



Tomber, se relever et reprendre
pied sur le marché du travail
L'activation des personnes en
incapacité de longue durée en chiffres

Rapport final | 20/01/2022

Étude réalisée pour le compte de Federgon

Auteurs :

An De Coen
Emma De Rouck
Daphné Valsamis

rue Joseph II 40 bte 1
1000 Bruxelles

Tél. : +32 2 282 17 10
info@ideaconsult.be

www.ideaconsult.be

IDEA 
CONSULT *thinking ahead*

member of
IDEA GROUP



Sommaire

1 /	Introduction	4
2 /	L'incapacité de travail en Belgique en chiffres	6
2.1.	L'évolution du groupe des personnes en incapacité en Belgique	7
2.2.	Les caractéristiques du profil des personnes en incapacité de longue durée en Belgique	12
2.3.	Les caractéristiques de l'incapacité de longue durée en Belgique	17
2.4.	L'incapacité de travail de longue durée vue dans une perspective européenne	22
3 /	Le coût non médical de l'incapacité de longue durée	25
3.1.	Les coûts non médicaux directs de l'incapacité de travail de longue durée	27
3.2.	Les coûts non médicaux indirects de l'incapacité de travail de longue durée	29
3.3.	Le coût non médical total de l'incapacité de travail de longue durée	30
4 /	Les mesures d'activation pour les personnes en incapacité de longue durée en Belgique	32
4.1.	Le cadre fédéral pour la réintégration des personnes en incapacité de longue durée	32
4.2.	Le cadre régional pour la réintégration des personnes en incapacité de longue durée : un focus sur la politique flamande	37
5 /	Les mesures d'activation pour les personnes en incapacité en Europe	41
5.1.	La politique des pays européens en matière d'activation des personnes en incapacité de longue durée	41
5.2.	La politique d'activation en faveur des personnes en incapacité de longue durée dans quelques pays présentant des exemples inspirants	43
6 /	Conclusions et recommandations	50
6.1.	Conclusions – Que nous apprend l'analyse ?	50
6.2.	Neuf recommandations pour une activation durable des malades de longue durée	53
B.1 /	Annexe 1 : Bibliographie	60
B.2 /	Annexe 2 : Tableaux et figures complémentaires	61
B.3 /	Annexe 3 : Paramètres et calculs des coûts indirects	65

B.4 / Annexe 4 : Étapes du trajet de réintégration des travailleurs	66
B.5 / Annexe 5 : Actions prévues dans le Plan d'action flamand pour la réintégration des travailleurs malades	68



1 / Introduction

De plus en plus de personnes en incapacité de travail

Depuis 2019, la Belgique compte davantage de personnes en incapacité de longue durée que de chômeurs, et le nombre de personnes en incapacité de longue durée/en invalidité¹ continue à augmenter d'année en année, selon les chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). À la fin 2021, la proportion devrait être d'un malade de longue durée pour dix actifs en Belgique, et le cap des 500 000 malades de longue durée devrait être atteint². Et la crise du Covid va encore renforcer cette tendance. Il est frappant de constater que les ouvriers et les femmes sont surreprésentés dans le groupe des personnes en incapacité et que le risque d'être en incapacité augmente avec l'âge.

L'activation des personnes en incapacité reste problématique

Plus la période d'incapacité est longue, plus les chances de réintégration sur le marché du travail sont faibles³. Différents facteurs expliquent pourquoi l'activation de ce groupe cible n'est pas évidente : certains ne sont pas prêts pour un retour au travail en raison de problèmes de santé ; le groupe cible est très hétérogène, ce qui nécessite un accompagnement sur mesure ; le nombre de places disponibles dans les trajets proposés par les services d'accompagnement spécialisés est limité, etc.⁴ En 2020, par exemple, le VDAB prévoyait 5 000 trajets d'accompagnement en Flandre, soit un nombre nettement insuffisant au regard de la taille du groupe cible. Et en dépit de ce nombre limité par rapport au nombre de personnes en incapacité, une partie de ces trajets sont restés inutilisés, ce qui indique qu'il n'est pas facile d'atteindre le groupe cible. Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires pour pouvoir fournir l'accompagnement nécessaire aux personnes en incapacité qui sont prêtes à entamer un processus de réintégration.

Nécessité d'une analyse plus poussée de la thématique et du coût total de l'incapacité de travail

L'augmentation constante du nombre de personnes en incapacité pèse lourdement sur la sécurité sociale. Il est donc important de bien analyser ce groupe et de cerner les facteurs sous-jacents qui expliquent cette augmentation. En outre, nous n'avons pas actuellement une idée précise du coût total, c'est-à-dire de l'ensemble des coûts directs et indirects, que représente le groupe des personnes en incapacité pour les finances publiques. Pourtant, il est très important de connaître ce coût total, car cela

¹ *Note du traducteur* : le terme « invalidité » (ou « invalide ») est un terme légal dans notre système belge. Il ne doit nullement être vu comme un terme stigmatisant ou référant à une situation définitive. L'invalidité est simplement une incapacité de travail qui se prolonge au-delà d'un an (voir ci-dessous chapitre 2). Nous utiliserons régulièrement ce terme dans la présente étude, en lieu et place de « incapacité (de travail) de longue durée » pour éviter d'alourdir le texte.

² Source : analyse de François Perl, directeur général du service Indemnités de l'INAMI, et de Lode Godderis, professeur de médecine du travail (KU Leuven) et CEO du Service externe pour la prévention et la protection au travail IDEWE, in De Standaard (Andries, S. (2021, 29 janvier), 'België is op weg naar half miljoen langdurig zieken').

³ Godderis, L. (2019). Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk? Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk, 29(1), 87-92. Steunpunt Werk / Uitgeverij Acco.

⁴ Cf. De Coen, A., Goffin, K., Carpentier, M., Valsamis, D. & Van der Beken, W. (2021). 'Re-integratie van langdurig zieken via uitzendwerk'. Een studie van IDEA Consult in opdracht van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).

permet du même coup de connaître le gain que représente le retour au travail de personnes en incapacité pour le budget de l'État. Le budget ainsi libéré peut être utilisé pour soutenir le processus d'activation, par exemple en investissant dans l'accompagnement, l'encadrement, la formation, etc. Des pratiques qui ont fait leurs preuves à l'étranger peuvent nous inspirer utilement en la matière.

Les objectifs centraux de cette étude : analyser en détail la thématique de l'incapacité de travail et calculer son coût

La présente étude a pour objectif d'analyser en détail la thématique de l'incapacité de travail et de calculer son coût. Cette analyse met l'accent sur l'aspect réintégration. Les résultats déboucheront sur des conclusions et des recommandations concrètes, alimentées notamment par des exemples inspirants en provenance de l'étranger. Bien que la prévention de l'incapacité de travail de longue durée soit également une question importante, elle ne sera pas abordée ici.

Le présent rapport est donc structuré comme suit :

- ▶ **L'incapacité de travail en chiffres** : au chapitre 2, nous présentons l'évolution de l'incapacité de travail en Belgique depuis 2008, le profil des personnes en incapacité et les caractéristiques de l'incapacité de travail. Nous comparons également l'ampleur du problème en Belgique par rapport à d'autres pays européens.
- ▶ **Le coût de l'incapacité de travail de longue durée** : au chapitre 3, nous calculons le coût total de l'incapacité de travail de longue durée en Belgique, en tenant compte à la fois des coûts directs et indirects pour les finances publiques.
- ▶ **Les mesures d'activation pour les personnes en incapacité en Belgique** : au chapitre 4, nous décrivons et analysons les mesures d'activation qui existent actuellement en Belgique pour les personnes en incapacité. Nous nous penchons sur le niveau fédéral et le niveau régional, en mettant l'accent sur la politique de la Région flamande.
- ▶ **Les mesures d'activation pour les personnes en incapacité en Europe** : au chapitre 5, nous analysons la politique européenne d'activation des personnes en incapacité dans une perspective générale, et faisons ensuite un gros plan sur une sélection de pratiques intéressantes.
- ▶ **Conclusions et recommandations** : au chapitre 6, nous résumons les principales conclusions de l'étude et identifions un certain nombre de recommandations.





2 / L'incapacité de travail en Belgique en chiffres

Ce chapitre présente une analyse de l'incapacité de travail en Belgique sur la base des chiffres disponibles. L'incapacité de travail désigne la situation où des travailleurs salariés, des chômeurs ou des indépendants ne peuvent plus travailler en raison d'une maladie ou d'un accident et où ils ont droit à une indemnité d'incapacité⁵. Le groupe des personnes en incapacité peut être scindé en deux sous-groupes en fonction de la durée de l'incapacité de travail :

- ▶ **Incapacité de travail primaire** : la personne est en incapacité de travail depuis moins d'un an, mais la période couverte par le « salaire garanti » est terminée.
- ▶ **Invalidité ou incapacité de travail de longue durée** : lorsque la personne est en incapacité de travail depuis plus d'un an⁶.

Qu'elles appartiennent à la catégorie des salariés, des chômeurs ou des indépendants au sein du groupe des personnes en incapacité, les personnes en incapacité font partie du groupe des « inactifs » (voir également les définitions ci-dessous).

- ▶ **Actif occupé** : une personne est active occupée si elle a effectué un travail pendant au moins une heure au cours de la semaine de référence (semaine au cours de laquelle les chiffres sont mesurés). Il peut s'agir de salariés, d'indépendants, d'aidants, d'étudiants jobistes, etc. Les personnes qui n'étaient temporairement pas au travail pour cause de vacances, congé de maladie, petit chômage, congé sans solde, congé de maternité, congé parental, conflit social, intempéries ou pour une autre raison et qui avaient un lien formel avec leur emploi, sont compatibles parmi les actifs occupés.
- ▶ **Chômeur** : les chômeurs (selon la définition du BIT) sont des personnes qui n'ont pas d'emploi en tant que salarié ou indépendant au cours de la semaine de référence, mais qui sont disponibles pour travailler dans un délai de deux semaines et qui ont recherché activement un emploi au cours des quatre semaines qui précèdent.
- ▶ **Inactif** : la population inactive comprend par conséquent toutes les personnes qui n'ont pas d'emploi et qui ne sont pas non plus au chômage (selon les définitions du BIT).

Source : Vansteenkiste, Sourbron, Scholiers et al., 2019

Dans les différentes parties de ce chapitre, nous allons d'abord étudier l'évolution des deux sous-groupes de personnes en incapacité de travail en Belgique et les causes sous-jacentes de cette évolution. Ensuite, nous nous pencherons plus spécifiquement sur le groupe des personnes en incapacité de longue durée/invalidité en analysant un certain nombre de caractéristiques de ce groupe ainsi que les caractéristiques de l'incapacité de travail de longue durée. Enfin, nous comparerons la taille du groupe des personnes en incapacité de longue durée en Belgique par rapport à d'autres pays européens.

⁵ Les travailleurs salariés ont droit à une indemnité d'incapacité après une période de maladie de 30 jours (période du salaire garanti), les indépendants après 8 jours et les demandeurs d'emploi après le premier jour.

⁶ Cf. supra note 1.

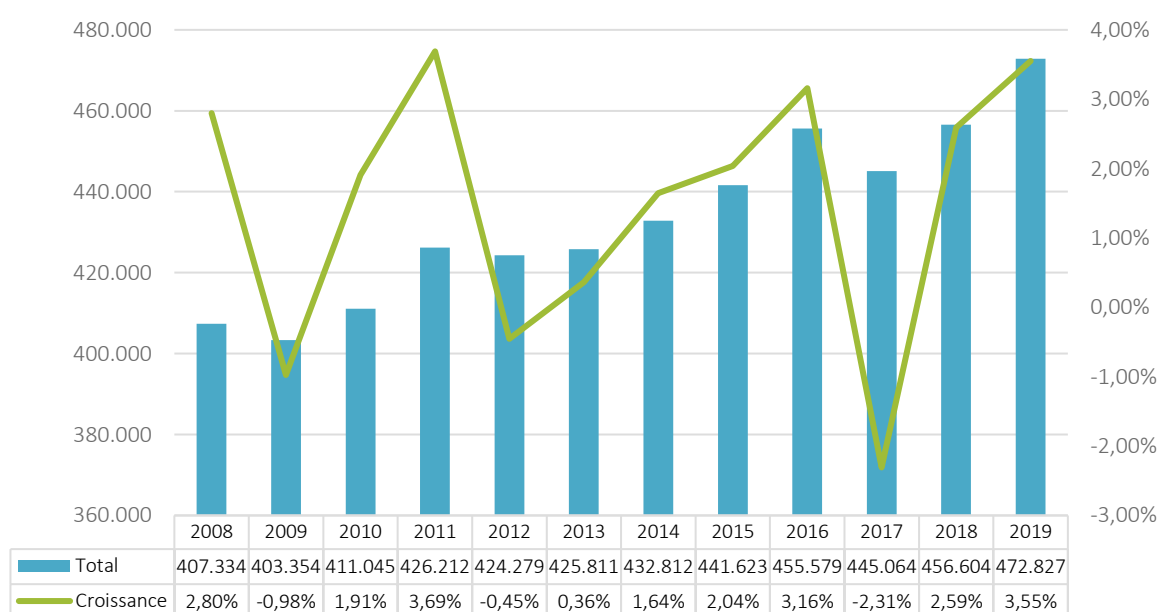
2.1. L'évolution du groupe des personnes en incapacité en Belgique

Dans cette section, nous décrivons l'évolution de l'incapacité primaire de travail et de l'invalidité (ou incapacité de travail de longue durée) en Belgique depuis 2008. Nous allons voir que l'incapacité de travail de longue durée surtout a fortement augmenté. Nous comparons également l'évolution du nombre de personnes en incapacité de longue durée en Belgique avec le nombre de chômeurs et observons que depuis 2016, le nombre de personnes en incapacité de longue durée en Belgique est supérieur au nombre de chômeurs. Ensuite, nous analysons les causes possibles de l'augmentation du nombre de personnes en invalidité en nous basant sur les données disponibles et la littérature.

