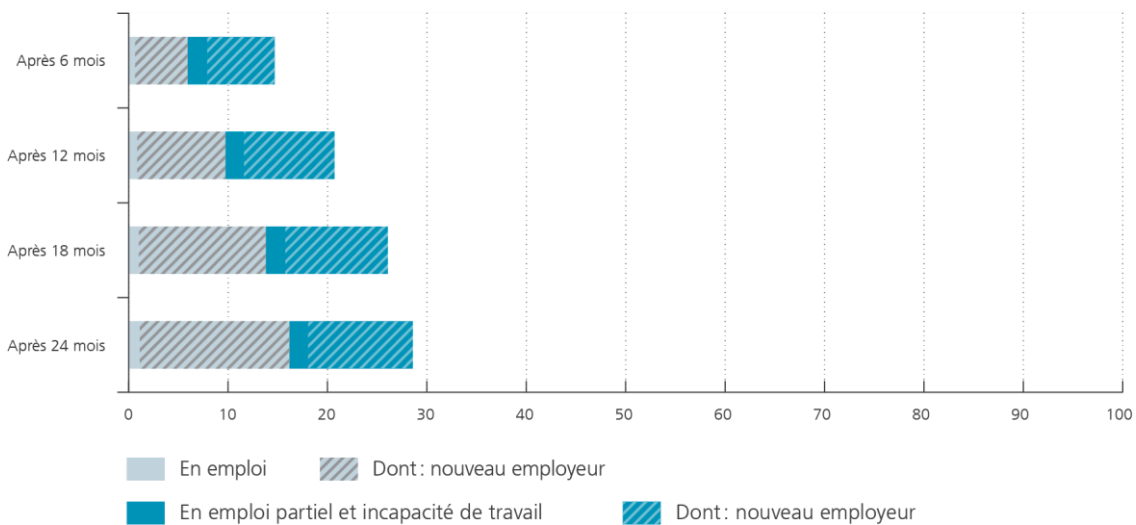
3.4.3 Accompagnement par les services de l'emploi

Ce sont les trajets d'accompagnement qui présentent la probabilité de retour au travail la plus faible, et il faut en outre plus de temps pour que s'opère le retour au travail. Dans les six mois qui suivent le début d'un trajet d'accompagnement, 15 % des participants reprennent le travail, et ce chiffre passe à 29 % après deux ans. Un peu plus de la moitié d'entre eux réintègrent pleinement le marché du travail et sortent de l'incapacité. En moyenne, un trajet dans le cadre de l'accord de coopération flamand dure environ un an (Lamberts et. al, 2021), et la durée médiane d'une formation agréée est de 14 mois (INAMI, 2021). Bien que la durée de ces formations puisse aller jusqu'à 3 ans, les résultats devraient déjà être visibles pour la plupart des participants après une période de suivi de 2 ans.

Cela ne signifie toutefois pas que les trajets d'accompagnement soient moins efficaces que les autres instruments. Les participants à ces trajets sont probablement plus éloignés du marché du travail. Ils doivent souvent trouver un nouvel employeur, voire acquérir de nouvelles compétences pour pouvoir travailler en dépit de leur état de santé. Sans surprises, nos résultats montrent également que c'est presque toujours auprès d'un nouvel employeur que ces personnes reprennent le travail. En outre, elles sont en moyenne moins diplômées et se trouvent en incapacité depuis beaucoup plus longtemps, ce qui complique encore leur réintégration sur le marché du travail.

Graphique 41 - Résultats des trajets d'accompagnement, période après le début du trajet

(présence sur le marché du travail à 6, 12, 18 et 24 mois après le début du trajet d'accompagnement, salariés du secteur privé, 2017-2020)



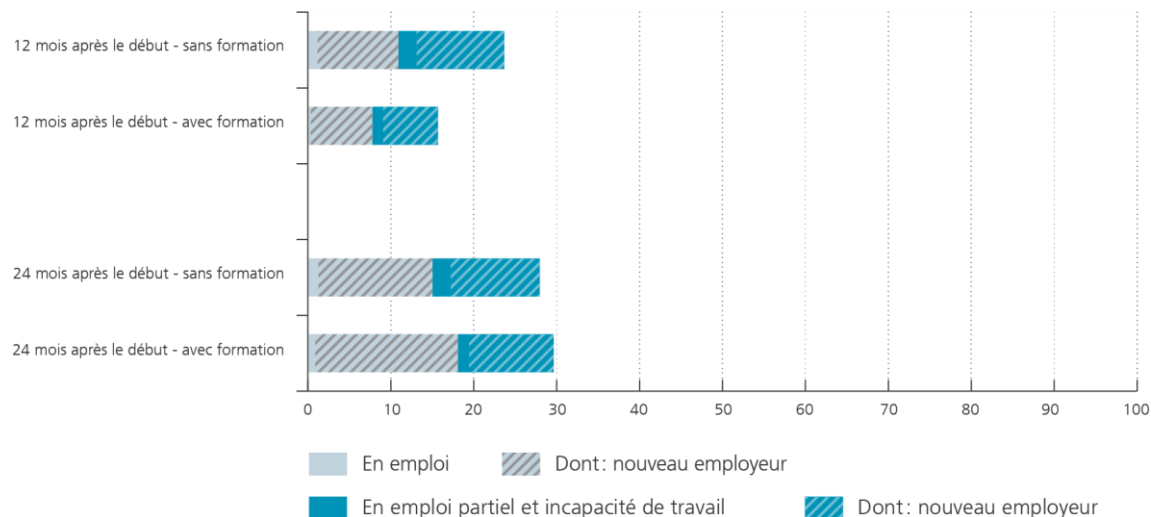
Source: calculs des auteurs à partir de données de la BCSS.

Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 6, 12, 18 et 24 mois après le début du trajet d'accompagnement. Résultats pour les trajets entamés de 2017 à 2019 (2017 à 2018 pour les situations à 18 et 24 mois après le début).

Les trajets d'accompagnement avec ou sans formation présentent une probabilité similaire de retour au travail, mais avec la formation, le retour est plus lent. Dans les deux cas, environ 3 personnes sur 10 reprennent le travail deux ans après le début du trajet. Mais alors que dans un trajet sans formation, 2 personnes sur 10 sont déjà de retour au travail après 6 mois, ce retour est plus lent pour les trajets avec formation, parce que les participants doivent d'abord mener cette formation à terme. Afin de faire abstraction de la période durant laquelle la formation a été suivie, nous analysons également ci-dessous les résultats sur la période qui *suit* la formation, d'où il ressort qu'un an après la fin de l'accompagnement, environ 4 personnes sur 10 travaillent. Notons qu'il s'agit ici des formations professionnelles agréées. La participation à ces formations peut également aller de pair avec l'apprentissage sur le lieu de travail. Au cours de la période analysée, les accords de coopération à Bruxelles et en Wallonie portaient sur les trajets comportant ces formations. En Flandre, en revanche, l'offre était plus large, allant du trajet de base à la formation, l'orientation et l'accompagnement spécifique des personnes en situation de handicap professionnel.

Graphique 42 - Résultats des trajets d'accompagnement, période après le début du trajet, en fonction de la participation à une formation

(présence sur le marché du travail à 12 et 24 mois après le début du trajet d'accompagnement, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 12 et 24 mois après le début du trajet d'accompagnement. Résultats pour les trajets entamés de 2017 à 2019 (2017 à 2018 pour la situation à 24 mois après le début). Par « avec formation », l'on entend ici une formation professionnelle agréée par l'INAMI et les mutuelles; les trajets « sans formation » peuvent également inclure des formations (le plus souvent plus courtes).

Cependant, dans la moitié des cas, les personnes ne réussissent pas leur formation. Nous ne disposons pas de données complètes concernant les résultats⁴², mais les données disponibles indiquent qu'environ la moitié des personnes réussissent la formation. La plupart des autres participants ont abandonné la formation prématurément, tandis que moins d'une personne sur dix a terminé la formation sur un échec. Ces chiffres, qui sont similaires d'une région à l'autre, indiquent que la réussite de la formation constitue un défi pour ce groupe, par exemple pour les personnes dont l'état de santé est fluctuant. Par ailleurs, il se peut que nous surestimions le taux de réussite, puisque nous disposons du résultat lorsqu'une évaluation de la formation a été soumise à l'INAMI, et que cette évaluation a donné droit à une prime en cas de réussite. Il se peut dès lors que l'évaluation soit sollicitée plus souvent lorsque la formation se termine sur une réussite.

Mais à l'issue d'une formation réussie, la probabilité de retour est beaucoup plus élevée. Plus de la moitié des personnes qui réussissent sont de retour au travail six mois après la formation, et près de 6 sur 10 après un an. Pour les personnes qui ne réussissent pas, cette proportion est d'un peu moins de 2 sur 10 au bout d'un an. Bien qu'il existe certainement d'autres différences entre les personnes qui réussissent et celles qui échouent – il se peut par exemple que celles qui réussissent ont une meilleure santé ou une plus forte motivation –, cela semble indiquer que la formation peut contribuer efficacement à une reprise du travail⁴³.

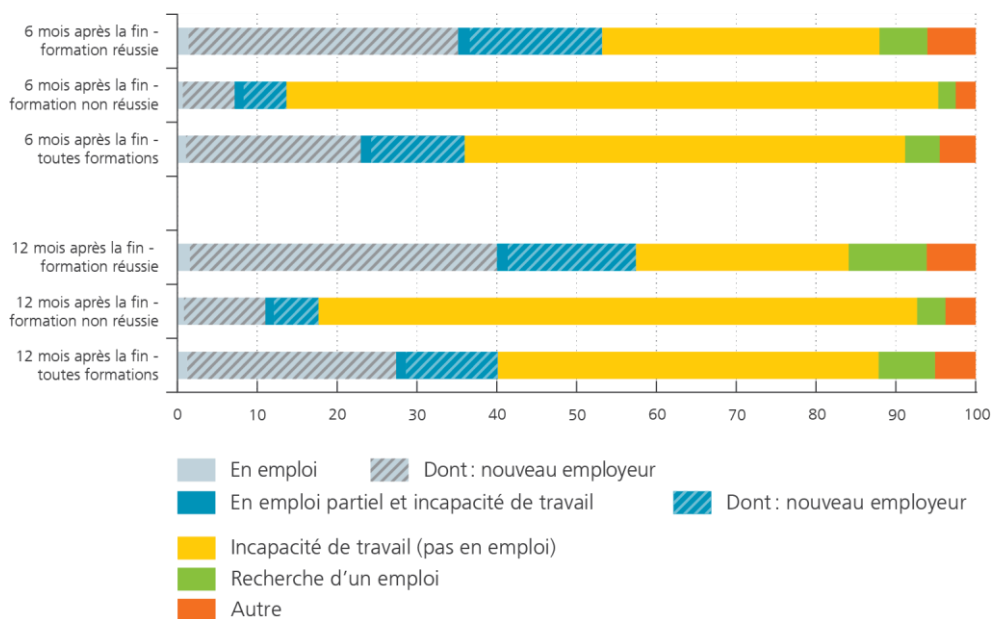
⁴² Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer exactement la proportion de formations dont le résultat n'est pas connu, le NIHDI (2020) estime que de telles données sont disponibles pour environ 2/3 des formations.

⁴³ Comme nous analysons ici les résultats *après* la formation, nous faisons également abstraction de l'effet de *lock-in* au cours de la période qui suit le début de la formation. Un an après la fin de la formation (réussie ou non), 4 personnes sur 10 en moyenne ont repris le travail, tandis que 2 ans après le début de la formation, 3 personnes sur 10 sont au travail. Cela peut signifier que même après ces deux années, les personnes continuent à retourner sur le marché du

Bien que l'incapacité doive être réévaluée six mois après la réussite de la formation, une proportion importante de personnes restent en incapacité totale même après cette période. Six mois après une formation réussie, l'incapacité doit être réévaluée. Comme la formation doit permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour reprendre le travail, l'on s'attend à ce qu'une formation réussie débouche sur une exclusion, à l'issue de laquelle des allocations de chômage peuvent être sollicitées. Un an après une formation réussie, la proportion de personnes à la recherche d'un emploi est effectivement plus élevée (10 %), mais un peu plus d'une personne sur quatre est toujours en incapacité.

Graphique 43 - Résultats des trajets d'accompagnement après formation, en fonction du résultat de la formation

(présence sur le marché du travail à 6 et 12 mois après le début du trajet d'accompagnement, salariés du secteur privé, 2017-2020)



Source: Calculs des auteurs sur la base de données de la BCSS.

Présence sur le marché du travail en fin de trimestre à 6 et 12 mois après la fin de la formation. Résultats pour les formations terminées de 2017 à 2019. Il s'agit ici uniquement des formations agréées par l'INAMI et les mutuelles. Une formation non réussie est une formation qui ne s'est pas terminée par une réussite ou qui a été prématurément interrompue.

L'accord de coopération flamand a été évalué en 2021 (Lamberts et al., 2021). Bien que ces trajets guident les personnes vers un nouvel emploi, celles qui ont un contrat de travail ont la plus forte probabilité de reprendre le travail. Cela montre qu'il peut également s'agir d'un instrument utile pour ce groupe. Pour les personnes qui ne souhaitent pas retourner auprès de l'employeur précédent, la suppression de l'obligation de suivre d'abord un trajet de réintégration auprès de cet employeur peut les aider à franchir plus rapidement des étapes vers un emploi via un trajet d'accompagnement.