Augmentation régulière du nombre de personnes en incapacité primaire depuis 2008

La figure 1 rend compte de l'évolution du nombre de cas de salariés, de chômeurs et d'indépendants en incapacité de travail primaire en Belgique entre 2008 et 2019. Les chiffres portent toujours sur la situation au 31 décembre et comptabilisent le nombre de cas cumulés pour l'année en question. À la fin de 2019, on recensait au total 472 827 personnes en incapacité depuis moins d'un an en Belgique. Ce chiffre fluctue d'une année à l'autre, mais il augmente progressivement depuis 2008. En effet, ce groupe a enregistré une hausse de 16 % au total depuis 2008, soit une augmentation d'environ 70 000 personnes en 10 ans.

Figure 1. Évolution du nombre de cas de salariés, de chômeurs et d'indépendants en incapacité de travail primaire en Belgique entre 2008 et 2019, au 31 décembre de l'année considérée⁷

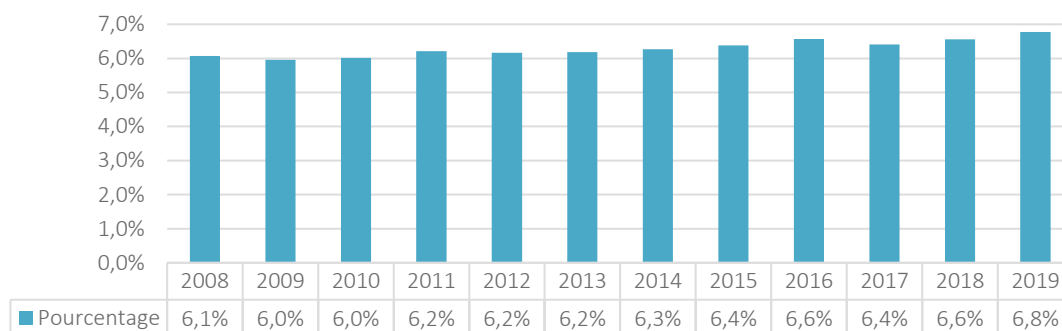


Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

⁷ Une période d'incapacité de travail primaire peut varier de quelques jours à un an. Un bénéficiaire peut donc avoir plusieurs périodes d'incapacité primaire dans la même année ; si l'intervalle entre deux périodes d'incapacité primaire est supérieur ou égal à 14 jours, elles sont considérées comme deux périodes différentes. Il est donc possible qu'un bénéficiaire soit comptabilisé plus d'une fois au cours de la même année.

La figure 2 montre qu'une grande partie de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail primaire peut s'expliquer par l'accroissement de la population en âge de travailler. Ainsi, au cours de la période 2008-2019 en Belgique, le pourcentage de personnes en incapacité de travail primaire par rapport à la population en âge de travailler est passé de « seulement » 6,1 % en 2008 à 6,8 % en 2019.

Figure 2. Évolution du pourcentage de cas de salariés, de chômeurs et d'indépendants en incapacité de travail primaire en Belgique entre 2008 et 2019, au 31 décembre de l'année considérée (en pourcentage de la population des 18-64 ans)

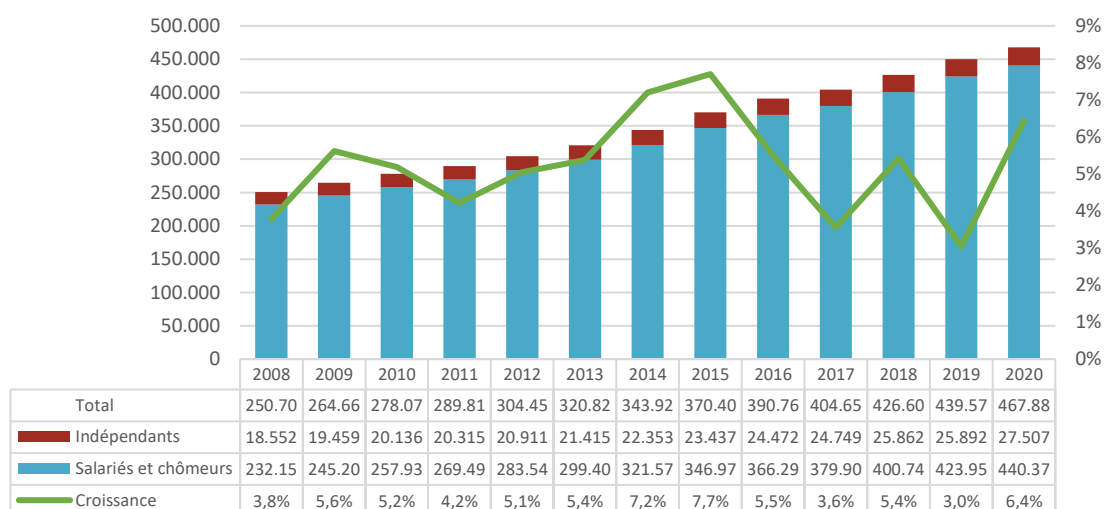


Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et de Statbel

Quasi-doublement du groupe des personnes en invalidité au cours de ces 12 dernières années

La figure 3 montre l'évolution du nombre de salariés, de chômeurs et d'indépendants en *invalidité* (i.e. les personnes en incapacité de plus d'un an) en Belgique entre 2008 et 2020. La figure ici indique non pas le nombre cumulé, mais à chaque fois le nombre de cas d'invalidité à la fin de l'année. Le nombre de personnes en invalidité est élevé, avec 467 884 personnes en décembre 2020. En outre, le groupe a connu une forte croissance au cours de cette période. En témoignent les taux de croissance annuels, qui sont toujours supérieurs à 3 % depuis 2008 et ont même atteint 7,7 % en 2015. Au total, le nombre de personnes en invalidité a augmenté de pas moins de 217 179 unités au cours de la période 2008-2020, ce qui correspond à une hausse de 87 %.

Figure 3. Évolution du nombre de salariés, d'indépendants et de chômeurs en incapacité de travail de longue durée (invalidité) entre 2008 et 2019 en Belgique

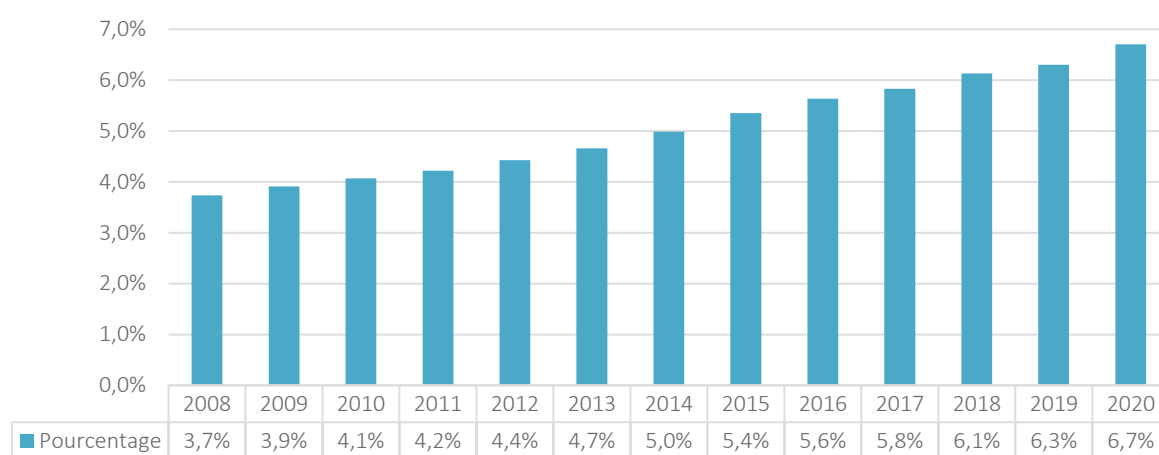


Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Contrairement à ce que nous avons observé pour le groupe des personnes en incapacité primaire, l'augmentation de la population en âge de travailler n'explique que dans une mesure très limitée la forte hausse du nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée. La figure 5 montre l'évolution du [pourcentage de personnes en incapacité de longue durée entre 2008 et 2020 par rapport à la population en âge de travailler](#). Cette figure montre qu'entre 2008 et 2020, le nombre de personnes en invalidité a augmenté près de deux fois plus vite que la population en âge de travailler. En effet, à la fin de 2020, le pourcentage de personnes en invalidité s'élève à pas moins de 6,7 %, alors qu'il était de 3,7 % en 2008. Si l'on examine le ratio par rapport au nombre d'actifs occupés, cela donne 1 personne en incapacité de longue durée pour 11 actifs occupés en 2020, contre 1 personne en incapacité de longue durée pour 17 actifs occupés en 2012 (voir tableau en annexe).

Cette forte augmentation du pourcentage de personnes en incapacité de longue durée par rapport à la population en âge de travailler contraste donc avec le pourcentage de personnes en incapacité primaire par rapport à la population en âge de travailler, qui est, lui, resté relativement stable au cours de cette période.

Figure 4. Évolution du pourcentage de salariés, d'indépendants et de chômeurs en incapacité de travail de longue durée (invalidité) entre 2008 et 2019 en Belgique par rapport à la population des 18-64 ans

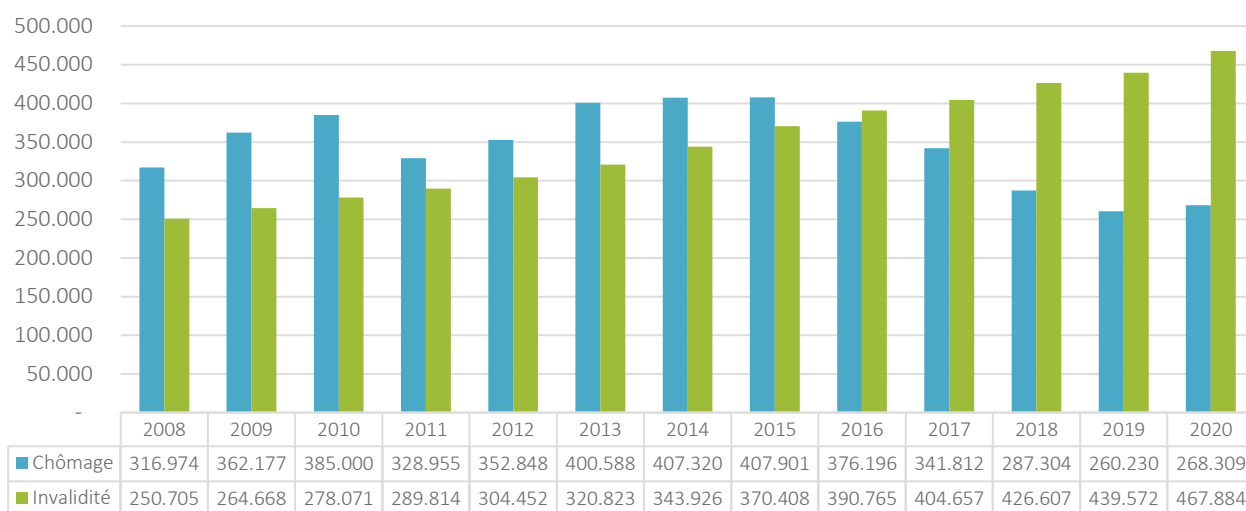


Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et de Statbel

[Depuis 2016, le nombre de personnes en incapacité de longue durée en Belgique est supérieur au nombre de chômeurs](#)

La figure ci-dessous montre l'[évolution du nombre de personnes en incapacité de longue durée \(invalidité\)](#) entre 2008 et 2020 en Belgique, et la compare à l'[évolution du nombre de chômeurs](#), afin de mettre en évidence le volume du groupe des personnes en incapacité de longue durée. On entend ici par 'chômeurs' les personnes qui recherchent activement un emploi et sont immédiatement employables, et qui sont donc comptabilisées comme faisant partie de la population active. Toutefois, il est important de noter que les chiffres du chômage fluctuent en fonction de la conjoncture économique, alors que le nombre de personnes en incapacité de longue durée augmente d'année en année.

Figure 5. Évolution du nombre de personnes en incapacité de longue durée (invalidité) et de chômeurs entre 2008 et 2020 en Belgique



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et du Steunpunt WSE

La figure ci-dessus montre qu'à partir de 2016, le nombre de personnes en invalidité dépasse le nombre de chômeurs. Alors que le nombre de chômeurs ne cesse de diminuer depuis 2014, affichant -34,1 % entre 2014 et 2020, le nombre de personnes en invalidité a augmenté de 36 % sur cette période. En 2020, le nombre de personnes en invalidité était même supérieur de 74,4 % au nombre de chômeurs. Cela signifie que pour chaque personne en invalidité, il y avait 1,26 chômeur en 2008 et seulement 0,57 chômeur en 2020 (voir tableau en annexe).

Le vieillissement démographique et l'augmentation du taux d'emploi sont les principaux facteurs expliquant la hausse du nombre de personnes en incapacité de longue durée

Selon divers experts, la forte augmentation du nombre de travailleurs en incapacité de longue durée s'explique par divers facteurs liés à l'évolution de la société et du travail et aux politiques adoptées, ainsi que par des facteurs personnels :

- **Le vieillissement démographique** : tout comme d'autres pays européens, la Belgique se caractérise par une forte augmentation de la population âgée, conjuguée à une contraction de la population jeune au cours de ces 20 dernières années. La hausse du nombre de personnes âgées s'explique par une arrivée croissante de « baby-boomers » dans les tranches d'âge supérieures et par l'augmentation de l'espérance de vie moyenne. La diminution de la population dans les tranches d'âge jeunes est due, quant à elle, à la dénatalité enregistrée au cours des dernières décennies. La fréquence des maladies et des accidents ayant tendance à augmenter avec l'âge, la hausse du nombre de personnes âgées va de pair avec une augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail.
- **L'âge de la pension pour les femmes** a été progressivement relevé et est égal à celui des hommes depuis 2009. De ce fait, les femmes sont actives sur le marché du travail cinq années de plus, et la période de couverture par l'assurance maladie-invalidité est également allongée de cinq ans pour elles. Cela peut se traduire par davantage d'entrées en invalidité et, pour les femmes dans cette situation, par des périodes d'invalidité plus longues.