Sur la base des résultats relatifs à la reprise du travail, qui sont comparables à ceux examinés ci-dessus, il a par ailleurs été procédé à une analyse coût-bénéfice. Dans l'hypothèse où tous les changements de statut des participants en matière de marché du travail peuvent être attribués à

travail. Mais il se peut également que le taux de retour après la fin de la formation soit surestimé, parce que nous ne disposons pas des résultats de toutes les formations, et qu'il existe un risque que nous connaissions plus souvent les résultats d'une formation réussie que ceux d'une formation non réussie.

leur participation au trajet d'accompagnement - en d'autres termes, sans groupe de contrôle -, cette analyse coût-bénéfice est très positive. Dans une définition sociétale large du « retour sur investissement » -, qui prend en compte les avantages, les recettes fiscales, mais également les revenus complémentaires du travail -, la moitié du coût est récupérée au bout d'un trimestre (Lamberts et al., 2021), et le coût total devrait donc rapidement être récupéré dans son intégralité. Comme certains participants auraient probablement repris le travail même s'ils n'avaient pas participé au trajet, les bénéficiaires sont probablement surestimés et peuvent être considérés comme une limite supérieure des bénéficiaires possibles. Mais cela montre qu'étant donné le coût social élevé de l'incapacité, les investissements dans la réintégration peuvent être amortis en peu de temps.

3.5 Facteurs influençant la réintégration

3.5.1 Aspects financiers

Un travailleur en incapacité reçoit un revenu de remplacement basé sur le salaire antérieur, mais avec des minima et des maxima. La prestation exacte dépend de la durée de l'incapacité et de la situation familiale: au cours de la première année, le travailleur reçoit 60 % de son salaire antérieur; à partir de la période d'invalidité, ce pourcentage passe à 65 % pour les personnes avec charge de famille, à 55 % pour les isolés, et à 40 % pour les cohabitants. Les chômeurs reçoivent le même montant que leur allocation de chômage pendant les six premiers mois d'absence, puis l'allocation est basée sur le même salaire que celui sur lequel a été calculée l'allocation de chômage. Le système suit donc un principe d'assurance selon lequel les personnes ayant des salaires plus élevés reçoivent des prestations plus élevées, mais avec des minima et des maxima.⁴⁴

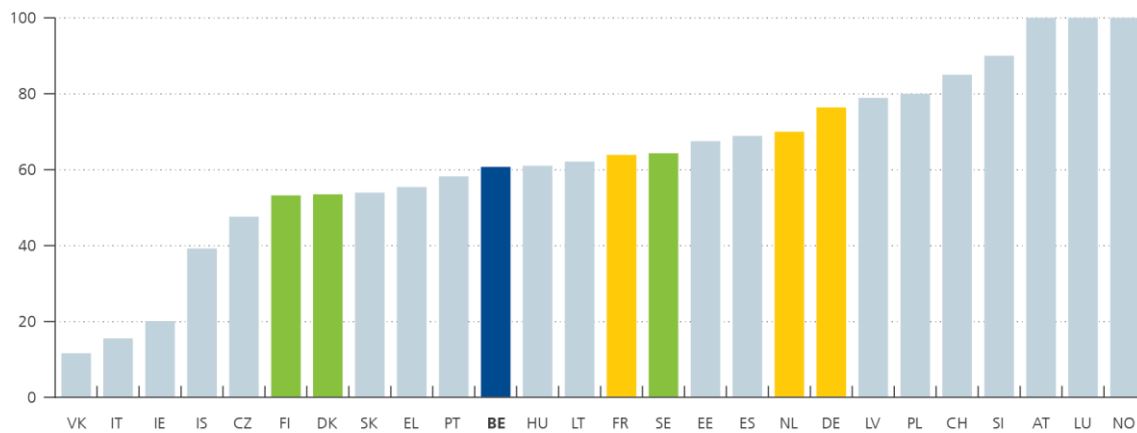
Le taux de remplacement de 60 % au début de la période se situe dans la moyenne internationale. L'on observe toutefois de grandes disparités entre pays. Selon les traditions de protection sociale du pays, l'assurance maladie peut être inexistante, jouer un rôle limité complété par des assurances privées, ou être presque entièrement prise en charge par la collectivité (voir Adams-Prassl et al. (2023) pour une vue d'ensemble récente). Le taux de remplacement dans les douze premières semaines de congé de maladie varie donc de (presque) rien dans les pays anglo-saxons à 100 % en Norvège, par exemple. Des pays comparables à la Belgique se situent également autour de ces 60 %.

En Belgique aussi, des contrats d'assurance privés offrent une couverture supplémentaire à certains salariés. En 2022, 714 000 personnes étaient affiliées à une assurance collective de garantie de revenu. Ces contrats collectifs sont surtout utilisés pour les salariés⁴⁵ et offrent une garantie de revenu en cas d'incapacité de travail en plus de la couverture fournie par l'assurance maladie-invalidité. Leur importance est croissante ; le nombre de personnes affiliées à de telles assurances a augmenté de 33 % par rapport à 2017. Outre ces contrats d'assurance de garantie de revenu, il existe également des assurances privées qui couplent la protection contre la perte de revenu avec une assurance-vie, mais nous ne disposons pas de chiffres sur le nombre de personnes ayant souscrit une telle assurance.

⁴⁴ Les montants exacts dépendent de la situation et du début de l'incapacité. Nous donnons ici quelques montants à titre d'illustration. Il s'agit de montants journaliers versés 6 jours par semaine. L'allocation minimale s'applique à partir de 3 mois d'incapacité; à partir de 4 mois, l'allocation dépend de la situation familiale, et à partir de 7 mois d'absence, ce montant minimal peut être supérieur au salaire journalier brut précédent. Au 1^{er} janvier 2024, ce montant journalier minimum pour les travailleurs réguliers était de 76,42 euros pour les personnes avec charge de famille, de 60,56 euros pour les isolés, et de 53,91 euros pour les cohabitants. Le montant maximum pour une incapacité débutant le 1.1.2024 était de 105,61 euros pour la première année d'incapacité et, pour les personnes passées en invalidité le 1.1.2024, de 114,41 euros si elles avaient des charges de famille, de 96,81 euros pour les personnes isolées, et de 70,41 euros pour les cohabitants.

⁴⁵ En 2022, il y avait aussi 112 000 personnes qui disposaient d'un contrat individuel de garantie de revenu. Ces contrats individuels sont en général souscrits par des travailleurs sous statut d'indépendant.

Graphique 44 - Taux de remplacement de l'assurance maladie, comparaison internationale
(taux de remplacement moyen au cours des douze premières semaines d'incapacité de travail)



Source: OCDE (2022).

En raison de cette perte de revenus, la plupart des personnes en incapacité éprouvent des difficultés financières. Selon l'enquête de suivi des conditions de vie, 73 % des personnes en incapacité de longue durée ont plutôt eu du mal ou beaucoup de mal à joindre les deux bouts avec le revenu disponible total du ménage⁴⁶ en 2023, contre 32 % pour les personnes en emploi. Pour une grande majorité des personnes en incapacité, le budget du ménage est donc insuffisant, bien que certaines d'entre elles vivent avec un(e) partenaire qui travaille. La combinaison d'un revenu de remplacement inférieur au revenu antérieur et de l'augmentation des dépenses de santé semble donc avoir une incidence majeure sur leur situation financière. La précarité de leurs finances les empêche par ailleurs d'investir en eux-mêmes, ce qui peut compliquer leur retour sur le marché du travail.

Cependant, pour diverses raisons, il n'est pas toujours financièrement avantageux de reprendre le travail. Les pièges à l'inactivité existent même si le taux de remplacement est inférieur à 100 %. En raison de leurs problèmes de santé ou d'une absence de longue durée, il se peut que les personnes commencent, bon gré mal gré, à travailler dans un emploi moins bien rémunéré ou sous un régime comportant moins d'heures de travail. Il se peut du reste que les personnes perdent aussi des avantages sociaux, et la reprise du travail peut impliquer, entre autres, des frais de garde des enfants qui étaient inexistantes s'il avait jusque-là été possible de s'occuper des enfants pendant la période d'éloignement du travail. Hufkens et al. (2016) analysent les pièges à l'inactivité sur la base d'un modèle de micro-simulation qui prend en compte ces facteurs sur la base de la réglementation de 2016. Bien que les résultats exacts puissent différer de ce que donnerait la simulation sous le régime actuel, les conclusions de cet exercice conservent leur pertinence qualitative. Elles montrent notamment que les parents isolés, et, dans une moindre mesure, les couples avec enfants, ne tirent que peu ou pas d'avantages financiers de la reprise d'un travail à temps plein. Lorsque les personnes reprennent un travail à temps plein au salaire minimum, alors que leurs allocations étaient basées sur un salaire moyen, il se peut même qu'elles y perdent.

La réforme de la reprise partielle du travail a eu une incidence différente sur les incitations financières à la reprise du travail chez les personnes à faible revenu et à revenu élevé. Pour une reprise partielle du travail, le montant des prestations a été réduit. Cette réduction est désormais basée sur le nombre d'heures travaillées, alors qu'auparavant, elle était basée sur le revenu de

⁴⁶ Moyenne des trois premiers trimestres de 2023. 32 % ont estimé qu'il était très difficile à difficile de joindre les deux bouts, et 41 % plutôt difficile.

l'emploi concerné. L'étude de Hufkens et al. (2016) a été réalisée avant l'adoption de la réforme, mais elle en modélisait déjà l'incidence sur les pièges à l'inactivité. L'incitation financière à la reprise du travail partielle au salaire minimum est beaucoup plus faible dans le nouveau système, alors qu'elle a augmenté pour la reprise du travail au salaire moyen. Dans la plupart des cas, le revenu familial pour une reprise du travail partielle est supérieur au seuil de pauvreté, mais depuis la réforme, les personnes en reprise du travail partielle au salaire minimum se rapprochent de ce seuil. Dans les couples avec un partenaire inactif et des enfants, la famille reste en dessous du seuil de pauvreté dans presque tous les cas de figure.

Il n'est pas non plus toujours financièrement avantageux de passer d'une reprise du travail partielle à une reprise du travail complète. Après avoir entamé une reprise du travail partielle, la question se pose également de savoir s'il est financièrement avantageux de sortir de l'incapacité et de reprendre complètement le travail. Cette question n'a pas été explicitement analysée par Hufkens et al. (2016), mais il est clair que dans certains scénarios au moins, ce n'est pas le cas: une reprise du travail complète se traduit parfois par un niveau de revenu du ménage inférieur à une reprise à mi-temps combinée avec des allocations. C'était le cas avant la réforme et cela le reste après, et dans le système actuel, c'est en partie parce que les premiers 20 % d'heures de travail peuvent être entièrement cumulés avec le revenu du travail. Le système semble donc reposer davantage sur une incitation financière à une reprise partielle que sur le passage d'une reprise partielle à une reprise complète. Il convient de noter que cela concerne toujours des personnes dont l'incapacité de travail est reconnue et régulièrement réévaluée et pour lesquelles le médecin-conseil peut mettre fin à l'incapacité de travail lorsque la capacité de gain est à nouveau suffisante.

Il est donc particulièrement difficile de prévenir la pauvreté tout en promouvant l'inclusion sur le marché du travail. C'est là un défi pour tous les systèmes de sécurité sociale, mais il est encore plus complexe dans le cas de l'assurance maladie. Le système vise à: 1) assurer un niveau de vie adéquat aux personnes qui ont un problème de santé, 2) faire en sorte qu'une reprise partielle du travail en cours d'incapacité soit financièrement avantageuse, 3) faire qu'une reprise complète du travail après une reprise partielle soit également intéressante sur le plan financier, et ce 4) dans un contexte où il se peut que la capacité de gain d'une personne soit réduite en raison de problèmes de santé ou d'une absence de longue durée.

Il y a, pour les employeurs aussi, des incitants financiers à la réintégration des personnes en incapacité. Outre le salaire garanti et la cotisation de responsabilisation (voir la section 2.5.3), qui peuvent avoir une incidence tant sur la prévention que sur la réintégration, les employeurs reçoivent depuis 2023 une prime unique de 1 000 euros lorsqu'ils engagent une personne en incapacité de travail dans le cadre d'une reprise partielle du travail pour une période d'au moins 3 mois. Cette prime a été portée à 1 725 euros en 2024. Il existe par ailleurs différentes primes régionales de soutien à l'embauche et à l'orientation des personnes en situation de handicap qui ne sont pas spécifiquement destinées aux personnes en incapacité, mais auxquelles elles peuvent prétendre en cas d'incapacité permanente.

Enfin, les mutuelles sont également financièrement responsabilisées en matière de réintégration. Une partie de leurs frais de gestion dépend de paramètres variables relatifs à la réintégration. Ces paramètres changent chaque année, mais, par le passé, ils étaient déjà basés sur le nombre de trajets de réintégration, le nombre de reprises partielles du travail et le nombre de contacts avec le médecin-conseil (Cour des comptes, 2021).

3.5.2 Emploi dans les entreprises de travail adapté

Les entreprises de travail adapté peuvent aider les personnes en situation de handicap à trouver un emploi. Il s'agit d'entreprises sociales qui peuvent offrir un emploi subventionné aux personnes qui éprouvent des très grandes difficultés à participer au marché du travail classique. Les personnes



en incapacité de travail qui ont une incapacité de travail permanente peuvent également retrouver un emploi via cette filière⁴⁷.