- **L'augmentation du taux d'emploi des femmes sur le marché du travail** : ces dernières années, le taux d'emploi⁸ des femmes a connu une forte progression. C'est surtout dans les tranches d'âge supérieures que cette progression a été très forte (nettement plus que pour les hommes), ce qui s'explique, entre autres, par le relèvement de l'âge de la pension dont nous venons de parler. En outre, la société évolue de plus en plus vers le modèle du ménage à deux revenus où tant l'homme que la femme participent à la vie professionnelle. Par conséquent, le nombre de bénéficiaires (potentiels) d'indemnités d'incapacité a également augmenté.
- **Nouvelles pathologies** : le nombre de personnes en incapacité de longue durée souffrant de troubles mentaux et comportementaux et de maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif est en forte augmentation (cf. infra). L'accroissement de l'intensité du travail (exigences en termes de cadences, de délais, exigences émotionnelles, ...), paramètre pour lequel la Belgique n'est pas bien placée dans le classement européen selon les enquêtes d'Eurofound, est également cité comme une cause possible de l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail. De plus en plus d'analyses mettent en évidence la corrélation entre l'incapacité de travail, d'une part, et le stress, les conditions de travail et le manque d'intérêt pour le travail, d'autre part.
- **Politique active du marché du travail** : ces dernières années, les autorités publiques ont intensifié leurs efforts en matière de politique active du marché du travail dans le but de favoriser une hausse du taux d'emploi. Par exemple, les conditions d'accès au « régime de chômage avec complément d'entreprise » (RCC, l'ancienne prépension) ont été durcies, ce qui a amené à déployer des efforts spécifiques pour activer les travailleurs âgés. Les sorties du marché du travail par le biais de la pension anticipée et du chômage ayant été rendues plus difficiles, il se peut qu'un certain nombre de personnes se retrouvent en situation d'incapacité parce qu'elles ne recherchent pas (ne peuvent pas rechercher) activement un emploi.

Un article de la Banque nationale de Belgique (BNB) (Saks, 2017) a analysé la **contribution des différents facteurs mentionnés ci-dessus** à la croissance de l'effectif des personnes en invalidité en Belgique. Cette analyse montre que le vieillissement démographique et la hausse du taux d'emploi expliquent environ 90 % de l'augmentation de l'invalidité du côté des hommes et environ 80 % du côté des femmes. La BNB conclut donc que seule une proportion limitée de l'augmentation du nombre de personnes en invalidité est attribuable à d'autres facteurs.

⁸ Le pourcentage que représente la population en emploi (à temps plein ou à temps partiel) par rapport à la population de 15 à 64 ans (<https://emploi.belgique.be/fr/themes/emploi-et-marche-du-travail/marche-du-travail>).



2.2. Les caractéristiques du profil des personnes en incapacité de longue durée en Belgique

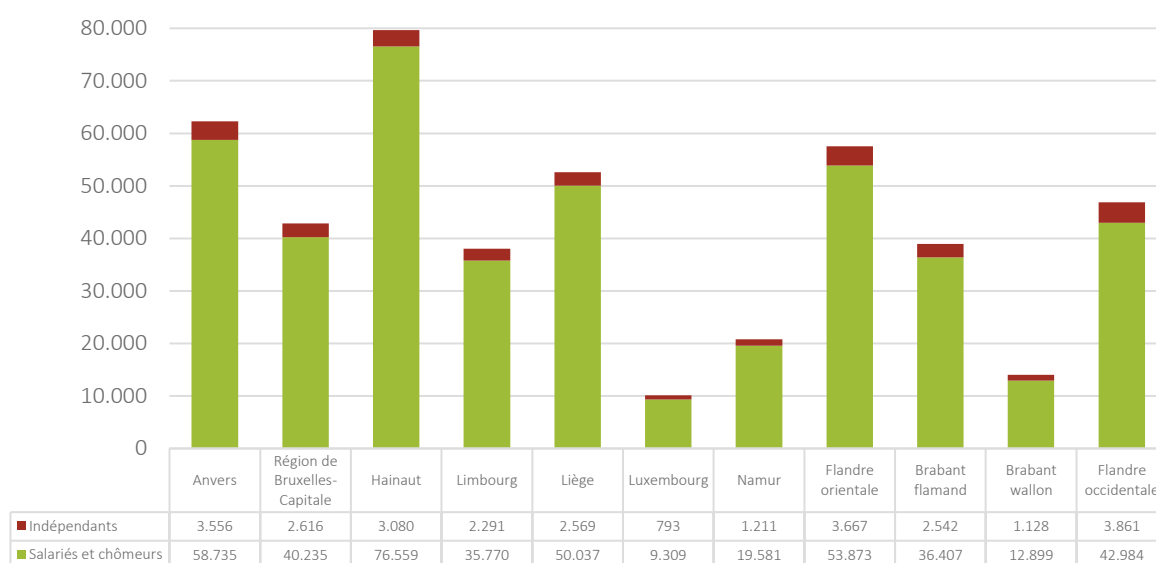
Dans la suite de ce rapport, nous allons nous concentrer surtout sur le groupe des personnes en incapacité de longue durée (qui sont en incapacité depuis plus d'un an, c'est-à-dire en situation d'« invalidité »). Dans cette section, nous allons analyser les [caractéristiques du profil](#) de ce groupe. Nous étudierons successivement les caractéristiques suivantes :

- ▶ Le lieu de résidence (par province)
- ▶ Le statut sur le marché du travail : travailleurs salariés ou chômeurs vs travailleurs indépendants
- ▶ Le statut : employés vs ouvriers
- ▶ Le genre
- ▶ L'âge

Les personnes en incapacité de longue durée sont surreprésentées dans le Hainaut

La répartition du nombre de personnes en incapacité de longue durée montre des [disparités géographiques](#). En chiffres absolus, la province qui compte le plus grand nombre de personnes en incapacité de longue durée en 2021 est le Hainaut (16,9 % du total). La province d'Anvers (13,2 %) arrive en deuxième position, et la Flandre orientale (12,2 %) complète le top 3.

Figure 6. Nombre de salariés/chômeurs et d'indépendants en invalidité au 30 juin 2021, par province



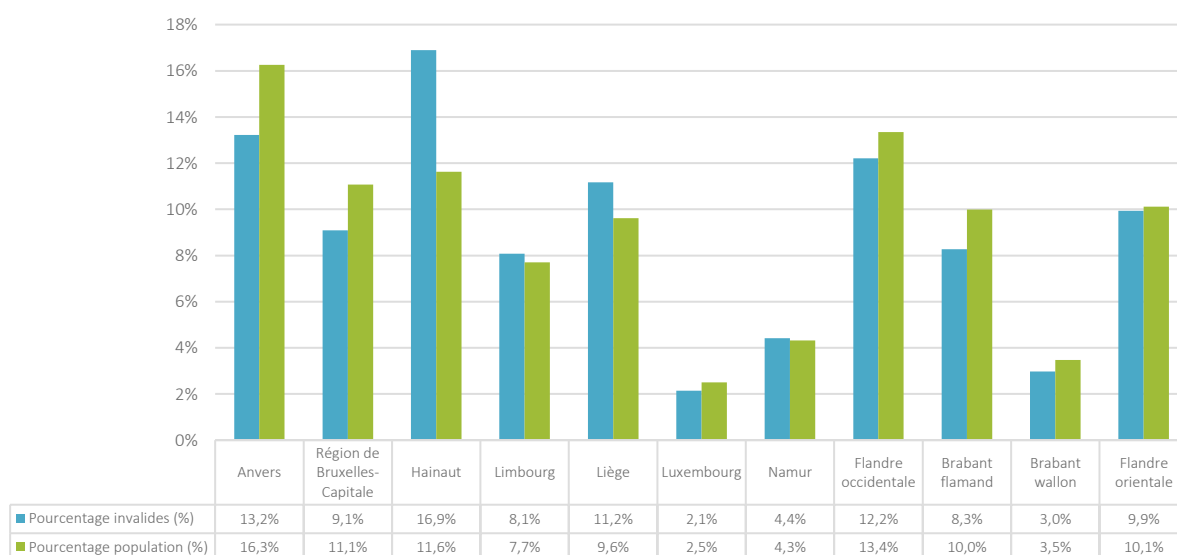
Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Cependant, il est intéressant de comparer le pourcentage de personnes en incapacité de longue durée par province avec le pourcentage de la population totale en âge de travailler résidant dans la province considérée (voir figure 7). Ceci permet en effet de voir dans quelles provinces il y a davantage de personnes en incapacité de longue durée qu'attendu en fonction de l'importance de la population.

La figure ci-dessous montre clairement qu'il y a trois provinces où la proportion de personnes en invalidité est supérieure à la proportion de personnes en âge de travailler dans la population : le Hainaut, Liège et le Limbourg. L'écart est particulièrement marqué dans le Hainaut : 11,6 % de la population en âge de travailler y réside alors que le pourcentage de personnes en invalidité dans cette province est de

16,9 %. Dans le Hainaut, la proportion de personnes en invalidité est donc supérieure de pas moins de 5 points de pourcentage à la proportion de la population en âge de travailler dans la population totale de la province. Dans la province d'Anvers, en revanche, la proportion de personnes en invalidité n'est que de 13,2%, alors que 16,3% de la population en âge de travailler y réside. À Anvers, la part des personnes en incapacité de longue durée est donc inférieure à ce que la part de la population en âge de travailler qui réside dans la province pourrait laisser présager.

Figure 7. Ventilation des personnes en invalidité et des personnes en âge de travailler (20 à 65 ans) par province au 30 juin 2021



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Les travailleurs indépendants sont proportionnellement moins représentés dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée en Belgique

Au sein du groupe des personnes en incapacité de longue durée, l'INAMI fait une distinction entre les **travailleurs indépendants** d'une part, et les **chômeurs et les travailleurs salariés** (régime général) d'autre part. Le tableau ci-dessous montre qu'à la mi-2021, la grande majorité, à savoir 94,1 %, des personnes en incapacité de longue durée étaient des travailleurs salariés et des chômeurs, et une minorité, soit 5,9 %, étaient des indépendants et des conjoints aidants.

Tableau 1. Ventilation des personnes en incapacité de longue durée et de la population totale selon le statut sur le marché du travail au 30 juin 2021

Statut sur le marché du travail	Personnes en incapacité de longue durée ('invalides')		Population totale des salariés, chômeurs et indépendants	
	Nombre	Proportion (%)	Nombre	Proportion (%)
Salariés et chômeurs	443 549	94,1%	4 040 698	77,4%
Indépendants	27 688	5,9%	1 182 747	22,6%

Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI – Salariés et chômeurs : données du Steunpunt Werk.

Indépendants : données du SPF Economie

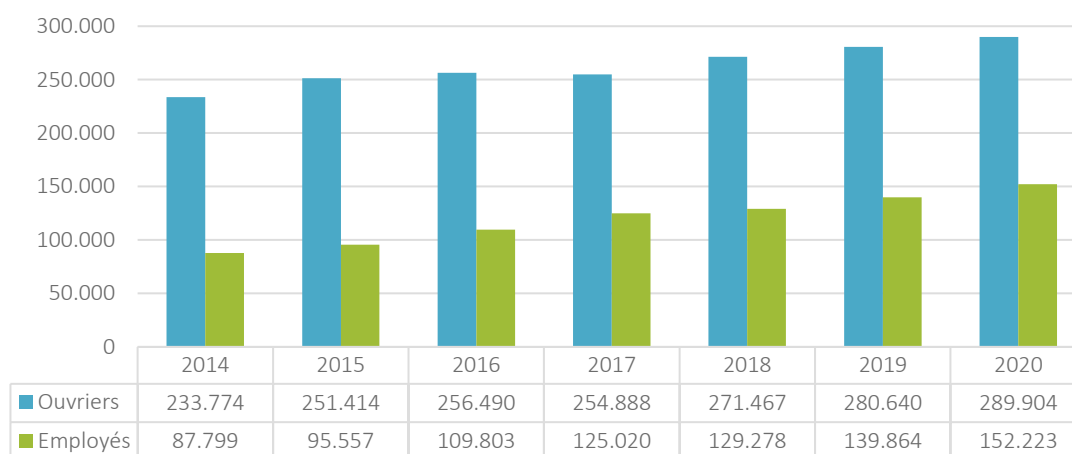
Il est toutefois intéressant de comparer la proportion de personnes en invalidité dans chaque statut ('salariés et chômeurs' ou 'indépendants') avec la proportion que représente chaque statut dans le groupe total des salariés, chômeurs et indépendants. À la fin 2020, la proportion de salariés et de chômeurs dans ce groupe était de 77,4 %, mais ce chiffre est donc bien inférieur à la proportion de

94,1 % de salariés et de chômeurs dans la population des personnes en invalidité. Pour les indépendants, c'est l'inverse : alors que les indépendants représentent 22,6 % de la population totale des salariés, chômeurs et indépendants, la proportion d'indépendants dans le total des personnes en invalidité n'était que de 5,9 % en 2020. Par rapport aux indépendants, la part de salariés et de chômeurs qui sont en incapacité de longue durée est donc proportionnellement plus importante en Belgique.