Toutefois, la proportion de personnes qui reprennent le travail dans une entreprise de travail adapté après une incapacité est limitée. Après une absence d'au moins 4 mois, environ 1 % des travailleurs reprennent le travail dans une entreprise de travail adapté, et cette proportion est comparable à celle des personnes qui travaillaient dans une entreprise de ce type avant leur incapacité. Il s'agit donc d'un groupe relativement restreint, qui continue généralement à travailler auprès du même employeur: 9 personnes sur 10 qui travaillaient dans une entreprise de travail adapté et qui reprennent le travail après une incapacité le font dans la même entreprise (de travail adapté). Les personnes peu qualifiées, les hommes et les ouvriers sont les plus susceptibles d'être employés dans des entreprises de travail adapté, tant avant qu'après une période d'incapacité. Il s'agit tant de personnes souffrant de troubles musculosquelettiques que de personnes ayant des problèmes de santé mentale (mais le burn-out est moins fréquent dans ce groupe que les autres problèmes de santé mentale).

3.5.3 Discrimination

La discrimination sur le marché du travail est un problème qui touche différents groupes, mais qui peut s'avérer particulièrement difficile pour les personnes en situation de handicap. Les employeurs sont susceptibles d'être réticents, en raison de difficultés réelles ou perçues, à embaucher ou à garder des personnes en situation de handicap. Il peut s'agir de doutes quant à leur productivité, d'inquiétudes quant à l'adaptation du lieu de travail, ou de la crainte d'absences fréquentes dues à des problèmes de santé. Bien que ce ne soit pas nécessairement l'intention de l'employeur – un engagement reste une décision subjective –, la discrimination peut considérablement entraver la réintégration de ces personnes sur le marché du travail.

La recherche expérimentale internationale pointe une discrimination substantielle à l'embauche pour les personnes en situation de handicap. Ces recherches sont souvent menées au moyen d'expériences par correspondance, dans lesquelles des CV identiques, ne différant que par une seule caractéristique, telle que la présence d'un handicap, sont envoyés pour des offres d'emploi réelles. Une probabilité plus faible d'être convié à un entretien constitue alors une preuve évidente de la discrimination fondée sur cette caractéristique particulière. Une méta-analyse d'un grand nombre de ces expériences⁴⁸ montre que la présence d'un handicap réduit de 44 % la probabilité d'un entretien (Lippens et al., 2023). Cette discrimination est similaire pour les problèmes de santé physique et mentale, et est au moins aussi forte que pour d'autres formes fréquentes de discrimination, telles que celle à l'encontre des travailleurs âgés (40 % d'invitations en moins par rapport aux jeunes) et des minorités ethniques (- 34 %). Si ces expériences montrent clairement que la discrimination est importante, elles se limitent à l'embauche et ne reflètent pas la discrimination qui peut se produire tout au long de la carrière.

Des expériences similaires confirment l'existence, en Belgique, d'une discrimination à l'embauche à l'égard des personnes en situation de handicap. Une étude de Baert (2016) a montré que, malgré la sélection de postes vacants pour lesquels une incapacité de travail ne devrait pas diminuer la productivité, les personnes dont le CV mentionnait la cécité, la surdité ou l'autisme avaient toujours 47 % de chances en moins d'être conviées à un entretien. Une autre expérience menée par Baert et al. (2016) a montré que les CV indiquant une année de chômage pour cause de dépression avaient 34 % moins de chances de déboucher sur une invitation que les CV de personnes qui

⁴⁷ Une reprise partielle du travail dans une entreprise de travail adapté est également fortement encouragée. Avec une telle reprise du travail, l'allocation d'invalidité peut être entièrement cumulée avec le salaire.

⁴⁸ Analyse basée sur 169 études réalisées principalement en Europe et en Amérique du Nord, dont 13 avec des résultats relatifs à des personnes en situation de handicap.

venaient de se retrouver au chômage. Il y a lieu de noter que la discrimination était tout aussi forte pour les personnes qui avaient été au chômage pendant un an sans donner de raison. Cela montre que les personnes en situation de handicap de longue durée se heurtent à un double obstacle lorsqu'elles reviennent sur le marché du travail: tant leur absence de longue durée que leur handicap peuvent réduire considérablement leurs chances.

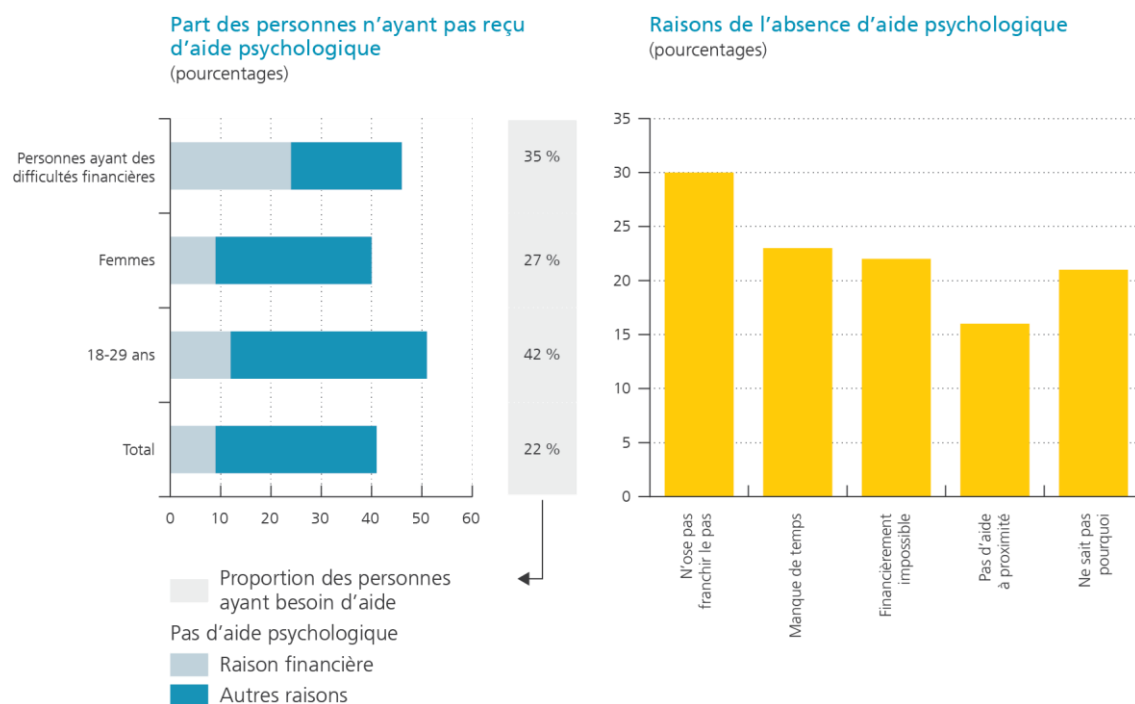
3.5.4 Accès aux soins de santé (mentale)

Le bénéfice de soins et de conseils médicaux appropriés joue un rôle crucial dans la réintégration, tant pour les problèmes de santé physique que pour les problèmes de santé mentale. Non seulement ces soins sont essentiels au cours du trajet de réintégration, mais ils jouent en outre un rôle préventif. Grâce à des soins opportuns et adéquats, les problèmes de santé émergents peuvent être traités avant qu'ils ne s'aggravent et n'entraînent potentiellement une incapacité.

Or l'accès aux soins de santé mentale est limité en Belgique. Selon une enquête de Sciensano, 22 % des adultes auraient besoin d'une aide psychologique, mais 41 % d'entre eux n'en bénéficieraient pas. Ce chiffre est probablement sous-estimé. En effet, il y a aussi des personnes qui ont des scores élevés aux mesures d'anxiété ou de dépression mais qui ne déclarent pas avoir besoin d'une aide psychologique (Nélis et al. 2023, Noirhomme et al. 2023).

Graphique 45 - Besoins d'aide psychologique non satisfaits

(% ayant besoin d'une aide psychologique et proportion des personnes qui n'ont pas reçu d'aide psychologique, à gauche; raisons de ne pas obtenir d'aide psychologique, à droite; personnes âgées de 18 ans et plus, 2023)



Source: Sciensano (BELHEALTH).

La stigmatisation et l'accessibilité financière sont des obstacles majeurs à la recherche de soins de santé mentale. Parmi les personnes qui n'ont pas reçu d'aide, 3 sur 10 n'ont pas osé franchir le pas, tandis que pour un peu plus de 2 sur 10, ce n'était pas financièrement envisageable. Les difficultés d'ordre pratique jouaient également un rôle: 16 % n'ont pas reçu d'aide parce que l'aide

n'était pas disponible dans leur région, et parmi les personnes qui ont reçu de l'aide, près de 4 sur 10 ont trouvé qu'il était assez difficile à très difficile de prendre rendez-vous.

En outre, de nombreuses personnes en incapacité rencontrent des difficultés financières, ce qui complique l'accès aux services de santé mentale pour ce groupe, mais des mesures sont prises pour améliorer l'accessibilité. Dans la population générale des personnes confrontées à des difficultés financières, la proportion de celles dont le besoin d'aide psychologique n'est pas satisfait passe à 46 %. Sans surprise, le seuil financier est significativement plus difficile à franchir: pour plus de la moitié d'entre ces personnes, c'est la raison pour laquelle elles n'ont pas cherché d'aide, contre 22 % dans la population générale. Bien que ces chiffres ne soient pas spécifiques au groupe des personnes en situation de handicap, nous savons qu'une proportion importante d'entre elles sont confrontées à des difficultés financières (voir section 3.5.1). En 2019, toutefois, un système de remboursement des soins psychologiques dans le cadre des soins de première ligne a été mis en place, ce qui, selon une évaluation, a entraîné une réduction des problèmes de santé mentale, une amélioration de la qualité de vie et une diminution significative de l'absentéisme au travail (Jansen et al., 2023). Bien que ces résultats ne concernent pas spécifiquement les personnes en situation de handicap, ils suggèrent que de nouvelles mesures visant à améliorer l'accessibilité peuvent, elles aussi, réduire le nombre de personnes en incapacité.

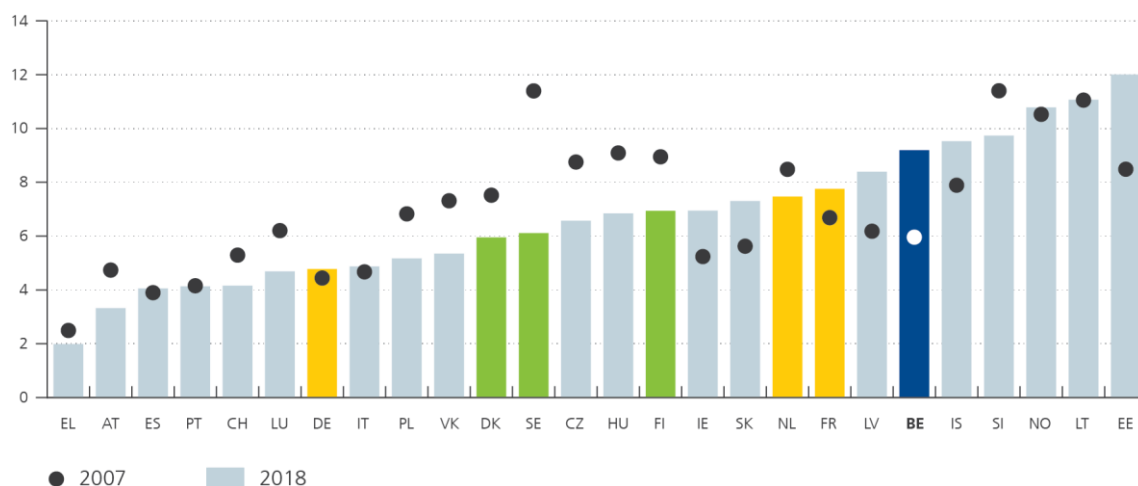
4 COMPARAISON INTERNATIONALE

4.1 Différences entre la Belgique et les autres pays européens

La Belgique figure parmi les plus mauvais élèves d'Europe pour l'inclusion des personnes ayant un problème de santé. Les systèmes de sécurité sociale varient considérablement, et les pays diffèrent sur un nombre important d'aspects. Il est dès lors difficile de pointer comme causes des caractéristiques spécifiques de l'un ou l'autre pays. Nous passerons néanmoins en revue, dans cette section, une série de différences avec les autres pays, et nous examinerons la manière dont elles semblent contribuer à la mauvaise performance de la Belgique en ce domaine.

La part de personnes qui perçoivent une « indemnité d'invalidité »⁴⁹ augmente en Belgique, alors qu'elle diminue dans la moitié des pays européens. La Belgique fait partie des pays européens où le nombre de personnes bénéficiant d'indemnités est le plus élevé, mais cela vient aussi de différences dans l'organisation des régimes publics de sécurité sociale et des différences dans ce qu'ils couvrent. Ce qui importe, en revanche, c'est que cette part a fortement augmenté entre 2007 et 2018 en Belgique, alors qu'elle est restée stable ou a même diminué dans un grand nombre d'autres pays.

Graphique 46 - Part des personnes qui perçoivent une « indemnité d'invalidité »¹
(% des 20-64 ans)



Source: OCDE (2020).

¹ Nombre de personnes qui perçoivent une indemnité divisé par le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans. C'est le concept étendu de l'« indemnité d'invalidité » qui est utilisé ici. Il inclut les programmes d'assistance sociale sans contribution. La mention « 2018 » porte en fait sur l'année 2016 pour l'Estonie, l'Allemagne et l'Italie.

En matière d'écart d'emploi des personnes handicapées également, les résultats pour la Belgique sont mauvais, et notre pays, à l'instar d'autres États, ne parvient pas à faire progresser les choses. L'indicateur utilisé en ce domaine est basé sur une enquête et offre donc davantage de comparabilité entre pays. De plus, comme il s'agit de l'écart d'emploi, l'indicateur prend déjà en compte les différences générales de taux d'emploi entre les pays. Cet écart était de 35,3 points de pourcentage en Belgique en 2022, l'un des plus élevés d'Europe, et nettement supérieur à la moyenne européenne de 21,4 points de pourcentage. Par rapport à 2014, cet écart a légèrement

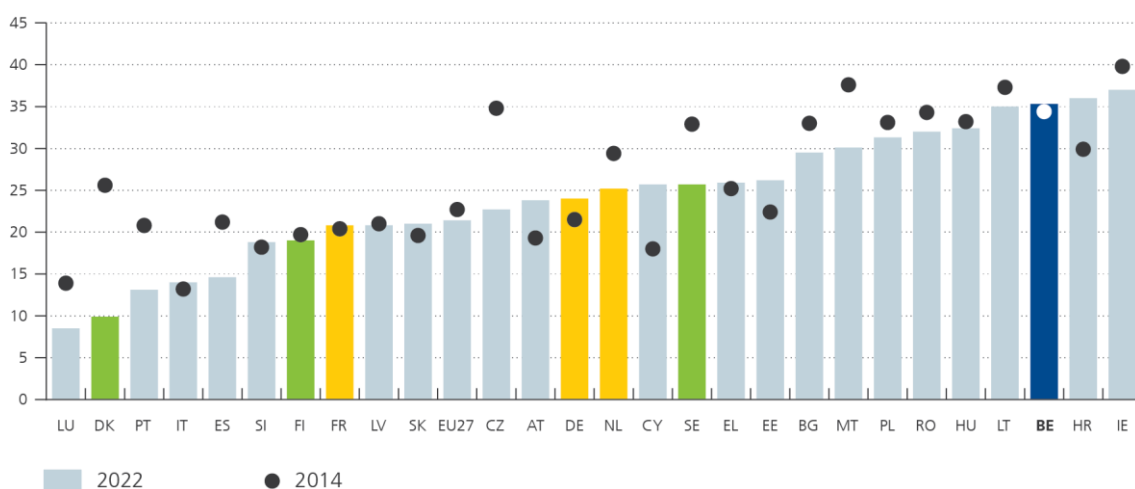
⁴⁹ Il s'agit d'une définition élargie des « indemnités d'invalidité », qui inclut les programmes d'assistance sociale (sans avoir cotisé).

augmenté en Belgique et légèrement diminué dans l'UE, mais dans l'ensemble, ces taux sont stables.

Les mauvais résultats de la Belgique résident donc tant dans le *niveau* que dans l'*évolution* du problème. D'une part, le nombre de personnes percevant une indemnité augmente sensiblement, et, d'autre part, la Belgique n'arrive pas à s'améliorer sur le plan de l'écart d'emploi. Cette forte progression du nombre de personnes bénéficiant d'une indemnité ne s'observe pas au niveau européen, mais l'on n'y constate pas non plus de forte diminution de l'écart d'emploi. Cet aspect suggère que les mesures qui réduisent le nombre de personnes percevant une indemnité ne contribuent pas toutes à améliorer également l'inclusion des personnes handicapées.

Graphique 47 - Écart d'emploi pour les personnes handicapées

(différence de taux d'emploi entre les personnes avec et sans incapacité de longue durée due à des problèmes de santé)



Source: Eurostat.

Ni le caractère très tendu du marché du travail ni la productivité élevée de la main-d'œuvre belge ne semblent expliquer les différences en matière d'écart d'emploi. Ces caractéristiques du marché du travail belge pourraient entraîner une plus grande pression sur les travailleurs et un risque accru d'invalidité, mais en revanche, les personnes qui ont un problème de santé sont plus susceptibles de trouver un emploi lorsque la main d'œuvre est plus difficile à trouver. En moyenne, l'écart d'emploi des personnes handicapées est en fait légèrement *inférieur* dans les pays où les taux de vacance ou la productivité du travail sont élevés, et des États comme les Pays-Bas et l'Allemagne combinent ces mêmes caractéristiques tout en affichant un écart d'emploi beaucoup plus faible.

Le vieillissement et la féminisation du marché du travail évoluent de la même manière en Belgique que dans d'autres pays. La part des femmes dans la population active âgée de 15 à 64 ans est tout juste plus élevée en Belgique (47 %) que dans l'UE (46 %), tandis que la part des plus de 55 ans est tout juste inférieure en Belgique (18 % contre 19 % dans l'UE). En outre, l'augmentation de ces pourcentages sur les 10 dernières années a été similaire en Belgique et dans l'UE. Il n'y a donc pas eu de vieillissement ou de féminisation du marché du travail plus rapides qui pourraient expliquer la différence dans l'augmentation du nombre de personnes en invalidité.

Dans d'autres pays aussi, la proportion des malades de longue durée souffrant de problèmes de santé mentale est en hausse. Les chiffres comparables en la matière ne sont pas légion, mais une étude de l'OCDE (2022) montre que dans tous les États examinés (Autriche, Canada, Pays-Bas,

Norvège et Suisse), la part des problèmes de santé mentale parmi les nouveaux malades de longue durée augmente sur le long terme. Sur la période 2016-2019, son augmentation en Belgique (+3 points de pourcentage) a été plus faible qu'en Autriche et en Norvège (+5 points de pourcentage) et plus importante qu'au Canada et en Suisse (+2 points de pourcentage). Il n'y a qu'aux Pays-Bas qu'il n'y a pas eu d'augmentation sur cette période. En outre, la part d'entrées dues à des problèmes de santé mentale en 2019 en Belgique était également proche de la moyenne de ces pays. Ces chiffres, certes limités, suggèrent donc que l'augmentation des problèmes de santé mentale ne peut pas non plus expliquer la différence avec les autres États.

Dans l'ensemble, la Belgique affiche des résultats relativement bons dans les comparaisons internationales concernant la qualité du travail. La qualité du travail est multi-dimensionnelle et peut difficilement se résumer en un seul chiffre. Comme nous l'avons abordé à la section 2.4.1., la Belgique se classe parmi les meilleurs pays d'Europe concernant différents paramètres. C'est en particulier le cas lorsqu'il s'agit de risques physiques au travail. En revanche, pour ce qui est des indicateurs relatifs à la pression au travail, la Belgique occupe plutôt une position moyenne (Denys, 2021). Le stress au travail et le risque de burn-out sont en augmentation (SERV/Stichting Innovatie & Arbeid, 2023). Mais si ce dernier aspect expliquait de manière importante la différence avec d'autres pays, nous devrions observer une progression plus marquée de la hausse des problèmes de santé mentale que dans les autres pays, ce qui ne semble pas être le cas.

D'autres pays parviennent à réduire en même temps le nombre de chômeurs et le nombre de personnes en incapacité de travail. En Belgique, les réformes du régime de chômage semblent avoir contribué à l'augmentation du nombre de personnes en incapacité. Néanmoins, ces dix dernières années, le taux de chômage a reculé dans tous les pays de l'UE, et la diminution générale s'est avérée un peu plus marquée dans l'UE (de 11,4 % en 2013 à 6,2 % en 2022) qu'en Belgique (de 8,4 % à 5,6 %). Cela ne signifie pas que de tels effets de débordement ne se sont pas produits dans d'autres pays, mais bien qu'il est possible de faire baisser simultanément le nombre de chômeurs et le nombre de personnes en incapacité.

La mobilité du travail des personnes en situation de handicap est faible en Belgique. Dans notre pays, ces personnes affichent une probabilité inférieure à la moyenne d'effectuer la transition vers un emploi ou de changer d'emploi et une probabilité plus élevée de quitter le marché du travail (OCDE, 2022). Néanmoins, la mobilité de la main-d'œuvre ne présentant pas de handicap est également faible en Belgique. De plus, notre pays enregistre également des résultats défavorables concernant l'emploi d'autres groupes vulnérables, comme les personnes faiblement qualifiées et les citoyens non ressortissants de l'UE. La rigidité du marché du travail en Belgique peut donc constituer une explication supplémentaire de l'important écart de taux d'emploi pour les personnes en situation de handicap, en particulier parce que les personnes souffrant d'un problème de santé de longue durée doivent souvent ou souhaitent souvent chercher un nouvel emploi.

Les durcissements du système des prestations d'incapacité de travail pourraient avoir contribué, dans d'autres pays, à une diminution du nombre de personnes bénéficiant de ces prestations. Ces renforcements peuvent prendre la forme d'une réduction du montant de la prestation ou de l'adaptation des conditions de reconnaissance, de sorte que moins de personnes y ont droit. L'OCDE (2022) constate effectivement que, pour la période comprise entre 2007 et 2020, le nombre de personnes bénéficiant de prestations a affiché une baisse moyenne plus vigoureuse dans les pays qui ont procédé à de tels durcissements.

Toutefois, ces durcissements ne semblent pas entraîner une amélioration du taux d'emploi des personnes en situation de handicap. Ces mêmes pays qui avaient mis en place ces régimes plus stricts n'ont en moyenne pas enregistré une évolution plus favorable que les autres pays (OCDE, 2022). Cet élément est confirmé par McHale et al. (2020): ceux-ci ont analysé 17 études dans une méta-analyse et ont constaté que, dans la plupart des cas, ces durcissements n'avaient pas d'incidence significative sur l'emploi. Il est toutefois possible qu'au travers d'effets de débordement

vers d'autres systèmes de sécurité sociale, de tels durcissements conduisent effectivement à une diminution du nombre de personnes en incapacité de travail, mais pas à une meilleure inclusion sur le marché du travail des personnes présentant un problème de santé.

La réintégration débute souvent tard en Belgique. L'OCDE (2022) identifie le suivi correct et l'intervention rapide auprès des personnes en incapacité de travail comme un élément essentiel pour une bonne politique de réintégration. Nos analyses font apparaître que les efforts de réintégration ne commencent que tardivement en Belgique. Même si ces personnes seront reçues trois fois à la mutualité à partir de cette année, ce n'était pas le cas auparavant, notamment en raison du manque de médecins-conseils. Bien que nous ne disposions pas à cet égard de chiffres comparables au niveau international, une évaluation rapide des possibilités de réintégration est par exemple obligatoire aux Pays-Bas et en Allemagne (cf. sections suivantes).

Que nous apprend cette comparaison internationale quant à la hausse du nombre de malades de longue durée en Belgique et quant à la mauvaise inclusion sur le marché du travail des personnes en situation de handicap? Les données et la comparabilité internationale sont trop limitées pour tirer des conclusions fortes. Des facteurs tels que les pénuries sur le marché du travail ou la qualité du travail semblent toutefois ne pas pouvoir expliquer les différences au niveau international. Le vieillissement et la féminisation du marché du travail, ainsi que l'afflux plus élevé de personnes présentant des problèmes de santé mentale, semblent contribuer à la hausse du nombre de malades de longue durée, mais nous ne trouvons aucune raison pour laquelle ce phénomène devrait être plus marqué en Belgique que dans d'autres pays. Certains pays réussissent donc à faire baisser le nombre de personnes en incapacité de travail en dépit de ces évolutions et des facteurs institutionnels peuvent y contribuer. Des effets de débordement à partir du chômage ne se sont pas nécessairement produits dans d'autres pays. Bien qu'ils ne semblent pas améliorer la position sur le marché du travail des personnes en situation de handicap, des durcissements du régime de l'incapacité de travail peuvent toutefois avoir concouru à la réduction du nombre de personnes bénéficiant d'une prestation d'incapacité de travail dans d'autres pays. Enfin, le démarrage tardif des efforts de réintégration peut aussi contribuer à expliquer la position défavorable de la Belgique.

Cette comparaison internationale met en évidence l'importance des facteurs institutionnels. C'est pourquoi dans les sections suivantes, nous commençons par analyser les réformes institutionnelles mises en œuvre ces dernières décennies aux Pays-Bas et en Allemagne et nous nous penchons ensuite sur la littérature scientifique relative à l'incidence des différents outils de réintégration. Enfin, nous en tirons les leçons nécessaires pour la Belgique.

4.2 Réformes aux Pays-Bas

Les Pays-Bas ont enregistré une nette augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail à la fin du siècle dernier et ont en conséquence mis en œuvre une série de réformes majeures. Cela incluait l'obligation de consentir des efforts de réintégration pendant la période de salaire garanti, des incitants financiers plus forts pour les employeurs et un système d'incapacité de travail temporaire et partielle.

La « Wet Verbetering Poortwachter » a instauré un système dans lequel les employeurs et les travailleurs doivent déployer des efforts conjoints en vue d'une réintégration sur le marché du travail. La loi a été instaurée au début des années 2000. Après six semaines d'absence, un médecin du travail doit évaluer l'état de santé et les possibilités de reprise du travail et, sur cette base, l'employeur et le travailleur doivent établir, au plus tard la huitième semaine, un plan de reprise du travail (chez le propre employeur ou chez un autre), d'éventuels aménagements du poste de travail, ainsi que les étapes nécessaires pour atteindre cet objectif. Ce plan est contraignant pour les deux

parties. Au moment de l'introduction, la période de salaire garanti était d'un an⁵⁰. À la fin de l'année, l'employeur et le travailleur devaient demander conjointement des prestations d'incapacité de travail et, si les efforts de l'employeur étaient jugés insuffisants, la période de salaire garanti pouvait être prolongée. Si le travailleur refuse systématiquement des « offres d'emploi et des aménagements raisonnables », l'employeur a le droit de cesser de payer le salaire garanti et, en dernier ressort, de licencier le travailleur (Godard et al., 2022).