Les ouvriers sont fortement surreprésentés dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée en Belgique

La ventilation de la population des salariés et des chômeurs en incapacité de longue durée selon le statut (ouvrier ou employé) est présentée à la figure 8. Nous observons qu'il y a nettement plus d'ouvriers que d'employés en incapacité de travail de longue durée en 2020, puisque ces deux segments représentent respectivement 65,6 % et 34,4 % du total des salariés et des chômeurs en incapacité de longue durée. Toutefois, le nombre d'employés en incapacité de longue durée a augmenté plus fortement que le nombre d'ouvriers au cours de la période 2014-2020. En 2020, le nombre d'employés en incapacité de travail de longue durée affichait une hausse de 73,4 % par rapport à 2014, contre 24,0 % du côté des ouvriers sur la même période.

Figure 8. Évolution du nombre de salariés et de chômeurs en incapacité de longue durée selon le statut, 2014-2020



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Le tableau 2 compare la part des ouvriers et des employés en incapacité de longue durée avec leur part respective dans la population totale des travailleurs salariés. Les données montrent que les ouvriers ne représentent qu'un tiers du nombre total de travailleurs salariés, alors qu'ils représentent plus des deux tiers du nombre de travailleurs en incapacité de longue durée.

Tableau 2. Part des travailleurs en incapacité de longue durée et population totale des travailleurs salariés selon le statut en 2020

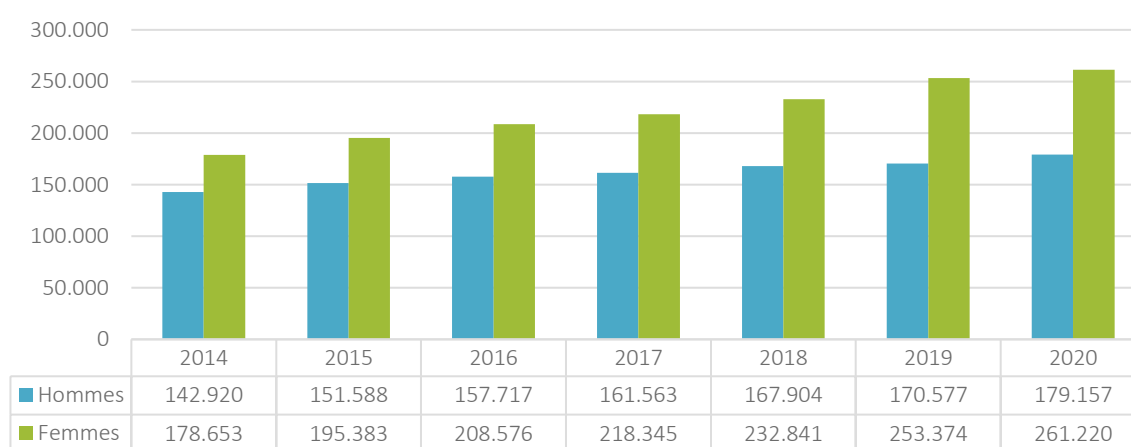
Statut	Travailleurs en incapacité de longue durée		Population totale des travailleurs salariés	
	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)
Ouvriers	289 904	65,6%	1 333 709	38,6%
Employés	152 223	34,4%	2 118 180	61,4%

Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et de l'ONSS

Les femmes sont surreprésentées dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée en Belgique

Outre le statut, le **genre** est également une caractéristique intéressante pour notre analyse du groupe des personnes en incapacité de longue durée (invalidité). La ventilation selon le genre montre que ce groupe compte plus de femmes que d'hommes. Ainsi, les femmes représentaient 59,3 % du nombre total de personnes en invalidité en 2020, contre 40,7 % pour les hommes. Le nombre de personnes en invalidité évolue également de manière différente en fonction du genre. En effet, le nombre de femmes en situation d'invalidité a augmenté de 46,2 % entre 2014 et 2020, tandis que dans le même temps, le nombre d'hommes en invalidité augmentait de 25,6 %. Selon l'INAMI, cette évolution peut s'expliquer par l'augmentation du taux d'emploi des femmes et le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes (cf. infra).

Figure 9. Évolution du nombre de salariés, de chômeurs et d'indépendants en incapacité de longue durée selon le genre, 2014-2020



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

En comparant la part des personnes en incapacité de longue durée selon le genre avec leur part dans la population en âge de travailler (voir tableau ci-dessous), nous constatons que les femmes sont clairement surreprésentées dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée : elles représentent 46,8 % de la population en âge de travailler, mais 59,3 % du nombre total de personnes en incapacité de longue durée. La figure 34 en annexe montre cependant que l'inverse est vrai pour les indépendants et que le nombre d'hommes en invalidité y est plus élevé. Cela s'explique par le fait que les hommes sont proportionnellement plus nombreux dans le groupe des travailleurs indépendants, avec une part de 64,9 % en 2020.

Tableau 3. Ventilation des personnes en incapacité de longue durée et de la population totale en âge de travailler selon le genre en 2020

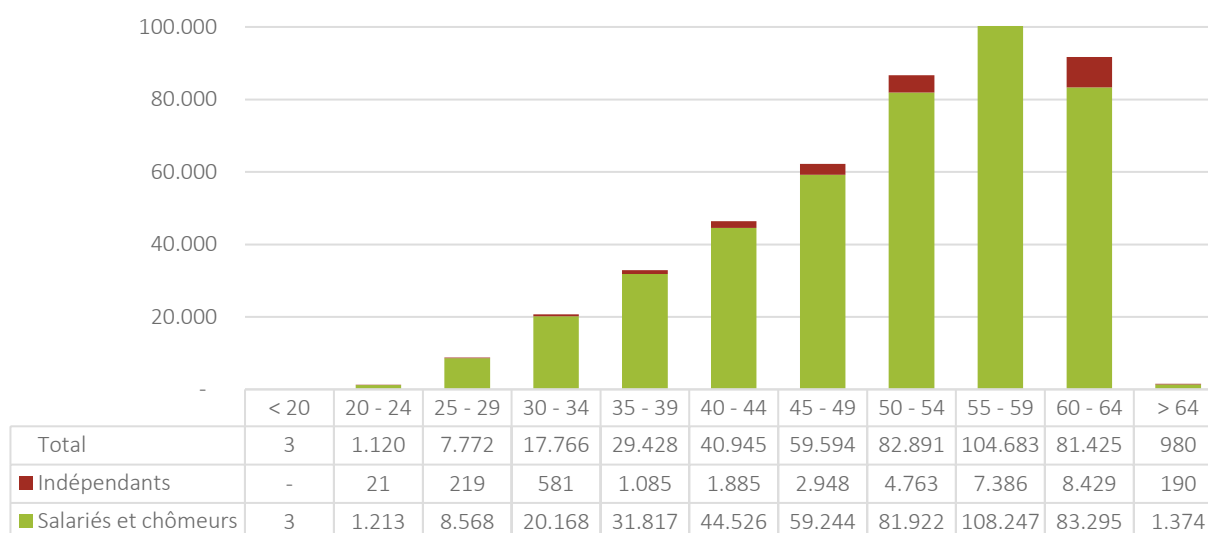
Travailleurs en incapacité de longue durée			Population totale en âge de travailler	
Genre	Nombre	Part (%)	Nombre	Part (%)
Femmes	261 220	59,3%	2 351 958	46,8%
Hommes	179 157	40,7 %	2 670 342	53,2%

Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et des données du Steunpunt Werk (Werkend, Werkloos, 'Totale bevolking naar geslacht, socio-economische positie en leeftijd in België en de gewesten')

Plus de personnes en incapacité de longue durée dans les tranches d'âge supérieures

Entre 25 et 60 ans, plus on monte dans les tranches d'âge, plus le nombre de personnes en incapacité de longue durée (invalidité) augmente (voir figure 10). Dans les tranches d'âge jusqu'à 25 ans, il n'y a pratiquement pas de personnes en incapacité de travail de longue durée. La tranche des 55-59 ans est celle qui compte le plus grand nombre de personnes en invalidité (104 683 personnes, soit 24,5 % du nombre total).

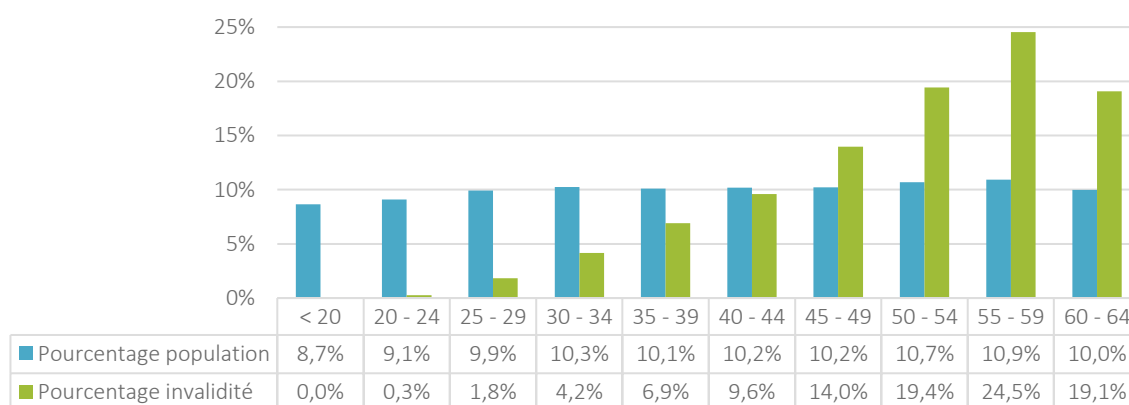
Figure 10. Nombre de travailleurs, de chômeurs et d'indépendants en incapacité de longue durée, par tranche d'âge (2020)



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

La figure ci-dessous compare la part des personnes en incapacité de longue durée par tranche d'âge avec la part de ces tranches d'âge dans la population en âge de travailler. Nous constatons que la part des 55-59 ans dans la population des personnes en incapacité de longue durée est plus de deux fois supérieure à la part des 55-59 ans dans la population totale en âge de travailler. En d'autres termes, pas moins de 1 personne sur 14 (7 %) dans cette tranche d'âge est en invalidité. Un des grands défis est donc d'activer les personnes en invalidité pendant les 5 à 10 dernières années de leur carrière.

Figure 11. Ventilation des personnes en incapacité de longue durée (invalidité) et de la population totale en âge de travailler par tranche d'âge en 2020



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et de Statbel

Il est également intéressant de noter que, contrairement à ce que l'on observe dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée, il existe une corrélation moins nette entre **l'âge et le nombre de personnes en incapacité primaire**. En outre, les différences entre les tranches d'âge sont moins marquées pour les incapacités primaires que pour les incapacités de longue durée (voir la figure relative à la ventilation des personnes en incapacité primaire par tranche d'âge en annexe).

2.3. Les caractéristiques de l'incapacité de longue durée en Belgique

Dans la section précédente, nous avons étudié le profil des personnes en incapacité de longue durée. Nous allons maintenant nous concentrer sur les caractéristiques de l'incapacité de travail de longue durée en examinant successivement :

- ▶ Les groupes de pathologies des personnes en incapacité de longue durée
- ▶ La durée de l'incapacité de travail de longue durée
- ▶ La sortie de l'incapacité de longue durée

Plus d'un tiers des personnes en incapacité de longue durée souffrent de troubles mentaux

La ventilation des personnes en incapacité de longue durée selon le **groupe de maladies** fournit des informations importantes sur l'hétérogénéité du groupe cible. Le tableau ci-dessous, qui est basé sur les derniers chiffres disponibles de l'INAMI (2020), montre que les troubles mentaux sont le type de pathologie le plus fréquent parmi les personnes en incapacité de longue durée (36,1 % en 2020). Ce groupe comprend par exemple des personnes atteintes de démence, de troubles anxieux et comportementaux, de dépression et de burn-out. Le groupe des "maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif" est également important et représente environ un tiers du nombre total de personnes en incapacité de longue durée (31,8 % en 2020). Ces personnes souffrent par exemple d'arthrite rhumatoïde, d'arthrose, de douleurs cervicales et dorsales ou d'ostéoporose. Le troisième groupe, celui des maladies du système nerveux et des organes sensoriels, est nettement moins important (5,6 % en 2020) et se compose de personnes atteintes d'épilepsie, de migraine ou de la maladie de Parkinson. En outre, il existe de nombreux autres groupes de maladies dont l'occurrence est moins fréquente⁹. Les chiffres absolus dans tous ces groupes de maladies ont augmenté.