Ce système semble avoir eu un impact non négligeable sur le nombre de malades de longue durée. Il aurait permis de réduire de 40 % les entrées en incapacité de travail de longue durée. L'état de santé du groupe de personnes qui, grâce à la réforme, ne sont plus entrées en incapacité de longue durée, était meilleur que celui du groupe de personnes qui sont effectivement passées en incapacité (mais plus médiocre que celui de la population générale). En outre, cette diminution a également été réalisée grâce à une réintégration plus rapide ou un meilleur screening, puisque les conditions de reconnaissance n'ont pas été rendues plus strictes dans le même temps. La baisse la plus marquée a concerné les plus grands groupes de personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de troubles musculo-squelettiques. On a certes observé des effets de débordement, dans la mesure où 14 % des travailleurs qui n'étaient pas passés en incapacité de travail en raison des réformes ont bénéficié un an plus tard d'indemnités de chômage (Godard et al., 2022).

Une deuxième réforme clé a consisté à accroître l'incitation financière pour les employeurs à réintégrer les personnes en incapacité de travail. Dans une succession de réformes, les incitants financiers ont été renforcés afin d'encourager à la fois la prévention et la réinsertion professionnelle. Les employeurs doivent désormais verser un salaire garanti d'au moins 70 % du salaire antérieur pendant les deux premières années d'incapacité, et dans la plupart des secteurs, ce salaire est même de 100 % la première année. Si les efforts de réintégration de l'employeur sont jugés insuffisants, la période de garantie de rémunération peut être portée à trois ans. Il existe en outre une forme de tarification à l'expérience (*experience rating*): la contribution d'une entreprise au système de prestations d'incapacité de travail est fonction du nombre de personnes de cette entreprise qui sont en incapacité, mais avec un minimum et un maximum⁵¹. Ce système a toutefois été affaibli lorsque le salaire garanti a été étendu à une période de deux ans en 2005 et ne s'applique désormais plus qu'aux personnes en incapacité de travail temporaire et/ou incomplète.

Ces incitants financiers pour les employeurs ont eu un impact évident sur l'évolution du nombre de personnes en incapacité de travail. Selon le Centraal Planbureau néerlandais (CPB, 2020), l'extension de la période de salaire garanti a constitué « l'une des mesures de politique les plus puissantes et les plus efficaces pour réduire les absences pour cause de maladie et l'incapacité de travail qui s'ensuit ». Le passage d'un à deux ans aurait entraîné une baisse de 22 % des entrées dans le régime d'incapacité de travail de longue durée. L'instauration de la tarification à l'expérience semble également avoir eu une influence notable: les évaluations permettent d'estimer que cela a réduit les entrées en incapacité de longue durée de quelque 7 à 15 % et augmenté les sorties de 12 % (Koning, 2019; Van Sonsbeek et Gradus, 2013; De Groot et Koning, 2016). Cependant, la tarification (plus faible) à l'expérience, après l'extension de la période de salaire garanti, semble encore avoir peu d'incidence (De Groot et Koning, 2016). En effet, elle s'applique désormais à un groupe plus restreint et n'entre en vigueur qu'après les deux ans de salaire garanti. Ainsi, le paiement du salaire garanti constitue une incitation beaucoup plus rapide et peut inciter l'employeur à des actions plus promptes. Ces résultats montrent en tout cas que le

⁵⁰ Cette durée a ensuite été portée à deux ans. En conséquence, les prestations d'incapacité de travail ne doivent plus être demandées qu'après deux ans, et un moment d'évaluation du plan est désormais prévu après un an d'absence, pour lequel le travailleur et l'employeur doivent établir un rapport détaillant leurs efforts de réintégration.

⁵¹ Pratiquement, la contribution est calculée comme étant les prestations d'incapacité de travail de cette entreprise divisées par ses coûts salariaux assurés. Pour ce faire, seules les quatre premières années d'incapacité sont désormais prises en compte et, comme il existe une période de salaire garanti de deux ans, il ne s'agit donc que des prestations pendant les troisième et quatrième années d'incapacité.

fait d'encourager les employeurs à s'engager à la fois dans la prévention et la réinsertion professionnelle peut avoir un effet positif.

Mais les incitants financiers pour l'employeur créent également un risque de discrimination à l'embauche. La discrimination à l'encontre des personnes ayant des problèmes de santé entrave leurs chances sur le marché du travail (cf. section 3.5.3) et ces incitants peuvent renforcer cette situation. Les employeurs s'exposent en effet à un risque financier lorsqu'ils engagent une personne qu'ils supposent avoir une probabilité plus élevée d'incapacité de travail. Aux Pays-Bas, il s'avère que cet effet s'est produit. La tarification à l'expérience a réduit la probabilité d'engager des personnes dont les dépenses de santé sont plus élevées et qui sont plus susceptibles de tomber en incapacité de travail. Prinz et Ravesteijn (2020) estiment que la réduction des prestations attribuable à la tarification à l'expérience s'explique à hauteur de 14 % par le fait que les personnes ayant des problèmes de santé étaient moins susceptibles d'être engagées. Pour remédier à cette situation, les personnes atteintes d'un handicap ou d'une maladie aux Pays-Bas ont droit à une « assurance sans risque », ce qui signifie que l'employeur n'est pas financièrement responsable d'une éventuelle incapacité de travail, mais cette mesure semble avoir peu d'impact (Van Deursen et De Ruig, 2019). Il subsiste donc un arbitrage important entre les incitants financiers et la discrimination, à tout le moins lorsque ces incitants sont aussi forts qu'aux Pays-Bas. En outre, ce pays compte un grand nombre de « travailleurs indépendants sans personnel » qui n'ont pas droit au salaire garanti obligatoire et qui retombent sur les assurances privées, et ces incitants élevés peuvent avoir contribué à cette situation.

Enfin, les Pays-Bas ont instauré un système d'incapacité de travail temporaire et/ou partielle. Après la période de salaire garanti, il est procédé à une évaluation en vue de savoir si des personnes sont en incapacité permanente ou temporaire et de connaître leur degré d'incapacité de travail. En cas d'incapacité définitive, les personnes perçoivent 75 % du salaire antérieur; en cas d'incapacité temporaire d'au moins 80 %, elles perçoivent 70 %; et en cas d'incapacité temporaire comprise entre 35 et 80 %, des prestations proportionnelles sont prévues pour encourager le travail. Il apparaît moins clairement si cette réforme a eu un impact significatif. Dans l'ensemble, l'OCDE (2022) estime que la ventilation entre incapacité temporaire et incapacité permanente n'a pas d'incidence majeure sur la réintégration des travailleurs. Les incitations au travail dans le cadre d'une reconnaissance partielle sont également annulées dans une certaine mesure par l'utilisation d'assurances privées facultatives.

4.3 Réformes en Allemagne

Le nombre de personnes en incapacité de travail a culminé en Allemagne dans les années 1980; il a encore reculé au début du XXI^e siècle. Le recul observé dans les années 1980 s'explique par un net durcissement des conditions d'admission, qui a privé de leurs droits de nombreuses femmes travaillant en dehors du marché du travail. Au tournant du siècle, l'Allemagne a mis en œuvre de nouvelles réformes, notamment en ce qui concerne le niveau des prestations, les conditions d'admission et le suivi chez l'employeur, qui ont eu pour effet une nouvelle baisse du nombre de personnes en incapacité; nous les décrivons brièvement ici (cf., entre autres, McVigar et al. (2023) pour plus de détails).

En 1996, le niveau des prestations a été diminué. Outre la réduction des indemnités, des restrictions ont été imposées sur les revenus que pouvaient percevoir les personnes en incapacité. Cela aurait entraîné une baisse sensible des entrées en incapacité, en particulier pour les hommes, ce qui a systématiquement fait reculer le nombre total de personnes en incapacité au cours des années suivantes. Les prestations remplacent désormais 70 % du salaire antérieur et sont versées après une période de six semaines de salaire garanti.

Les conditions de reconnaissance ont ensuite été durcies. Avant 2001, une personne avait droit à des prestations si elle n'était plus en mesure d'occuper son emploi précédent ou un emploi

similaire, ce dernier devant impliquer les mêmes compétences, le même salaire et le même prestige. Cette mesure a été fortement atténuée et, depuis 2001, une personne n'a droit à des prestations que si elle ne peut plus exercer aucun emploi. Il s'agit donc d'un durcissement notable des conditions de reconnaissance. En outre, l'on recourt de plus en plus souvent à des emplois à durée limitée en Allemagne, de sorte que les personnes satisfont moins rapidement à cette condition.

Le durcissement des conditions de reconnaissance aurait permis de réduire les entrées en incapacité de travail, mais entraîne aussi le recours à des assurances privées dont la couverture est incomplète. Selon Fischer et al. (2023), ce durcissement a conduit à une baisse de plus de 30 % des entrées en incapacité de travail à long terme. Bien que ce changement ne semble pas avoir induit une augmentation immédiate du recours à l'assurance privée (Fischer et al., 2023), en 2018, la part des personnes possédant une assurance privée était de 38 %, leur prix dépend de l'âge, de l'état de santé et de la profession. En conséquence, différents groupes, notamment ceux dont les revenus sont plus faibles et l'état de santé plus médiocre, sont moins bien couverts par ces assurances complémentaires (McVigar et al. 2023).

Enfin, les travailleurs et les employeurs doivent rapidement élaborer un plan de réintégration. Après six semaines d'incapacité de travail, à la fin de la période de salaire garanti, les employeurs sont tenus de fournir une aide à la reprise du travail. À cette fin, ils doivent élaborer un plan de réintégration en concertation avec, entre autres, le travailleur malade, le médecin du travail et les experts de l'organisme en charge des indemnités.

4.4 Impact des instruments de réintégration

Des études montrent qu'une reprise partielle du travail peut favoriser le retour au travail. Dans une étude expérimentale menée au Danemark, l'accès à la reprise partielle du travail au cours des six premiers mois d'incapacité de travail a accru la probabilité d'emploi sur le marché du travail régulier jusqu'à trois ans plus tard. D'autres formes de soutien – soutien paramédical et accompagnement plus formation – n'ont exercé aucun effet (Rehwal et al. 2018). Dans une autre expérience menée en Finlande auprès d'un petit groupe de personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques, les personnes qui ont eu accès à une reprise partielle du travail avaient 20 % de probabilités en moins d'être en incapacité de travail un an plus tard (Viikari-Juntura et al, 2012). Aux Pays-Bas également, la reprise partielle du travail semble favoriser un retour plus rapide sur le marché du travail (Kools et Koning, 2019).

Il apparaît moins clairement si le recours à la reprise partielle du travail renforce également à long terme la probabilité de retour sur le marché du travail. Alors que l'étude danoise observe des effets sur une période de trois ans, l'étude néerlandaise constate que l'impact positif a disparu après deux ans. Ils concluent que la reprise partielle du travail encourage principalement un retour plus rapide chez les personnes qui reprendraient de toute façon le travail. Dans ce cas, la reprise partielle du travail apporte quand même une valeur ajoutée: elle permet aux personnes de rester en contact avec le marché du travail, de maintenir leurs compétences à niveau et de percevoir un revenu supplémentaire. Dans la mesure où les prestations sont réduites dans le même temps, le coût pour la sécurité sociale est également moins élevé lorsque l'on reprend partiellement le travail plus tôt. En outre, ce système offre également une option aux personnes dont l'état de santé fluctue et qui, même si elles ne sont pas en mesure de sortir définitivement de l'incapacité de travail, peuvent quand même travailler aux moments où cela s'avère possible.

Par ailleurs, une reprise partielle semble moins efficace chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Aucune personne souffrant de tels problèmes n'a participé à l'étude finlandaise, et les études danoise et néerlandaise n'ont constaté d'effets positifs que pour les personnes ne rencontrant pas de problèmes de santé mentale.



Pour les personnes souffrant d'importants problèmes de santé mentale, l'efficacité d'une approche « travail d'abord » a été démontrée à maintes reprises. Cette approche, connue sous le nom d'IPS (Individual Placement and Support), vise une réintégration rapide sur le marché du travail régulier, en offrant un soutien solide et en intégrant le traitement des problèmes de santé. Le modèle IPS est ouvert à tous, quels que soient les symptômes ou l'expérience professionnelle antérieure. Ce modèle a été testé à plusieurs reprises dans des contextes expérimentaux et conduit à une probabilité nettement plus grande de retour sur le marché du travail régulier. Cela se traduit à son tour par des revenus plus élevés, de meilleurs résultats psychosociaux et une amélioration clinique (cf. Drake et Bond, 2023).

La littérature ne fait pas état d'effets importants de la formation sur le retour au travail, mais elle est trop limitée pour tirer des conclusions claires. Par exemple, l'expérience danoise qui a montré que le fait d'encourager la reprise partielle du travail avait un impact positif sur le retour au travail a également fait apparaître que l'« activation traditionnelle » n'avait aucun effet sur ce retour (Rehwald et al., 2018). Cette activation traditionnelle comprenait une formation on-the-job, mais dans la pratique, elle consistait principalement en un accompagnement et une formation supplémentaires pour les personnes en incapacité de travail. En Finlande également, où certaines personnes en incapacité ont reçu de manière quasiment aléatoire accès à un soutien en vue de changer d'emploi, cela s'est avéré ne faire pratiquement aucune différence quant à leur retour sur le marché du travail (Laaksonen et al., 2022). Ce soutien comprenait généralement une formation à de nouvelles tâches ou la réalisation à l'essai d'autres tâches chez l'employeur, mais il pouvait également s'agir d'une formation à un autre emploi ou d'une aide à la création d'une entreprise. Bien que d'autres études indiquent que les participants à la reconversion professionnelle ont une plus grande probabilité de retour (Leinonen et al. 2019, Campolieti et al. 2014), il importe de noter que la formation n'est pas nécessairement la cause du retour. Des personnes qui ont clôturé une formation avec succès peuvent, par exemple, être en meilleure santé ou être plus motivées, ce qui accroît leurs chances de retour sur le marché du travail. Cette littérature est toutefois trop limitée pour conclure que la formation ou l'accompagnement ne favoriserait pas la réintégration. En outre, il est également possible que cela s'avère efficace pour certains groupes et moins pour d'autres, mais la littérature est également trop limitée pour analyser cette question.

De plus, des effets de verrouillage (« lock-in ») par lesquels le retour sur le marché du travail est retardé en raison de la participation à une formation, peuvent jouer un rôle important. Il s'agit d'un phénomène bien connu qui s'applique également à l'activation des demandeurs d'emploi (cf., par exemple, Card et al., 2018). Markussen et Røed (2014) constatent que le fait de subventionner des formations régulières en Norvège peut avoir un effet positif sur l'emploi des personnes en incapacité, mais au prix de périodes d'incapacité initialement plus longues. De manière générale, cependant, ils concluent que la stratégie la plus efficace est celle visant une insertion rapide sur le marché du travail régulier, plutôt qu'une reconversion professionnelle ou un emploi protégé.

4.5 Leçons à tirer pour la Belgique

Aux Pays-Bas et en Allemagne, le suivi est beaucoup plus étroit et obligatoire chez l'employeur pendant toute la durée de l'incapacité de travail. Alors que l'élaboration d'un plan de réintégration est obligatoire dans ces deux pays, les équivalents belges – la visite de pré-reprise du travail et le trajet de réintégration chez l'employeur – s'effectuent sur une base volontaire. Le modèle néerlandais prévoit également plusieurs moments de suivi tout au long de l'absence, alors qu'en Belgique, il s'agit d'une évaluation unique. De facto, c'est principalement la visite (informelle) qui est utilisée en Belgique, dans le cadre de laquelle l'employeur n'est pas non plus tenu de suivre l'évaluation ou de la refuser de manière motivée.

Ce suivi chez l'employeur débute également beaucoup plus tard en Belgique. Aux Pays-Bas et en Allemagne, une première évaluation doit être effectuée après quelques semaines, tandis qu'en Belgique, 66 % des trajets de réintégration et 26 % des visites de pré-reprise du travail sont entamés

après plus de six mois d'absence. En Belgique, il existe certes aussi un suivi de la mutualité, contrairement aux Pays-Bas où l'entière responsabilité incombe à l'employeur pendant la longue période de salaire garanti. Mais même après les récentes réformes en Belgique, une personne n'est reçue une première fois par le médecin-conseil ou l'équipe multidisciplinaire de la mutualité que pour la fin du quatrième mois d'incapacité de travail. Ce dernier peut alors orienter la personne vers le coordinateur Retour au travail de la mutualité, qui peut à son tour diriger l'intéressé vers le médecin du travail. Même si l'ensemble de ce processus se déroule de manière efficace, la visite ou le trajet de réintégration commencera toujours beaucoup plus tard qu'aux Pays-Bas et en Allemagne. En outre, une personne est désormais informée, après quatre semaines d'absence, de la possibilité d'une réintégration chez l'employeur, mais il n'est pas encore certain que cela incite de nombreuses personnes à entamer plus rapidement des étapes en vue de leur réintégration. En outre, le démarrage tardif ne constitue pas seulement un problème pour la réintégration auprès de son propre employeur en Belgique, mais encore plus pour les trajets d'accompagnement – dont les trois quarts ne débutent qu'après plus d'un an d'absence – pour les personnes qui souhaitent chercher un nouvel employeur.

Les incitants financiers pour l'employeur sont beaucoup plus importants aux Pays-Bas qu'en Belgique. Avec leur tarification à l'expérience et, surtout, les deux années de salaire garanti, les Pays-Bas font certes figure d'exception au niveau international. Toutefois, en Allemagne également, la période de salaire garanti de six semaines est plus longue qu'en Belgique, où elle est d'un mois maximum. Cette expérience montre également que le salaire garanti, qui est plus facile à comprendre et constitue un incitant immédiat, exerce une plus grande incidence que la tarification à l'expérience pour les malades de longue durée. Cela donne à penser qu'une extension de la période de salaire garanti en Belgique pourrait avoir un effet plus significatif qu'un renforcement de la contribution de responsabilisation.

Les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont plus strictes en Allemagne qu'en Belgique. En Belgique, au cours des six premiers mois d'incapacité de travail, l'on procède à une évaluation pour déterminer si le retour à l'emploi précédent est possible, puis elle est étendue aux emplois sur la base des antécédents professionnels et de l'historique de la formation. En Allemagne, on est passé d'une définition plus large (uniquement l'emploi précédent) à une définition plus stricte (tous les emplois possibles). La Belgique pourrait donc également durcir ces conditions. La question se pose toutefois de savoir si cela se traduirait par un grand nombre d'emplois supplémentaires. Nous avons vu que l'arrêt de l'incapacité de travail ne conduisait pas souvent à l'emploi (cf. section 3.1), ce qui suggère que le problème en Belgique n'est pas le fait que les conditions de reconnaissance ne sont pas assez strictes. Alors que cela devrait (mécaniquement) réduire le nombre de personnes en incapacité de travail, cela pourrait ne générer que peu d'emplois supplémentaires (OCDE, 2022), tout en accroissant le risque de pauvreté de ce groupe.

La Belgique utilise des outils de réintégration similaires à ceux d'autres pays, mais leur efficacité est mal connue. Comme d'autres pays, nous avons recours à des reprises partielles de travail, à l'accompagnement, à la formation et à la réintégration auprès de l'employeur initial. Lorsque ces instruments sont évalués au niveau international, l'on constate que l'impact sur l'emploi est mitigé. En Belgique, nous n'avons pas de vue sur cet aspect. Bien que cette étude, comme d'autres (Boets et al., 2020; Cour des comptes, 2021; Lamberts et al., 2021), aide à mieux comprendre leurs résultats, elles ne répondent pas à la question essentielle: la participation à la politique accroît-elle la probabilité de reprise du travail? Pour répondre clairement à cette question, une évaluation expérimentale, ou éventuellement quasi expérimentale, doit être réalisée. Les personnes sont réparties de manière aléatoire entre participants et non-participants à la politique, et les différences de résultat entre ces deux groupes peuvent alors être interprétées comme étant l'impact de la participation à la politique.

Le modèle IPS fait l'objet d'une évaluation expérimentale et il apparaît qu'il accroît effectivement la probabilité de retour au travail, également en Belgique. Dans le cadre d'un projet pilote, initié

par le Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail de l'INAMI, des personnes souffrant de problèmes de santé mentale allant de modérés à sévères ont bénéficié d'un accompagnement intensif de la part de conseillers en emploi (job coaches). Cet accompagnement comprenait des rencontres bimensuelles, une aide à la recherche d'emplois vacants, la possibilité de concilier soins et travail, ainsi que l'établissement de contacts avec des employeurs. Les conseillers continuent d'apporter leur soutien même après qu'un emploi a été trouvé, ce qui peut favoriser la pérennité du retour. L'impact de ce projet est évalué dans le cadre d'une expérience menée auprès de 660 participants répartis dans les trois régions. Un groupe de contrôle sélectionné de manière aléatoire a suivi de son côté les trajets d'accompagnement ordinaires. Lorsqu'on procédait à une comparaison, les participants ayant bénéficié d'un accompagnement intensif avaient, après 18 mois, 9,5 % de chances supplémentaires de travailler et recevaient 6 % de prestations en moins. Même s'ils ne sortent pas plus souvent de l'incapacité de travail, ils travaillent davantage parce qu'ils ont plus fréquemment recours à des reprises partielles du travail. La réduction des prestations durant une reprise partielle du travail explique la diminution des prestations totales perçues. Bien qu'un accompagnement plus intensif soit plus coûteux, le coût supplémentaire est compensé par une baisse des coûts des prestations en un peu moins de deux ans. Lorsqu'une perspective sociale est utilisée pour l'analyse coûts-bénéfices, qui prend également en compte les salaires supplémentaires, le délai du retour sur investissement est légèrement inférieur à un an. L'étude est encore en cours et un suivi à plus long terme fournira des informations complémentaires sur la pérennité de la mise au travail et la qualité des emplois (Fontenay et Tojerow, 2022). Cette étude est un excellent exemple de l'utilité de l'évaluation des politiques dans le cadre du déploiement d'une nouvelle mesure. Il s'agit en effet de l'évaluation d'une phase pilote, avant un éventuel déploiement plus complet. Le but était de vérifier si cette politique IPS, qui au niveau international est considérée comme une bonne pratique, montre également ses effets positifs dans le contexte belge.

Contrairement aux Pays-Bas, la Belgique ne reconnaît que l'incapacité de travail complète. Pour être reconnue en incapacité de travail, une personne doit obligatoirement cesser toute activité à la suite de l'apparition ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels et sa capacité de gain doit avoir diminué d'au moins deux tiers. Après cette reconnaissance, le travail peut, en principe, rapidement être repris à temps partiel, tout en étant combiné à des prestations d'incapacité de travail. Dans la pratique, la plupart des personnes n'en sont probablement pas informées et la possibilité de reprendre le travail n'est abordée que plus tard, lors d'un contact avec le médecin-conseil, le coordinateur Retour au travail ou le médecin du travail. Le système belge suppose donc un arrêt complet, et seulement ultérieurement un retour (éventuellement progressif) au travail. En raison de la longue période de salaire garanti, la comparaison avec les Pays-Bas est complexe, mais un système d'incapacité de travail partielle peut permettre de réduire le nombre d'heures travaillées au lieu d'attendre que la capacité de gain ait diminué de deux tiers et d'arrêter alors toute activité.

5 BIBLIOGRAPHIE

Adams-Prassl A., T. Boneva, M. Golin and Ch. Rauh (2023), *The value of sick pay*, *European Economic Review*, 151.

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2019), *Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU*, Office des publications de l'Union européenne.

Baert S. (2016), "Wage subsidies and hiring chances for the disabled: some causal evidence", *The European Journal of Health Economics*, 17, 71-86.

Black N., D. W. Johnston and A. Suziedelyte (2017), "Justification Bias in Self-Reported Disability: New Evidence from Panel Data", *Journal of Health Economics*, 54, 124–134.

Boets I., L. Godderis, V. De Greef et H. Deroubaix (2020), *Évaluation de l'impact des nouvelles réglementations sur la réinsertion professionnelle. Évaluation quantitative et qualitative*, SPF ETCS.

Boucq E., J. Geerts et P. Willemé (2022), *Incapacité de travail primaire et invalidité des salariés en Belgique: quels facteurs explicatifs? Une analyse sur base des données EU-SILC*, Bureau fédéral du Plan, Working Papers 2204.

Bruggeman H., G. Nélis, F. Berete, E. Braekman, R. Charafeddine, S. Demarest, M. Dispas, S. Drieskens, L. Gisle, L. Hermans, P. Smith and J. Van der Heyden (2023), *Belgian Health and Well-Being Cohort (BELHEALTH)*, Sciansano, Bulletin 3.

Bruyneel L., E. Dierckx, W. Kestens, A. Leclercq, G. Karakaya, L. Vandenthoren et M. Gielen (2022), *Prévalence des enfants ayant des besoins spéciaux et association avec l'incapacité, le handicap et le chômage chez leurs parents*, Compagnies d'assurance maladie indépendantes.

Campolieti M., M.K. Gunderson and J. A. Smith (2014), "The effect of vocational rehabilitation on the employment outcomes of disability insurance beneficiaries: new evidence from Canada", *IZA Journal of labor Policy*, 3, 1-29.

Card D., J. Kluve and A. Weber (2018), "What works? A meta analysis of recent active labor market program evaluations", *Journal of the European Economic Association*, 16(3), 894-931.

Conseil National du Travail (2018), Avis 2099 - Plate-forme de concertation entre acteurs impliqués dans le processus de retour au travail volontaire des personnes présentant un problème de santé - Evaluation et propositions relatives à la réglementation en matière de réintégration, Septembre.

Conseil National du Travail (2018), Avis 2.080 : Accord interprofessionnel 2017-2018 – Burn-out.

Conseil National du Travail (2021), Avis 2.218, Projets destinés à la prévention primaire du burn-out au travail – Évaluation du premier cycle de projets, Juin.

Conseil National du Travail (2022), Avis 2.330, Projets destinés à la prévention primaire du burn-out au travail – Évaluation du deuxième cycle de projets, Novembre.

Conseil National du Travail (2023), Recommandation nr 30, Recommandation adressée aux entreprises et secteurs concernant la prévention du burn-out.

Conseil national du travail (2023), *Avis 2.381: Processus de retour au travail volontaire des personnes présentant un problème de santé – Cotisation de responsabilisation des employeurs concernant l'invalidité – Méthode de calcul pour le secteur de l'intérim*, septembre.