Tableau 4. Les 5 groupes de maladies les plus fréquents chez les personnes en incapacité de longue durée, en % du nombre de personnes en incapacité de longue durée (2015-2020)

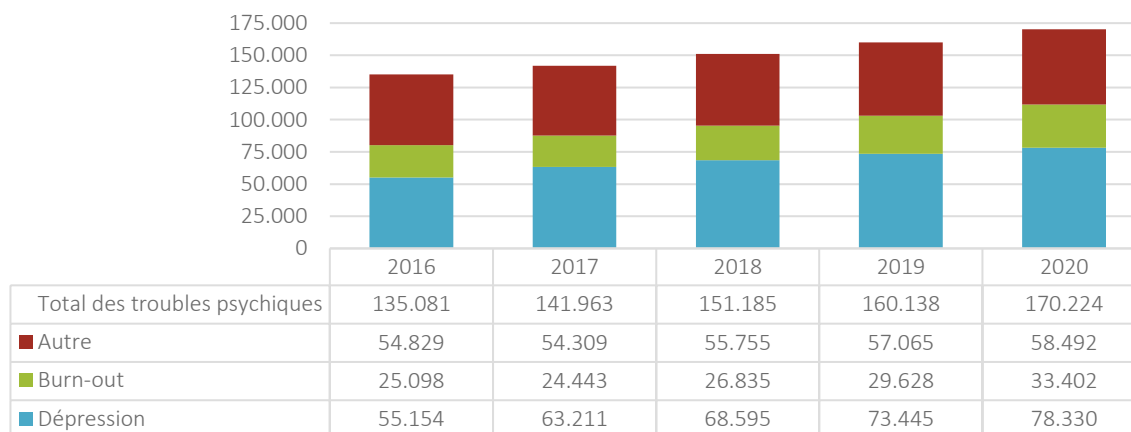
Groupe de maladies	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Troubles mentaux	36,9%	36,9%	35,1%	35,4%	35,8%	36,1%
Maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif	32,3%	32,3%	30,6%	31,0%	31,4%	31,8%
Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	6,3%	6,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%
Tumeurs	6,6%	6,3%	5,8%	5,7%	5,7%	5,5%
Maladies du système cardio-vasculaire	6,7%	6,3%	5,6%	5,4%	5,3%	5,1%

Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI. Note : nouvelle codification des groupes de maladies à partir des données 2017

⁹ Pour plus de détail sur le types de pathologies au sein des groupes de pathologies, voir le site web <https://www.volksgezondheidenzorg.info/selectie-van-ziekten#node-geselecteerde-aandoeningen>.

L'INAMI dispose aussi de chiffres plus récents sur les [troubles mentaux](#), et plus particulièrement sur le nombre de personnes souffrant de burn-out et de dépression. La figure ci-dessous montre que l'augmentation du nombre de cas de troubles mentaux est due, entre autres, à la hausse du nombre de personnes en dépression ou en burn-out. Sur la période 2016-2020, le nombre de personnes souffrant de dépression a augmenté de 42,02 %, et pour le burn-out, la hausse est de 33,09 %.

Figure 12. Nombre de personnes en incapacité de longue durée souffrant de troubles mentaux, notamment de dépression et de burn-out (2016-2020)

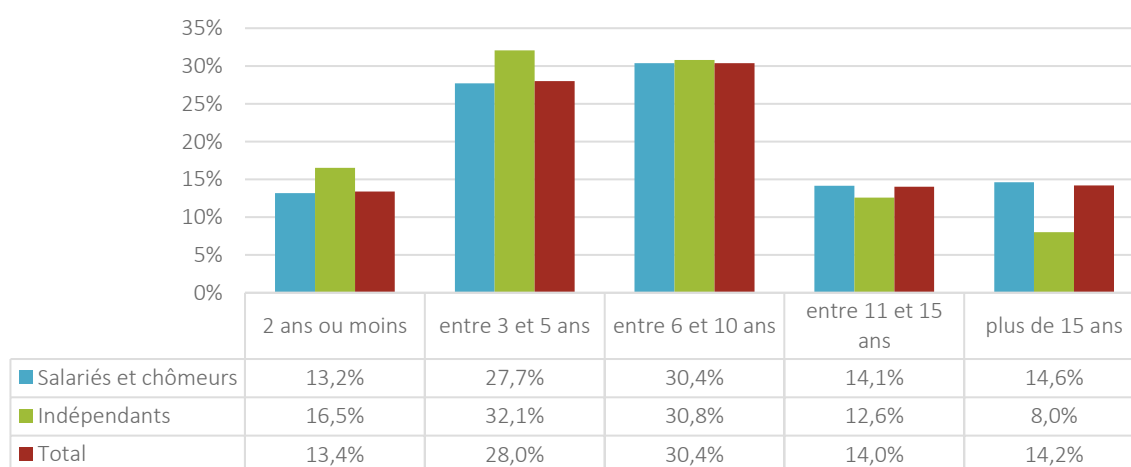


Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Près de 3 personnes en incapacité de longue durée sur 10 sont en incapacité depuis plus de 10 ans

La figure ci-dessous rend compte de la [durée de l'incapacité de travail](#) pour l'ensemble des personnes en incapacité de longue durée, avec une ventilation selon le statut (chiffres 2019). Nous constatons que la majeure partie des personnes en incapacité de longue durée (60 %) est en incapacité depuis 3 à 10 ans. Près d'un tiers des personnes en incapacité de longue durée (invalidité) sont dans cette situation depuis plus de 10 ans. Une petite minorité (13,4 %) compte moins de 2 ans d'invalidité. Ces chiffres montrent clairement que lorsqu'une personne entre en invalidité, c'est pour une très longue période. Cela illustre donc la difficulté de faire sortir les gens de l'invalidité.

Figure 13. Ventilation des personnes en invalidité selon la durée de l'invalidité en 2019, par année où la maladie a débuté et par statut

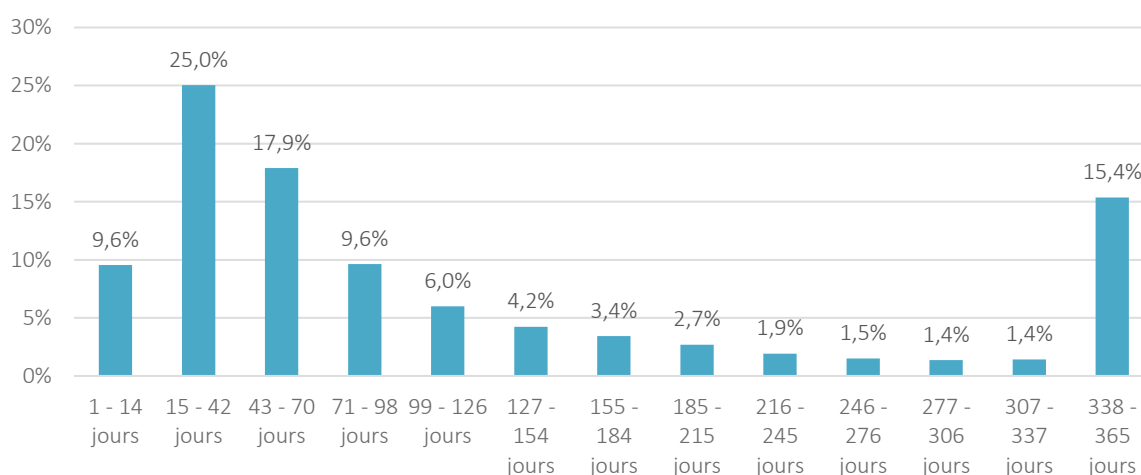


Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Il convient également de noter que la durée de l'invalidité varie fortement en fonction du statut de la personne. Ainsi, la durée de l'invalidité est proportionnellement moins longue dans le groupe des indépendants que dans le groupe des salariés et chômeurs : 20 % des indépendants sont en incapacité depuis plus de 10 ans, contre 30 % pour les salariés et chômeurs.

Il n'est pas rare, semble-t-il, que l'incapacité de travail primaire conduise à une incapacité de travail de longue durée (invalidité). Comme le montre la figure 14, la période d'incapacité de travail primaire dure au **maximum 42 jours** pour 1 personne sur 3. À l'autre extrémité du spectre, cependant, nous constatons que pour 15 % des personnes, la période d'incapacité de travail primaire dure entre 338 et 365 jours. Ce groupe se compose majoritairement de personnes qui ont atteint 1 an d'incapacité de travail et qui vont se retrouver, selon toute probabilité, dans une situation d'incapacité de travail de longue durée.

Figure 14. Ventilation des personnes en incapacité de travail primaire selon la durée moyenne de l'incapacité de travail¹⁰



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Très faible taux de retour à l'emploi chez les personnes en incapacité de longue durée

Comme nous l'avons déjà indiqué, une personne en incapacité de longue durée (invalidité) reste généralement dans ce statut pendant une longue période (un tiers est en incapacité depuis plus de 10 ans). Il n'est donc pas facile pour les personnes en invalidité de sortir de ce statut. Cela est également confirmé par une [analyse des flux de personnes qui entrent en incapacité de travail primaire et en invalidité et des flux de personnes qui sortent de ces deux statuts](#). Cette analyse est basée sur les données de la Banque-Carrefour (voir également Vansteenkiste, Sourbron, Scholiers et al., 2019)¹¹.

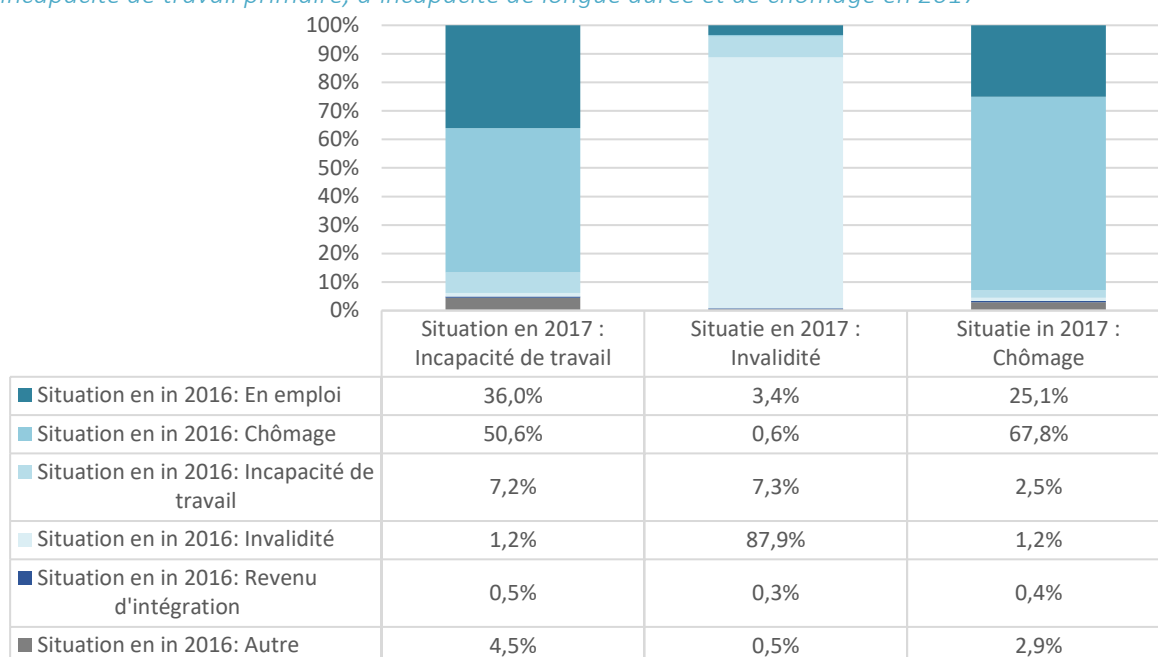
La figure ci-dessous présente la situation professionnelle en 2016 de toutes les personnes qui étaient en situation d'incapacité de travail primaire, d'invalidité ou de chômage en 2017. Ces données permettent ainsi d'analyser l'"**ancienne**" [situation professionnelle](#) des différents groupes cibles. Voici les conclusions que nous pouvons en tirer :

¹⁰ Une période d'incapacité de travail primaire peut varier de quelques jours à un an. Un bénéficiaire peut donc avoir plusieurs périodes d'incapacité primaire de travail au cours de la même année. Ces chiffres ne comprennent pas les incapacités dont la durée ne dépasse pas la période couverte par le salaire garanti (14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés). Les incapacités dont la durée est inférieure à 15 jours concernent principalement les chômeurs, qui sont déjà couverts par l'assurance indemnités dès le premier jour. Si l'intervalle entre deux périodes d'incapacité primaire de travail est supérieur ou égal à 14 jours, elles sont considérées comme deux périodes différentes. Si l'intervalle est inférieur à 14 jours, on parle de rechute et on considère que la période d'incapacité de travail primaire n'a pas été interrompue.

¹¹ Les données de la Banque-Carrefour pour cette analyse diffèrent des données de l'INAMI qui sont reprises dans le présent rapport. Pour les données de la Banque-Carrefour, il est attribué un seul code de nomenclature à chaque individu pour chaque trimestre. Si la personne a été successivement au travail et en incapacité de travail au cours du trimestre, elle relèvera de l'un des deux codes de la nomenclature, en fonction de la durée des deux statuts. De ce fait, le groupe des personnes en incapacité primaire est plus réduit dans les données de la Banque-Carrefour étant donné qu'un cumul de statuts se produit plus souvent pour ce statut.

- ▶ Parmi les personnes en **incapacité de travail primaire** en 2017, la moitié était au chômage un an plus tôt et 36 % étaient à l'emploi.
- ▶ Parmi les personnes en **incapacité de travail de longue durée** en 2017, la grande majorité (87,9 %) était déjà dans une situation d'incapacité de travail de longue durée (invalidité) un an auparavant.
- ▶ Parmi les personnes qui étaient **demandeuses d'emploi** en 2017, plus des 2/3 étaient déjà en recherche d'emploi un an auparavant, et 1 sur 4 travaillait.

Figure 15. Flux entrants : situation professionnelle en 2016 des personnes qui étaient en situation d'incapacité de travail primaire, d'incapacité de longue durée et de chômage en 2017



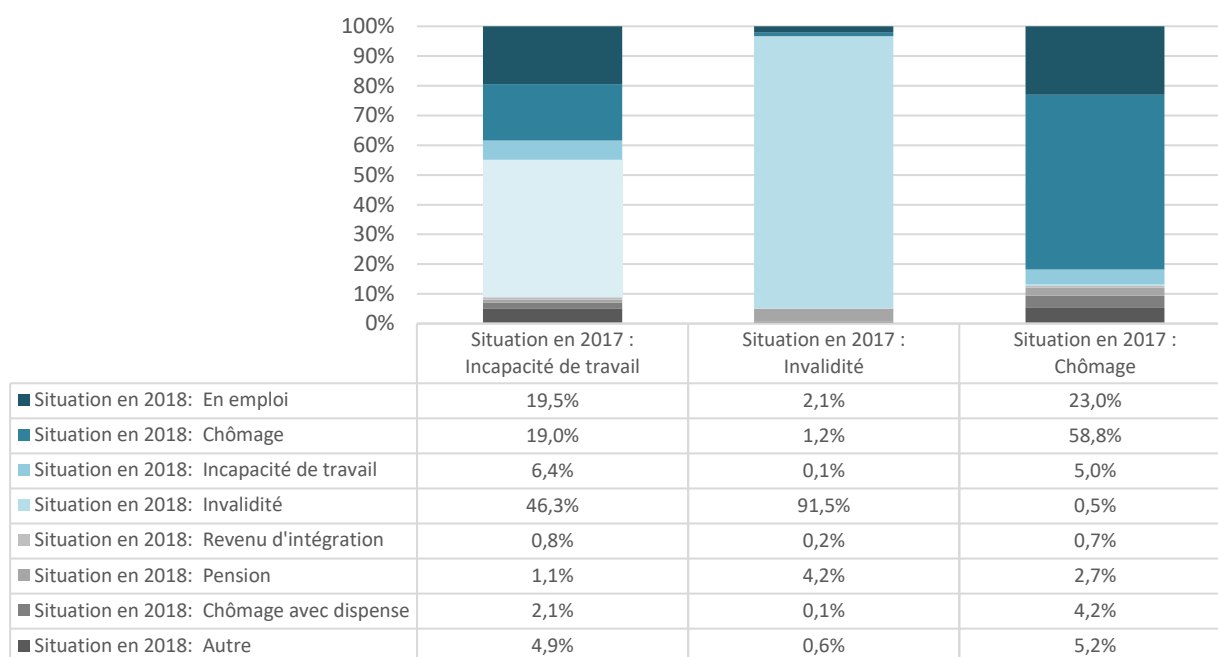
Source : IDEA Consult sur la base des données de la Banque-Carrefour

Ensuite, à la figure 16, nous nous intéressons à la situation professionnelle en 2018 de toutes les personnes qui étaient en situation d'incapacité de travail primaire, d'invalidité ou de chômage en 2017. Ces données permettent ainsi d'analyser les **flux de personnes qui sortent des différents statuts** étudiés. Voici les conclusions que nous pouvons en tirer :

- ▶ Parmi les **personnes en incapacité de travail primaire** en 2017, 4 sur 10 sont à nouveau actives sur le marché du travail un an plus tard en tant que personnes à l'emploi ou en recherche d'emploi, tandis que près d'1 sur 2 est entrée dans l'incapacité de travail de longue durée¹².
- ▶ Parmi les personnes en **incapacité de travail de longue durée** en 2017, le flux vers l'emploi ou le chômage est beaucoup plus faible, puisque seulement 3,3 % d'entre elles sont enregistrées comme à l'emploi ou au chômage un an plus tard. Plus de 90 % des personnes en incapacité de longue durée sont restées dans le régime de l'invalidité.
- ▶ Parmi les **demandeurs d'emploi**, un quart a retrouvé un emploi un an plus tard, tandis que la majorité (6 sur 10) est toujours au chômage.

¹² Ces données doivent toutefois être interprétées avec prudence. Elles ne concernent pas toutes les personnes en incapacité primaire comme dans les données INAMI, mais uniquement les personnes qui ont été en incapacité primaire au cours d'un trimestre pendant la majeure partie du temps (classification de la BCSS selon une seule situation socioéconomique au niveau trimestriel).

Figure 16. Flux sortants : situation professionnelle en 2018 des personnes qui étaient en situation d'incapacité de travail primaire, d'incapacité de longue durée et de chômage en 2017



Source : IDEA Consult sur la base des données de la Banque-Carrefour

Ces chiffres montrent qu'il n'y a qu'un flux limité de retours sur le marché du travail dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée, contrairement à ce nous pouvons observer dans le groupe des personnes en incapacité primaire et le groupe des demandeurs d'emploi. Cela explique que le groupe des personnes en incapacité de longue durée augmente d'année en année, ce qui entraîne également un coût croissant pour les finances publiques (comme nous le verrons aussi au chapitre suivant).

2.4. L'incapacité de travail de longue durée vue dans une perspective européenne

Dans ce paragraphe, nous comparons le nombre et l'évolution des [personnes en incapacité de longue durée en Belgique par rapport à d'autres pays européens](#). Cela permet de dresser un état des lieux de la problématique en Belgique et de la situer dans le contexte européen.

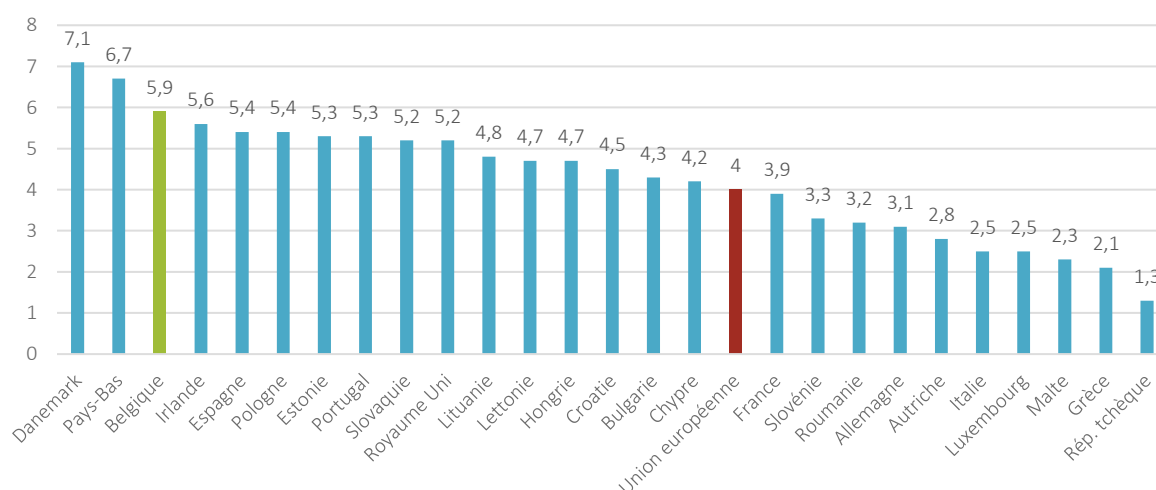
[La Belgique est l'un des pays européens avec le plus fort pourcentage d'inactifs pour cause de maladie ou d'invalidité](#)

La figure ci-dessous montre la part des [personnes inactives pour cause de maladie ou d'invalidité](#) en 2019 dans les différents pays européens, en proportion de la population des 15-64 ans. Nous observons que la Belgique a une proportion relativement élevée de personnes en incapacité de travail pour cause de maladie ou d'invalidité : 5,9 % alors que la moyenne européenne est de 4,0 %.

Seuls le Danemark et les Pays-Bas, avec respectivement 7,1 % et 6,7 %, se classent encore moins bien que la Belgique pour ce qui est du pourcentage de personnes inactives pour cause de maladie ou d'invalidité. Il faut noter cependant que ces deux pays affichent un taux d'inactivité global bien inférieur à celui de la Belgique (31,0 %), à savoir 20,9 % au Danemark et 19,1 % aux Pays-Bas. Une grande partie de leur population inactive est donc constituée de personnes qui sont en incapacité de travail pour cause de maladie ou d'invalidité, ce qui souligne encore l'importance de ce groupe pour ces pays.

En revanche, la République tchèque (1,3 %), la Grèce (2,1 %), Malte (2,3 %), le Luxembourg (2,5 %), l'Italie (2,5 %), l'Autriche (2,8 %) et l'Allemagne (3,1 %) présentent des taux d'inactivité pour cause de maladie ou d'invalidité qui sont parmi les plus faibles d'Europe.

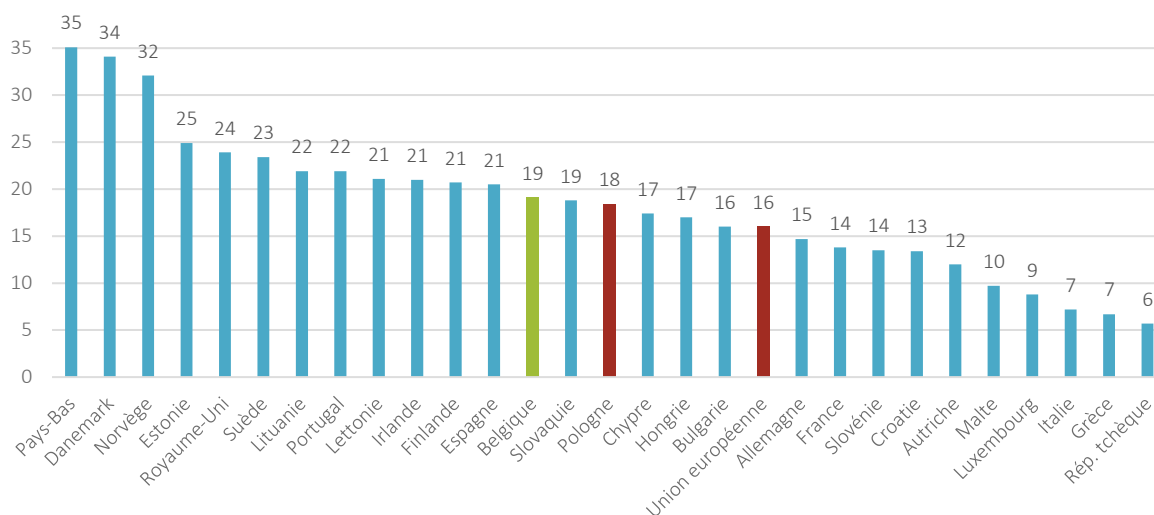
Figure 17. Population inactive pour cause de maladie ou d'invalidité en % de la population des 15-64 ans, 2019



Source : IDEA Consult sur la base d'Eurostat

La Belgique a, comparativement à d'autres pays européens, une part plus faible de personnes en incapacité (inactives pour cause de maladie ou d'invalidité) par rapport au nombre total d'inactifs (voir figure 18). Cela peut s'expliquer par le nombre élevé d'inactifs en Belgique (31,0 % en 2019). Les Pays-Bas (19,1 %), le Danemark (20,9 %), la Norvège (21,6 %), l'Estonie (21,1 %) et aussi le Royaume-Uni (21,9%) ont des taux d'inactivité nettement inférieurs, ce qui peut expliquer leurs pourcentages plus élevés d'inactifs pour cause de maladie ou d'invalidité. La Belgique se caractérise donc à la fois par un grand nombre d'inactifs et par un grand nombre d'inactifs pour cause de maladie ou d'invalidité.

Figure 18. Population inactive pour cause de maladie ou d'invalidité en % de la population inactive en 2019

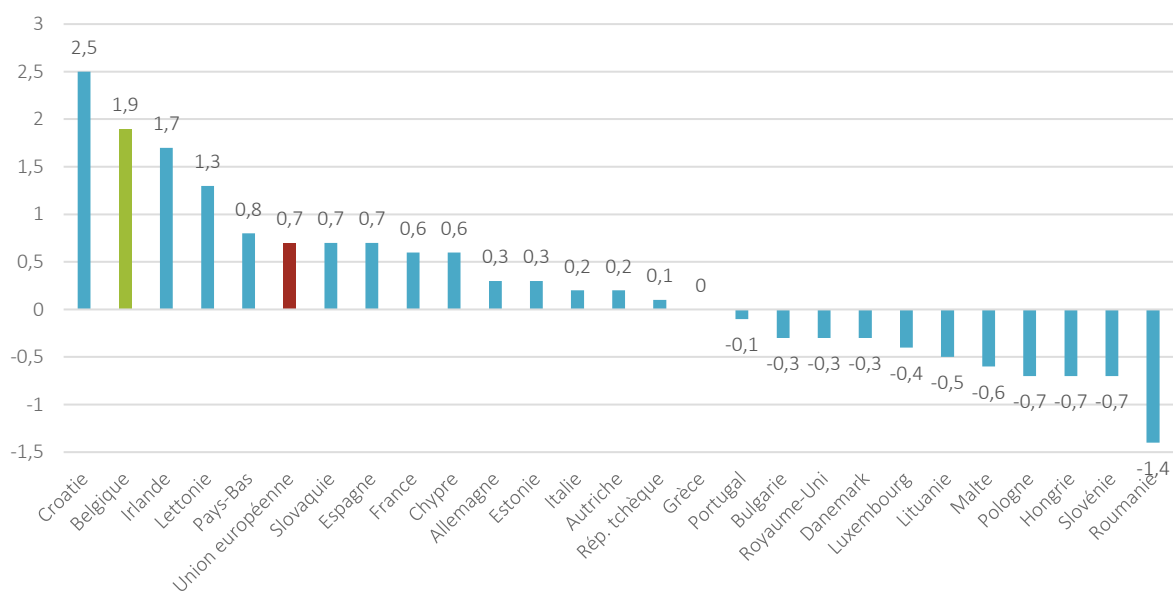


Source : IDEA Consult sur la base d'Eurostat

La Belgique est également l'un des pays européens où l'on observe la plus forte hausse du pourcentage d'inactifs pour cause de maladie ou d'invalidité

La figure ci-dessous illustre l'évolution de la part des personnes inactives pour cause de maladie ou d'invalidité entre 2011 et 2019. Nous voyons clairement que la part de la population inactive pour cause de maladie ou d'invalidité a augmenté au cours de cette période dans différents pays européens. Cette part a augmenté en moyenne de 0,7 point de pourcentage entre 2011 et 2019 dans l'ensemble de l'Europe. En Belgique, elle a augmenté de 1,9 point de pourcentage, soit presque trois fois plus que la moyenne européenne. Seule la Croatie devance ici la Belgique, avec une hausse de 2,5 points de pourcentage. Les pays d'Europe occidentale qui ont connu une évolution favorable du nombre de personnes en incapacité de longue durée sont notamment le Luxembourg, le Danemark et le Royaume-Uni. Les autres pays sont principalement des pays d'Europe de l'Est.