De Brouwer O. and I. Tojerow (2023), *The consequences of job search monitoring for the long-term unemployed: Disability instead of employment?*, *Journal of Public Economics*, 224.

De Brouwer O. and I. Tojerow (2023), « The consequences of job search monitoring for the long-term unemployed: Disability instead of employment? », *Journal of Public Economics*, 224.

Cour des comptes (2021), [Malades de longue durée – Mesures de réintégration sur le marché du travail](#).

CSE (2014), [La participation au marché du travail des personnes en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique](#).

CSE (2017), [Allongement et qualité des carrières professionnelles](#).

De Coen A., E. De Rouck et D. Valsamis (2022), *Tomber, se relever et se remettre au travail. Activation des personnes handicapées de longue durée en chiffres*, Idea Consult.

De Groot N. et P. Koning (2016), "Assessing the effects of disability insurance experience rating. The case of The Netherlands", *Labour Economics*, 41, 304-317.

De Sio S, F. Cedrone, H.A. Nieto, E. Lapteva, R. Perri, E. Greco, N. Mucci, E. Pacella et G. Buomprisco (2021), "Telework and its effects on mental health during the COVID-19 lockdown", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(10), 3914-3922, mai.

Denys J. (2021), *La Belgique est malade: A la recherche des causes de la forte augmentation de la maladie et du handicap en Belgique 2010-2019*, Randstadt Research.

Drake R. E. and G. R. Bond (2023), *Individual placement and support: History, current status, and future directions*, *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3), e122.

Fischer, B., J. M. Geyer et N. R. Ziebarth (2023), *Réformer fondamentalement le système d'assurance-invalidité: Evidence from German Notch Cohorts*, National Bureau of Economic Research, 30812.

Fontenay S. and I. Tojerow (2022), *How Does Job Coaching Help Disability Insurance Recipients Work While on Claim?*, IZA Discussion Paper 15386.

Godard, M., P. Koning and M. Lindeboom, (2022), *Application and award responses to stricter screening in disability insurance*, *Journal of Human Resources*.

Goorts, K., I. Boets, S. Decuman, M. Du Bois, D. Rusu and L. Godderis (2020), *Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study*, *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Houtman I., S. Dhondt, P. Preenen, K. Kraan en E. de Vroome (2020), *Intensivering van werk in Nederland*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Working paper 36.

INAMI (2021), *Rapport annuel 2020, Parcours de réinsertion socioprofessionnelle*.

Jansen L, F. Glowacz, A. Kinard et R. Bruffaerts (2023), *Soins psychologiques de première ligne en Belgique: Evaluation scientifique et recommandations pour une intégration durable dans les soins de santé belges*, EPCAP.

Kalwij A. and F. Vermeulen (2008), "Health and Labour Force Participation of Older People in Europe: What Do Objective Health Indicators Add to the Analysis?", *Health Economics*, 17(5), 619-638.

King P. (2009), « Experience rating and the inflow into disability insurance », *The Economist*, 157, 315-335.

Laaksonen M., I. Ilmakunnas and S. Tuominen (2022), "The impact of vocational rehabilitation on employment outcomes: A regression discontinuity approach", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(6), 498.

Lamberts, M., K. Faes, J. Pacolet and N. Verhaeghe (2021), *Pathway to work from disability: Accord-cadre d'évaluation INAMI-VDAB-VICO-GTB*, HIVA KU Leuven.

Leinonen T., E. Viikari-Juntura, K. Husgafvel-Pursiainen, P. Juvonen-Posti, M. Laaksonen and S. Solovieva (2019), "The effectiveness of vocational rehabilitation on work participation", *Scandinavian journal of work, environment & health*, 45(6), 651-660.

Lippens L., S. Vermeiren et S. Baert (2023), *L'état de la discrimination à l'embauche: Une méta-analyse de (presque) toutes les expériences de correspondance récentes*, *European Economic Review*, 151.

Mairiaux P., A. F. Donneau, C. Duchesnes, S. Vandenbroeck et L. Godderis (2015), *Développement d'un outil permettant d'identifier les personnes ayant une probabilité accrue de réussir leur réinsertion socioprofessionnelle*.

Markussen S. and K. Røed (2014), "The impacts of vocational rehabilitation", *Labour Economics*, 31, 1-13.

McHale, P., A. Pennington, C. Mustard, Q. Mahood, I. Andersen, N.K. Jensen, B. Burström, K. Thielen, L. Harber-Aschan, A. McAllister, M. Whitehead and B. Barr (2020), "What is the effect of changing eligibility criteria for disability benefits on employment? A systematic review and meta-analysis of evidence from OECD", *Plos one*, 15(12), e0242976.

McVicar, D., R. Wilkins et N. R. Ziebarth (2022), *Cinq décennies de politiques de prestations d'invalidité dans cinq pays de l'OCDE*, *Le travail et le filet de sécurité sociale*, Oxford University Press.

Minne G. et Y. Saks (2023), *Travailleurs âgés et décisions de départ à la retraite en Belgique: analyse basée sur des données d'enquête*, BNB, *Revue économique*, décembre.

Nélis G., H. Bruggeman, S. Demarest, L. Gisle, R. Charafeddine, F. Berete, E. Braekman, M. Dispas, S. Drieskens, L. Hermans, P. Smith et J. Van der Heyden (2023), *Cohorte belge de la santé et du bien-être (BELHEALTH)*, Sciensano, Bulletin 2.

Noirhomme C., M. Dispas et P. Smith (2023), *L'accord « soins psychologiques » au sein des services de santé mentale*, *Santé & Société*, 7, CM.

OCDE (2022), *Handicap, travail et inclusion: L'intégration dans toutes les politiques et pratiques*, Éditions OCDE, Paris.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), *Belgium: Country Health Profile 2023*, *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris.

ONEM (2022), *Dix ans de dégressivité renforcée des allocations de chômage*, Bruxelles.

Rehwald K., M. Rosholm and B. Rouland (2018), "Labour market effects of activating sick-listed workers", *Labour Economics*, 53, 15-32.

Saks Y. (2017), « Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité », BNB, *Revue économique*, 59-73, septembre.

Schokkaert, E. et C. Van de Voorde (2014), « Equité du système de santé belge », *Revue française d'économie*, xxix(4), 129-172.

SD Worx (2023), [Ziekteverzuim in België 2022](#).

SERV (2020), [Advisory: Réinsertion des personnes handicapées avec les prestations de l'INAMI](#).

SERV & Stichting Innovatie & Arbeid (2023), [Vlaamse werkbaarheidsmonitor werknemers - meting 2023](#).

SPF Sécurité sociale (2022), *L'évolution de l'allocation d'intégration, Chiffres en bref*, 13, février.

Van Deursen C. en L. De Ruig (2019), *No-riskpolis voor mensen in de Ziektewe*, UWV Kennisverslag, 7.

Van Sonsbeek J. M. and R. H. Gradus (2013), "Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands", *Oxford Economic Papers*, 65(4), 832-855.

Viihari-Juntura E., J. Kausto, R. Shiri, L. Kaila-Kangas, E.P. Takala, J. Karppinen, H. Miranda, R. Luukkonen and K.P. Martimo (2012), "Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomised controlled trial", *Scandinavian journal of work, environment & health*, 134-143.

6 ANNEXE 1

Tableau - Retour au travail après avoir suivi un trajet d'accompagnement

(probabilité de retour au travail, 2 ans après le début du trajet d'accompagnement, travailleurs salariés du secteur privé, 2017-2020)

	Retour au travail (complet ou partiel)	(écart-type)	Retour au travail complet	(écart-type)
Trajet avec/sans formation (référence: sans formation)				
Avec formation	0.0281***	(0.0109)	0.0183**	(0.00809)
Durée de l'incapacité de travail au début (référence: = > 24 mois)				
1-6 mois	0.193***	(0.0204)	0.207***	(0.0186)
7-12 mois	0.0605***	(0.0137)	0.0914***	(0.0111)
12-24 mois	0.0429***	(0.0119)	0.0430***	(0.00879)
Sexe (référence: masculin)				
féminin	-0.0413***	(0.0109)	-0.0433***	(0.00821)
Âge (référence: < 30 ans)				
30 - 54 ans	-0.0553***	(0.0128)	-0.0437***	(0.0102)
>= 55 ans	-0.171***	(0.0250)	-0.118***	(0.0160)
Ouvrier/employé (référence: employé)				
Ouvrier	-0.0140	(0.0111)	-0.0135	(0.00842)
Région (référence: Flandre)				
Bruxelles	-0.125***	(0.0275)	-0.0393*	(0.0217)
Wallonie	-0.127***	(0.0109)	-0.0322***	(0.00857)
Niveau d'instruction (référence: très diplômés)				
Peu diplômés	-0.0946***	(0.0157)	-0.0423***	(0.0119)
Moyennement diplômés	-0.0480***	(0.0146)	-0.0227**	(0.0110)
Situation familiale (référence: couple avec enfants)				
Couple sans enfant	-0.0202	(0.0153)	-0.0259**	(0.0110)
Famille monoparentale	-0.0740***	(0.0139)	-0.0433***	(0.0106)
Personne isolée	-0.0612***	(0.0124)	-0.0443***	(0.00912)
Taille de l'entreprise (référence: 10-49 travailleurs)				
< 10 travailleurs	0.00708	(0.0162)	-0.00459	(0.0124)
50-199 travailleurs	0.0113	(0.0166)	0.0229*	(0.0139)
>= 200 travailleurs	-0.000109	(0.0143)	0.00114	(0.0115)
Maladie (référence: autres)				
Autres troubles de santé				
psychique	-0.0289*	(0.0158)	-0.0142	(0.0111)
Burn-out	0.0113	(0.0202)	0.0412***	(0.0156)
Dépression	-0.0123	(0.0160)	0.0182	(0.0120)
Troubles musculosquelettiques	0.00169	(0.0134)	0.00917	(0.00949)

Source: Calculs effectués par les auteurs sur la base des données BCSS.

Analyse multivariée montrant la différence de probabilité de retour au travail par rapport au groupe de référence (entre parenthèses) sur la base d'une régression probit. Les résultats représentent des « effets marginaux » pour une personne affichant des caractéristiques moyennes. Résultats en fonction de la maladie sur la base d'une régression distincte avec uniquement des personnes en incapacité de travail depuis au moins sept mois. La première colonne indique la probabilité de tout retour au travail (y compris retour partiel); dans la troisième colonne, il s'agit uniquement du « retour au travail complet » (hors retour partiel). *** p<0,01; ** p<0,05; * p<0,1.

Tableau - Retour au travail après une reprise partielle

(probabilité d'un retour au travail, 1 an après le début d'une reprise partielle, travailleurs salariés du secteur privé, 2017-2020)

	Retour au travail (complet ou partiel)	(écart-type)	Retour au travail complet	(écart-type)
Nombre d'heures de travail autorisé par semaine (référence: <= 8 heures)				
9-16 heures	0.0506***	(0.00813)	0.00213	(0.0113)
> 16 heures	0.0868***	(0.00767)	0.0231**	(0.0107)
Durée de l'incapacité de travail au début (référence: = > 24 mois)				
1-6 mois	0.131***	(0.00853)	0.455***	(0.00746)
7-12 mois	0.0933***	(0.00905)	0.297***	(0.00841)
12-24 mois	0.0448***	(0.00991)	0.0965***	(0.00906)
Sexe (référence: masculin)				
féminin	0.0114***	(0.00390)	-0.0325***	(0.00589)
Âge (référence: < 30 ans)				
30 - 54 ans	0.0365***	(0.00556)	-0.0569***	(0.00805)
>= 55 ans	0.0102	(0.00694)	-0.181***	(0.00968)
Ouvrier/employé (référence: employé)				
Ouvrier	-0.0146***	(0.00404)	-0.0647***	(0.00605)
Région (référence: Flandre)				
Bruxelles	-0.0365***	(0.00887)	-0.144***	(0.0127)
Wallonie	-0.00832**	(0.00388)	-0.148***	(0.00568)
Niveau d'instruction (référence: très diplômés)				
Peu diplômés	-0.0475***	(0.00533)	-0.141***	(0.00765)
Moyennement diplômés	-0.0158***	(0.00400)	-0.0601***	(0.00615)
Situation familiale (référence: couple avec enfants)				
Couple sans enfant	-0.0182***	(0.00415)	-0.0407***	(0.00643)
Famille monoparentale	-0.0409***	(0.00534)	-0.0670***	(0.00787)
Personne isolée	-0.0522***	(0.00497)	-0.0730***	(0.00717)
Taille de l'entreprise (référence: 10-49 travailleurs)				
< 10 travailleurs	-0.00834	(0.00751)	-0.0197*	(0.0112)
50-199 travailleurs	0.0191***	(0.00569)	0.0275***	(0.00861)
>= 200 travailleurs	0.0195***	(0.00503)	0.0395***	(0.00751)
Maladie (référence: autres)				
Autres troubles de				
santé psychique	-0.0547***	(0.00903)	0.0471***	(0.0110)
Burn-out	0.00334	(0.00652)	0.137***	(0.00830)
Dépression	-0.0537***	(0.00739)	0.0316***	(0.00861)
Troubles musculosquelettiques	0.00217	(0.00506)	0.0190***	(0.00634)

Source: Calculs effectués par les auteurs sur la base des données BCSS.