Figure 19. Evolution du pourcentage de personnes malades ou en incapacité de longue durée en % de la population, entre 2011 et 2019

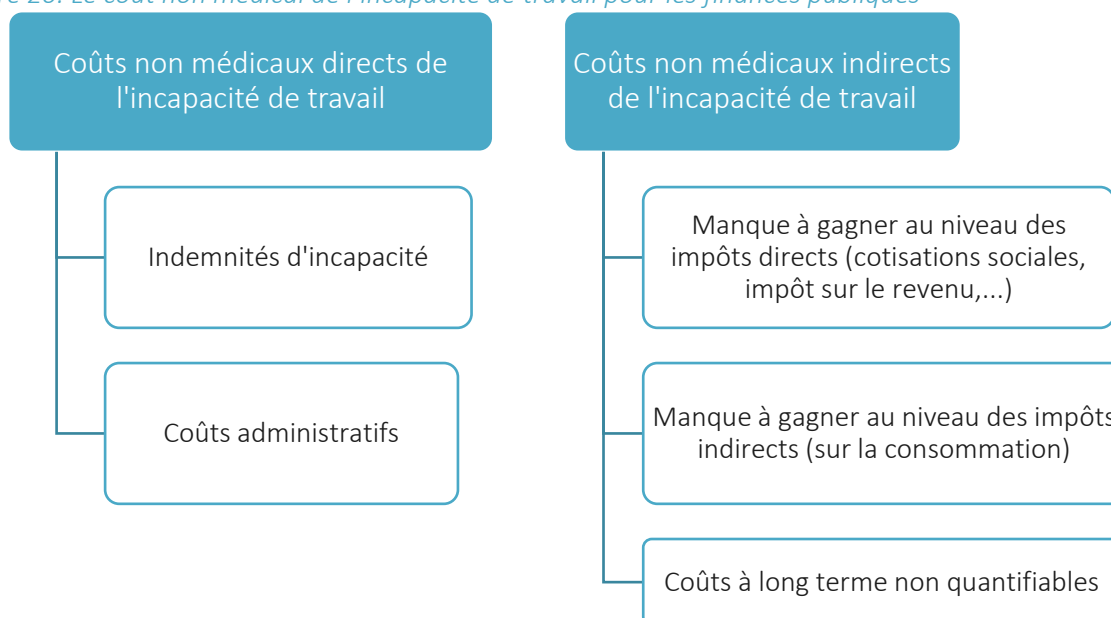


Source : IDEA Consult op basis van Eurostat

3 / Le coût non médical de l'incapacité de longue durée

Dans le chapitre précédent, nous avons analysé en détail la problématique de l'incapacité de travail de longue durée en Belgique. Dans le présent chapitre, nous allons maintenant nous pencher sur le **coût non médical de l'incapacité de longue durée** pour les finances publiques, en examinant les différents coûts directs et indirects (voir aussi la figure ci-dessous).

Figure 20. Le coût non médical de l'incapacité de travail pour les finances publiques



Source : IDEA Consult

Comme illustré dans la figure ci-dessus, l'incapacité de longue durée entraîne différents coûts non médicaux, directs et indirects, pour les finances publiques :

- Les **coûts non médicaux directs** de l'incapacité de longue durée pour les finances publiques sont les suivants :
 - Les dépenses liées aux **indemnités d'incapacité de longue durée**. Cette indemnité correspond à un pourcentage du salaire brut (en fonction de la situation familiale), avec application d'un certain plafond.
 - Les **coûts administratifs** découlant du paiement des indemnités d'incapacité de longue durée (coûts des mutualités, en ce compris le coût des nouveaux coachs « retour au travail », cf. 4.1.3) et les coûts d'accompagnement et d'encadrement des personnes en incapacité de longue durée (instances fédérales et régionales).

- Les **coûts non médicaux indirects** de l'incapacité de longue durée pour les finances publiques sont les suivants :
 - Le **manque à gagner au niveau des impôts directs** résultant de la perte de recettes provenant de l'impôt sur le revenu, d'une part, et le manque à gagner au niveau des cotisations sociales pour les personnes en incapacité, d'autre part, et ce par rapport à la moyenne pour un travailleur en activité.
 - Le **manque à gagner au niveau des impôts indirects** : lorsqu'une personne ne peut plus travailler, cela a également un impact sur son niveau de vie et son pouvoir d'achat, ce qui entraîne une perte de recettes en impôts indirects pour les finances publiques (TVA).
 - **Coûts à long terme non quantifiables** : à long terme, l'incapacité de longue durée risque d'avoir toutes sortes de répercussions : problèmes financiers et psychologiques, exclusion sociale, connaissances et compétences obsolètes, détérioration de la qualité de vie (Godderis, 2019 ; van Echtelt, 2010). Ces effets individuels entraînent également des coûts supplémentaires pour l'État. Ces coûts sont cependant difficiles à quantifier et ne sont donc pas pris en compte dans cette analyse.

Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur les **coûts non médicaux quantifiables** de l'incapacité de longue durée, qui comprennent les dépenses effectives liées à l'incapacité de travail et les pertes de recettes en impôts directs et indirects. Le coût calculé peut donc être considéré comme sous-estimé par rapport au coût effectif de l'incapacité de longue durée pour les finances publiques.



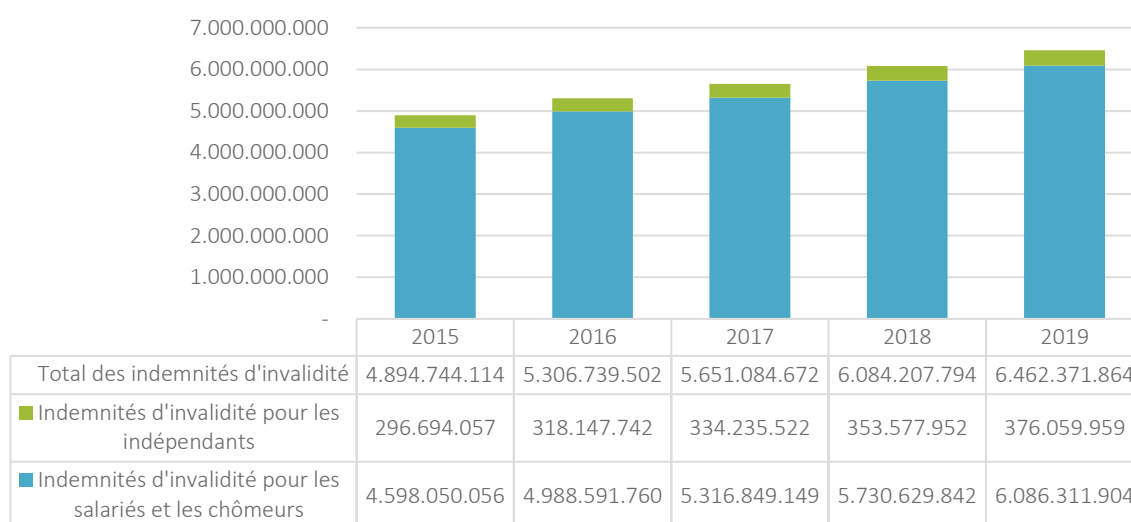
3.1. Les coûts non médicaux directs de l'incapacité de travail de longue durée

Dans l'analyse des coûts non médicaux directs de l'incapacité de travail de longue durée, nous nous concentrons principalement sur les dépenses encourues pour l'indemnisation des personnes en incapacité de longue durée et pas sur les coûts administratifs liés au paiement des indemnités et à l'accompagnement/encadrement de ces personnes. Ces derniers coûts sont en effet difficiles à distinguer des coûts administratifs liés à la situation médicale de la personne.

Plus de 6,5 milliards d'euros ont été versés en 2019 au titre d'indemnités d'invalidité

La figure ci-dessous montre l'évolution du **budget total des indemnités d'invalidité** entre 2015 et 2019 selon le statut.

Figure 21. Budget total des indemnités d'invalidité selon le statut (2015-2019), en euros



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Comme le montre la figure 21, le montant des indemnités d'invalidité s'élevait à plus de 6,5 milliards d'euros au total en 2019. Le nombre total d'indemnités versées est également en augmentation constante ces dernières années. Cette tendance s'explique principalement par la hausse du nombre de personnes en invalidité. En outre, l'augmentation de l'indemnité journalière moyenne joue également un rôle, à la suite des mesures prises par le gouvernement pour revaloriser¹³ et indexer les montants des indemnités. Ainsi, en 2019, l'indemnité d'invalidité était en moyenne de 46,8 euros par jour pour un ouvrier et de 47,0 euros par jour pour un employé, contre un montant de 43,3 euros par jour pour les deux groupes en 2015¹⁴.

Les indemnités d'invalidité coûtent plus cher aux finances publiques que les allocations de chômage

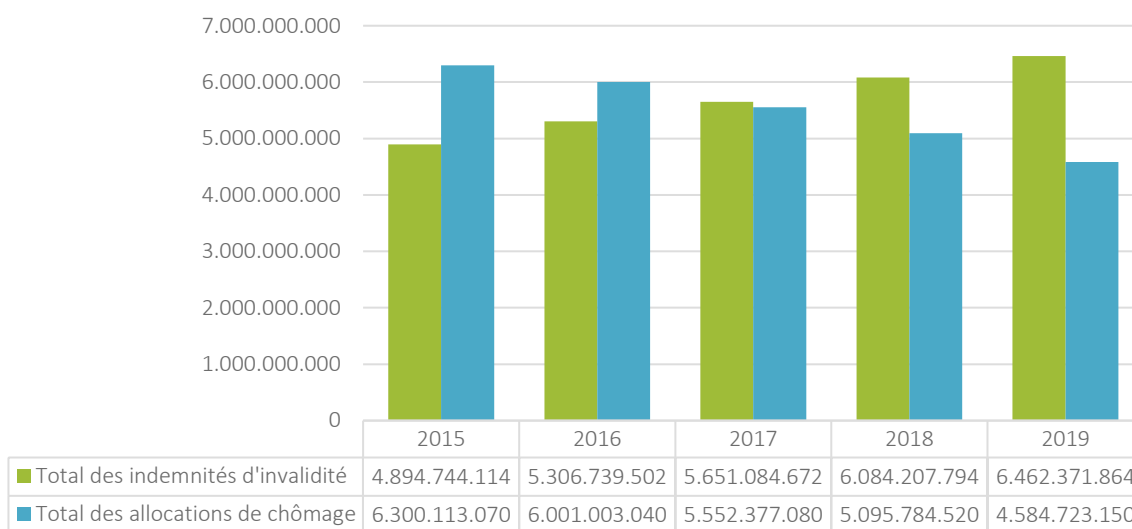
La figure ci-dessous compare l'évolution du montant total des **indemnités d'invalidité** entre 2015 et 2019 avec l'évolution du montant total des allocations de chômage sur la même période. Il est frappant

¹³ En 2018, le gouvernement a pris plusieurs mesures pour revaloriser les montants des indemnités. Il s'agit principalement de la revalorisation des montants alloués aux personnes en invalidité bénéficiant d'une allocation minimale et de la revalorisation de 2% (hors minima) des prestations pour les bénéficiaires dont l'incapacité de travail a débuté au cours de la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012 (6 ans d'incapacité). Source : INAMI.

¹⁴ Indemnité dans le régime de la semaine de 6 jours.

de constater que, depuis 2017, les indemnités d'invalidité coûtent plus cher à l'État que les allocations de chômage (6,5 milliards contre 4,6 milliards). Cela s'explique par deux phénomènes concomitants : la baisse continue du total des allocations de chômage (-1,7 milliard d'euros) depuis 2015 et la hausse continue du total des indemnités d'invalidité (+1,6 milliard d'euros). Ces évolutions suivent en toute logique aussi l'évolution du nombre de chômeurs (tendance à la baisse) et de personnes en invalidité (tendance à la hausse).

Figure 22. Le budget total des indemnités d'invalidité comparé au budget total des allocations de chômage¹⁵ (2015-2019), en euros



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et de l'ONEM

¹⁵ Les allocations pour chômeurs indemnisés concernent les catégories de chômeurs suivantes : CCI-DE après des prestations de travail ; CCI-DE après des études : allocations d'insertion ; CCI-DE après des études : allocations de sauvegarde ; CCI-DE : travailleurs à temps partiel volontaires ; CCI-DE : chômage avec complément d'entreprise ; CCI-NDE : chômeurs âgés ; CCI-NDE : aidants proches (ou difficultés sociales et familiales) ; CCI-NDE : travailleurs à temps partiel volontaires ; CCI-NDE : chômage avec complément d'entreprise.