Analyse multivariée montrant la différence de probabilité de retour au travail par rapport au groupe de référence (entre parenthèses) sur la base d'une régression probit. Les résultats représentent des « effets marginaux » pour une personne affichant des caractéristiques moyennes. Résultats en fonction de la maladie sur la base d'une régression distincte avec uniquement des personnes en incapacité de travail depuis au moins sept mois. La première colonne indique la probabilité de tout retour au travail (y compris retour partiel); dans la troisième colonne, il s'agit uniquement du « retour au travail complet » (hors retour partiel). *** p<0,01; ** p<0,05; * p<0,1.

Tableau - Retour au travail après un trajet de réintégration

(probabilité de retour au travail, 1 an après le début du trajet de réintégration, travailleurs salariés du secteur privé, 2017-2020)

	Retour au travail (complet ou partiel)	(écart-type)	Retour au travail complet	(écart-type)
Demandeur trajet de réintégration (référence: Employeur)				
Médecin conseil	0.0620***	(0.00619)	0.0418***	(0.00486)
Travailleur	0.108***	(0.00555)	0.0802***	(0.00452)
Evaluation médecin du travail (référence: A)				
B	-0.353***	(0.0130)	-0.134***	(0.0110)
C	-0.323***	(0.0131)	-0.106***	(0.0111)
D	-0.390***	(0.0110)	-0.133***	(0.00963)
E	-0.411***	(0.0130)	-0.165***	(0.0110)
Durée de l'incapacité de travail au début (référence: = > 24 mois)				
1-6 mois	0.226***	(0.00620)	0.236***	(0.00538)
7-12 mois	0.151***	(0.00645)	0.154***	(0.00532)
12-24 mois	0.0804***	(0.00639)	0.0716***	(0.00482)
Sexe (référence: masculin)				
féminin	-0.0332***	(0.00577)	-0.0342***	(0.00460)
Âge (référence: < 30 ans)				
30 - 54 ans	-0.0464***	(0.00727)	-0.0507***	(0.00608)
>= 55 ans	-0.162***	(0.00844)	-0.143***	(0.00674)
Ouvrier/employé (référence: employé)				
Ouvrier	-0.0589***	(0.00595)	-0.0361***	(0.00477)
Région (référence: Flandre)				
Bruxelles	-0.0975***	(0.00833)	-0.0601***	(0.00653)
Wallonie	-0.0387***	(0.00524)	-0.0142***	(0.00417)
Niveau d'instruction (référence: très diplômés)				
Peu diplômés	-0.126***	(0.00748)	-0.0817***	(0.00609)
Moyennement diplômés	-0.0622***	(0.00695)	-0.0412***	(0.00566)
Situation familiale (référence: couple avec enfants)				
Couple sans enfant	-0.0274***	(0.00627)	-0.0215***	(0.00502)
Famille monoparentale	-0.0606***	(0.00660)	-0.0476***	(0.00515)
Personne isolée	-0.0602***	(0.00638)	-0.0482***	(0.00493)
Taille de l'entreprise (référence: 10-49 travailleurs)				
< 10 travailleurs	-0.00226	(0.00660)	-0.00442	(0.00514)
50-199 travailleurs	-0.00444	(0.00648)	9.15e-05	(0.00520)
>= 200 travailleurs	0.00191	(0.00602)	-0.00175	(0.00478)
Maladie (référence: autres)				
Autres troubles de santé psychique	-0.00975	(0.00937)	-0.000217	(0.00657)
Burn-out	0.0629***	(0.00824)	0.0630***	(0.00617)
Dépression	0.00104	(0.00747)	0.0196***	(0.00552)
Troubles musculosquelettiques	-0.0136**	(0.00608)	-0.000921	(0.00437)

Source: Calculs effectués par les auteurs sur la base des données BCSS.

Analyse multivariée montrant la différence de probabilité de retour au travail par rapport au groupe de référence (entre parenthèses) sur la base d'une régression probit. Les résultats représentent des « effets marginaux » pour une personne affichant des caractéristiques moyennes. Résultats en fonction de la maladie sur la base d'une régression distincte avec uniquement des personnes en incapacité de travail depuis au moins sept mois. La première colonne indique la probabilité de tout retour au travail (y compris retour partiel); dans la troisième colonne, il s'agit uniquement du « retour au travail complet » (hors retour partiel). *** p<0,01; ** p<0,05; * p<0,1.

Tableau - Retour au travail après une visite préalable à la reprise de travail

(probabilité de retour au travail, 1 an après le début du trajet de réintégration, travailleurs salariés du secteur privé, 2017-2020)

	Retour au travail (complet ou partiel)	(écart-type)	Retour au travail complet	(écart-type)
Durée de l'incapacité de travail au début (référence: = > 24 mois)				
1-6 mois	0.219***	(0.0101)	0.476***	(0.00917)
7-12 mois	0.129***	(0.0107)	0.278***	(0.0101)
12-24 mois	0.0534***	(0.0122)	0.124***	(0.0116)
Sexe (référence: masculin)				
féminin	-0.00871***	(0.00330)	-0.0600***	(0.00448)
Âge (référence: < 30 ans)				
30 - 54 ans	0.0312***	(0.00475)	-0.0286***	(0.00600)
>= 55 ans	-0.0433***	(0.00579)	-0.119***	(0.00716)
Ouvrier/employé (référence: employé)				
Ouvrier	-0.0322***	(0.00344)	-0.0376***	(0.00465)
Région (référence: Flandre)				
Bruxelles	-0.0571***	(0.00847)	-0.0703***	(0.0111)
Wallonie	-0.0211***	(0.00325)	-0.0712***	(0.00447)
Niveau d'instruction (référence: très diplômés)				
Peu diplômés	-0.0454***	(0.00444)	-0.0713***	(0.00587)
Moyennement diplômés	-0.0134***	(0.00361)	-0.0261***	(0.00483)
Situation familiale (référence: couple avec enfants)				
Couple sans enfant	-0.0235***	(0.00348)	-0.0352***	(0.00475)
Famille monoparentale	-0.0369***	(0.00479)	-0.0599***	(0.00633)
Personne isolée	-0.0453***	(0.00432)	-0.0660***	(0.00573)
Taille de l'entreprise (référence: 10-49 travailleurs)				
< 10 travailleurs	-0.0577***	(0.00995)	-0.0586***	(0.0121)
50-199 travailleurs	0.0284***	(0.00585)	0.0173**	(0.00757)
>= 200 travailleurs	0.0572***	(0.00525)	0.0447***	(0.00674)
Maladie (référence: autres)				
Autres troubles de santé				
psychique	-0.0934***	(0.0117)	-0.00753	(0.0123)
Burn-out	-0.0145*	(0.00810)	0.0665***	(0.00913)
Dépression	-0.0824***	(0.00873)	-0.0199**	(0.00938)
Troubles				
musculosquelettiques	-0.0293***	(0.00569)	0.000865	(0.00667)

Source: Calculs effectués par les auteurs sur la base des données BCSS.

Analyse multivariée montrant la différence de probabilité de retour au travail par rapport au groupe de référence (entre parenthèses) sur la base d'une régression probit. Les résultats représentent des « effets marginaux » pour une personne affichant des caractéristiques moyennes. Résultats en fonction de la maladie sur la base d'une régression distincte avec uniquement des personnes en incapacité de travail depuis au moins 7 mois. La première colonne indique la probabilité de tout retour au travail (y compris retour partiel); dans la troisième colonne, il s'agit uniquement du « retour au travail complet » (hors retour partiel). *** p<0,01; ** p<0,05; * p<0,1.

7 ANNEXE 2: LISTE DES COMMISSIONS PARITAIRES

Liste des commissions paritaires représentées au graphique 19

- 111 Commission paritaire des constructions métallique, mécanique et électrique
- 116 Commission paritaire de l'industrie chimique
- 118 Commission paritaire de l'industrie alimentaire
- 119 Commission paritaire du commerce alimentaire
- 121 Commission paritaire pour le nettoyage
- 124 Commission paritaire de la construction
- 140 Commission paritaire du transport et de la logistique
- 140.03 Sous-commission paritaire pour le transport routier et la logistique pour compte de tiers
- 145 Commission paritaire pour les entreprises horticoles
- 149.01 Sous-commission paritaire des électriciens: installation et distribution
- 200 Commission paritaire auxiliaire pour employés
- 201 Commission paritaire du commerce de détail indépendant
- 202 Commission paritaire pour les employés du commerce de détail alimentaire
- 207 Commission paritaire pour employés de l'industrie chimique
- 209 Commission paritaire pour employés des fabrications métalliques
- 220 Commission paritaire pour les employés de l'industrie alimentaire
- Commission paritaire pour les employés du commerce international, du transport et de la
- 226 logistique
- 302 Commission paritaire de l'industrie hôtelière
- 310 Commission paritaire pour les banques
- 311 Commission paritaire des grandes entreprises de vente au détail
- 317 Commission paritaire pour les services de gardiennage et/ou de surveillance
- Sous-commission paritaire pour les services des aides familiales et des aides seniors de la
- 318.02 Communauté flamande
- Sous-commission paritaire des établissements et services d'éducation et d'hébergement de la
- 319.01 Communauté flamande
- Sous-commission paritaire des établissements et services d'éducation et d'hébergement de la
- 319.02 Communauté française, de la Région wallonne et de la Communauté germanophone
- Commission paritaire pour le travail intérimaire et les entreprises agréées fournissant des
- 322 travaux ou services de proximité
- Sous-commission paritaire pour les entreprises agréées fournissant des travaux ou services de
- 322.01 proximité
- Sous-commission paritaire pour le secteur flamand des entreprises de travail adapté, des ateliers
- 327.01 sociaux et des "maatwerkbedrijven"
- 329.01 Sous-commission paritaire pour le secteur socio-culturel de la Communauté flamande
- Sous-commission paritaire pour le secteur socio-culturel de la Communauté française et
- 329.02 germanophone et de la Région wallonne
- 330.01.10 Sous-commission paritaire pour les hôpitaux privés et maisons de soins psychiatriques
- Sous-commission paritaire pour les maisons de repos, maisons de repos et de soins, résidences-
- 330.01.20 services, centres de soins de jour, centres de jour pour personnes âgées
- 330.04 Sous-commission paritaire pour les établissements et services de santé résiduaire
- Commission paritaire de prestation de services et de soutien aux entreprises et aux
- 335 indépendants
- 336 Commission paritaire pour les professions libérales
- 337 Commission paritaire auxiliaire pour le secteur non-marchand



LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGNES CONVENTIONNELS

Actiris	Service public régional bruxellois de l'emploi
ADG	Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft
BFP	Bureau fédéral du plan
BIT	Bureau international du travail
BNB	Banque nationale de Belgique
CCE	Conseil central de l'économie
CCI	Chômeur complet indemnisé
CE	Commission européenne
Cedefop	Centre européen pour le développement de la formation professionnelle
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et apatrides
CP	Commission paritaire
CPAS	Centre public d'aide sociale
CSE	Conseil Supérieur de l'Emploi
CT	Chômage temporaire
DE	Demandeurs d'emploi
DEI	Demandeurs d'emploi inoccupés
e	estimation
EFT	Enquête sur les forces de travail
EIBIS	European Investment Bank Investment Survey
ERMG	Economic Risk Management Group
et al	Et co-auteurs
EU	Union européenne/European Union
Federgon	Fédération des opérateurs privés du marché du travail et des prestataires de services RH
Forem	Office communautaire et régional de la formation professionnelle et de l'emploi
horeca	Hôtels, restaurants, cafés
ICN	Institut des comptes nationaux
INASTI	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
INPC	Indice national des prix à la consommation
ISCO	International Standard Classification of Occupations
NACE	Nomenclature d'activité de la Communauté européenne
n.d.	non disponible
NEET	Not in Education, Employment or Training
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ONEM	Office national de l'emploi
ONSS	Office national de sécurité sociale
PFI	Plan Formation Insertion
p.m.	pour mémoire
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petites et moyennes entreprises
pp	points de pourcentage
RCC	Régime de chômage avec complément d'entreprise
RMMMMG	Revenu minimum mensuel moyen garanti

SPE	Services publics de l'emploi
SPF	Service public fédéral
SPF ETCS	Service public fédéral - Emploi, travail et concertation sociale
Statbel	Office belge de statistique
STEM	Science, Technology, Engineering and Mathematics
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	Union Européenne
UNIA	Centre interfédéral pour l'égalité des chances
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
WG SIC-19	Working Group Social Impact Covid-19



PAYS

	<u>Indicatifs</u>	<u>Pays</u>	
UE	UE14	AT	Autriche
		BE	Belgique
		DE	Allemagne
		DK	Danemark
		ES	Espagne
		FI	Finlande
		FR	France
		GR	Grèce
		IE	Irlande
		IT	Italie
		LU	Luxembourg
		NL	Pays-Bas
		PT	Portugal
		SE	Suède
	UE13	BG	Bulgarie
		CY	Chypre
		CZ	République tchèque
		EE	Estonie
		HR	Croatie
		HU	Hongrie
		LT	Lituanie
		LV	Lettonie
		MT	Malte
		PL	Pologne
		RO	Roumanie
		SI	Slovénie
		SK	Slovaquie
			AU
	CA	Canada	
	CH	Suisse	
	IS	Islande	
	NO	Norvège	
	UK	Royaume-Uni	
	US	États-Unis	

RÉGIONS BELGES

BRU	Bruxelles
VLA	Flandre
WAL	Wallonie

PROVINCES BELGES

ANV	Anvers
FL OCC	Flandre Occidentale
FL OR	Flandre Orientale
B-FL	Brabant Flamand
LIMB	Limbourg
LG	Liège
HAIN	Hainaut
B-W	Brabant Wallon
NAM	Namur
LUX	Luxembourg