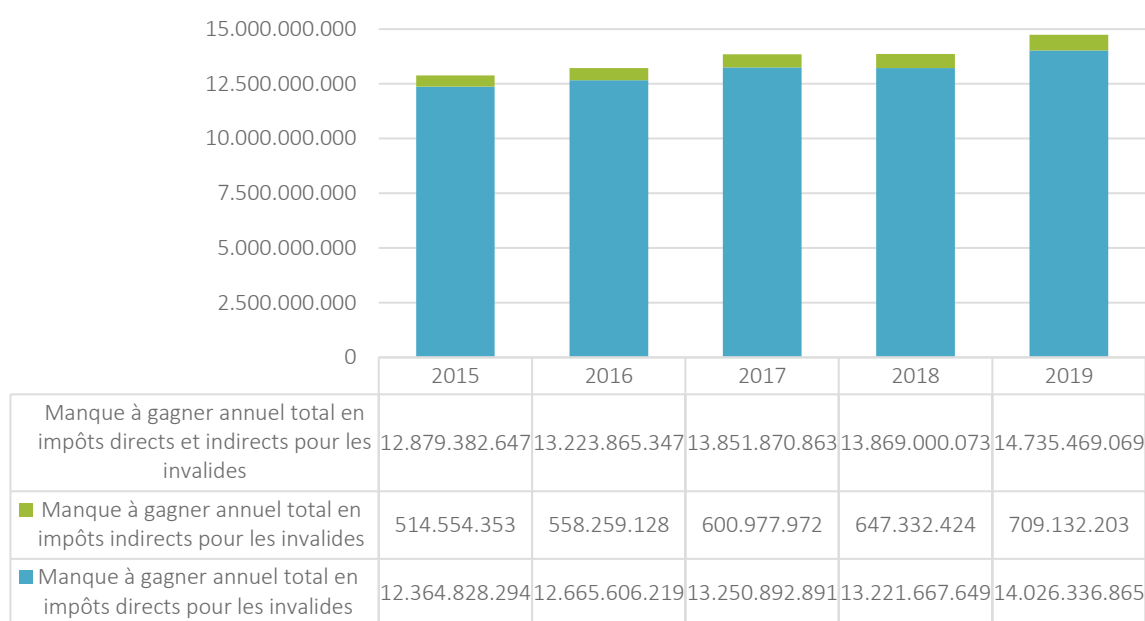
3.2. Les coûts non médicaux indirects de l'incapacité de travail de longue durée

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'incapacité de longue durée entraîne pour l'État non seulement des dépenses directes liées au versement d'indemnités aux personnes concernées, mais aussi des coûts indirects dus à la perte de recettes fiscales en impôts directs et indirects. Nous calculons et commentons ces coûts indirects ci-dessous. Les détails de ces calculs figurent en annexe.

Plus de 15 milliards de manque à gagner pour l'État en impôts directs et indirects pour les personnes en incapacité de longue durée en 2019

La figure ci-dessous rend compte du **manque à gagner total en impôts directs** (cotisations sociales et impôts sur le revenu) **et indirects** (taxes sur la consommation) pour les finances publiques ; les chiffres portent sur l'ensemble du groupe des personnes en incapacité de longue durée au cours de la période 2015-2019. Pour cette analyse, nous avons calculé le total des recettes fiscales directes et indirectes qu'aurait perçues l'État si ces personnes avaient été au travail¹⁶. Il en ressort que l'incapacité de longue durée a entraîné une perte de plus de 15 milliards de recettes au niveau des impôts directs et indirects en 2019, perte dont la plus grande part est due à la diminution des recettes en impôts directs (95 %). Ces pertes augmentent d'année en année, en lien avec l'augmentation continue du nombre de personnes en incapacité de longue durée.

Figure 23. Le manque à gagner annuel total pour l'État en impôts directs et indirects pour les personnes en incapacité de longue durée (2015-2019), en euros



Source : IDEA Consult sur la base de ses propres calculs

¹⁶ Pour plus de détails, voir les paramètres importants et calculs en annexe.

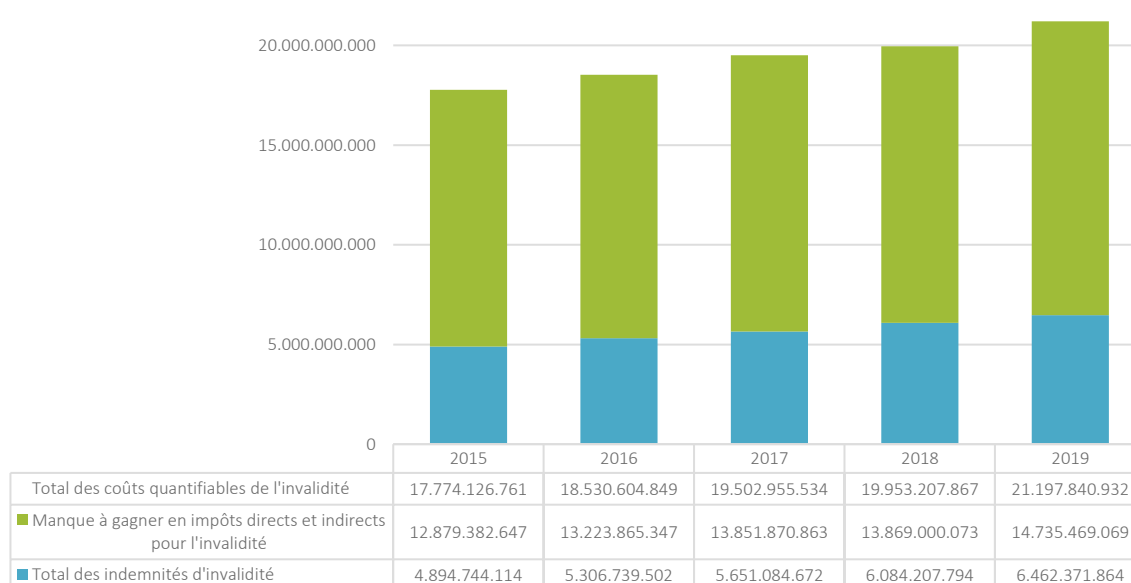
3.3. Le coût non médical total de l'incapacité de travail de longue durée

Dans ce chapitre, nous calculons le coût non médical total de l'incapacité de longue durée (invalidité), sur la base de tous les coûts non médicaux directs et indirects quantifiables. Nous comparerons ensuite le coût non médical moyen de l'incapacité de longue durée au coût de l'activation des personnes en invalidité.

Le coût non médical de l'incapacité de longue durée s'élevait à 21,2 milliards en 2019

La figure ci-dessous montre le **coût non médical annuel total de l'incapacité de longue durée** pour l'ensemble du groupe des personnes en incapacité de longue durée (invalidité) au cours de la période 2015-2019. Dans le calcul, nous avons tenu compte à la fois des dépenses directes de l'État pour les personnes en invalidité et de la perte de recettes pour les finances publiques. Nous constatons qu'en 2019, l'incapacité de longue durée a coûté à l'État 21,2 milliards au total en coûts non médicaux quantifiables. Sur ce montant, 30 % représentent les indemnités versées aux personnes en invalidité, et 70 % représentent la perte de recettes en impôts directs et indirects. Il est important de noter que ce coût est sous-estimé par rapport au coût total pour l'État, car seuls les coûts non médicaux quantifiables de l'incapacité de longue durée sont pris en compte dans le calcul.

Figure 24. Coût annuel total de l'incapacité de longue durée (2015-2019), en euros



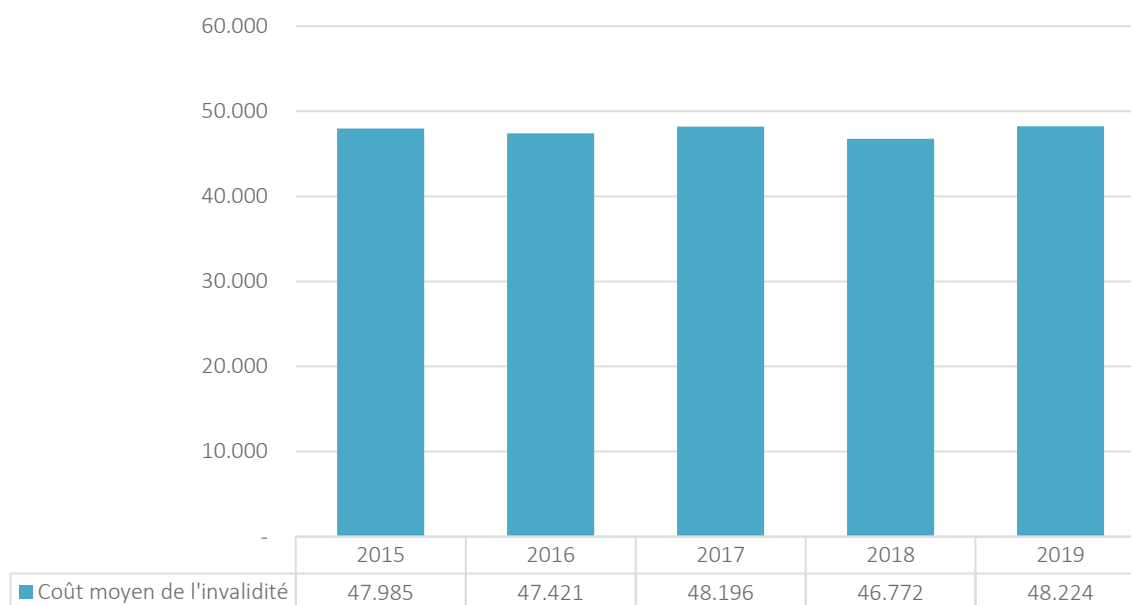
Source : IDEA Consult sur la base de ses propres calculs

Le coût non médical annuel moyen d'une personne en invalidité s'élevait à près de 50 000 euros en 2019

Enfin, nous avons calculé le **coût non médical annuel moyen par personne en incapacité de longue durée (invalidité)**, en tenant compte des coûts non médicaux directs et indirects pour l'État qui sont liés à ce statut. Comme indiqué ci-dessous, ce coût s'élevait à 48 224 euros par personne en invalidité en 2019. Il s'agit donc du coût non médical annuel que représente une personne en invalidité. Toutefois, il est important de noter qu'une personne en situation d'invalidité reste généralement dans ce statut pendant très longtemps. En moyenne, les personnes en invalidité en 2019 étaient dans ce statut depuis 7,5 ans, ce qui correspond à un coût moyen de 358 125 euros par personne en invalidité sur la durée moyenne d'invalidité.

Nous pouvons comparer ce coût moyen avec le coût moyen des trajets d'accompagnement et de formation pour ce groupe cible, qui est de 4 800 euros (cf. l'accord-cadre du VDAB). Ces chiffres permettent de calculer à partir de quand l'investissement dans l'accompagnement devient "rentable". Supposons que toutes les personnes qui, au cours d'une année donnée, entrent en invalidité bénéficient d'un accompagnement : cet investissement sera récupéré dès lors que 1,3 %¹⁷ d'entre elles reprennent le travail après 7,5 ans. Ce pourcentage est nettement inférieur au flux de sorties de l'invalidité après un accompagnement dispensé par le VDAB (21,9 % après 1 an - voir aussi le chapitre suivant). En d'autres termes, l'investissement dans l'accompagnement des personnes en invalidité se rentabilise tout seul. Nous pouvons donc conclure que le coût de l'accompagnement ne constitue pas un obstacle à un large déploiement des trajets d'accompagnement et de formation pour les personnes en invalidité.

Figure 25. Coût annuel moyen de l'invalidité (2015-2019), en euros



Source : IDEA Consult sur la base de ses propres calculs

¹⁷ 1,3% = 4 800/358 125*100



4 / Les mesures d'activation pour les personnes en incapacité de longue durée en Belgique

Dans les chapitres précédents, nous avons analysé la problématique de l'incapacité de travail et calculé son coût non médical. Nous allons maintenant passer brièvement en revue les **mesures d'activation actuellement en vigueur en Belgique** pour les personnes en incapacité de travail. Nous examinerons successivement les différents niveaux de pouvoir, à savoir le niveau fédéral et le niveau régional, avec un focus sur la Flandre. Nous verrons ainsi quels trajets sont actuellement prévus pour les différents groupes cibles et qui est effectivement atteint. Il s'agit d'informations importantes qui permettent de tirer des conclusions fondées pour la politique actuelle et future, compte tenu de l'ampleur croissante de la problématique et de son coût.

4.1. Le cadre fédéral pour la réintégration des personnes en incapacité de longue durée

Au niveau fédéral, la législation prévoit des trajets de réintégration¹⁸ qui peuvent déboucher sur des plans de réintégration pour les personnes en incapacité, avec ou sans contrat de travail, qui, selon le médecin-conseil, ont encore des « capacités restantes suffisantes pour un retour sur le marché du travail »¹⁹. Dans ce cas, elles bénéficient d'un soutien sous la forme de trajets de réintégration qui visent un retour sur le marché du travail par le biais d'un travail adapté, d'un autre travail ou d'une formation. Le contenu des trajets diffère selon que la personne en incapacité a encore un contrat de travail ou non, et qu'elle a donc le statut de travailleur salarié ou de demandeur d'emploi. Dans les sections ci-après, nous décrivons les trajets de réintégration pour les deux types de personnes en incapacité. Ensuite, nous présenterons brièvement les nouveaux plans du gouvernement fédéral pour l'activation des malades de longue durée (projet de loi concernant le plan "Retour au travail").

4.1.1 Trajet de réintégration pour les travailleurs en incapacité de travail

L'accent est mis dans un premier temps sur la réintégration auprès l'employeur actuel

Pour entamer un trajet de réintégration pour travailleurs en incapacité, la personne doit avoir un certificat de son médecin traitant attestant qu'elle est temporairement ou définitivement inapte à exercer le travail convenu. Dans le cadre des trajets de réintégration, l'accent est mis d'abord sur les possibilités de réintégration auprès de l'employeur actuel, dans le contexte professionnel familial, ce qui augmente les chances d'une réintégration rapide²⁰. Dans un second temps, on explore les possibilités de réintégration auprès d'autres employeurs.

¹⁸ L'AR relatif au trajet de réintégration des travailleurs en incapacité est en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2016.

¹⁹ Les 'capacités restantes' sont les capacités physiques et mentales qui permettent un retour sur le marché du travail.

²⁰ Base légale : Titre 4 "Mesures relatives à la surveillance de la santé des travailleurs" du livre I^{er} du Code du bien-être au travail (articles I.4-72 à I.4-82 inclus).

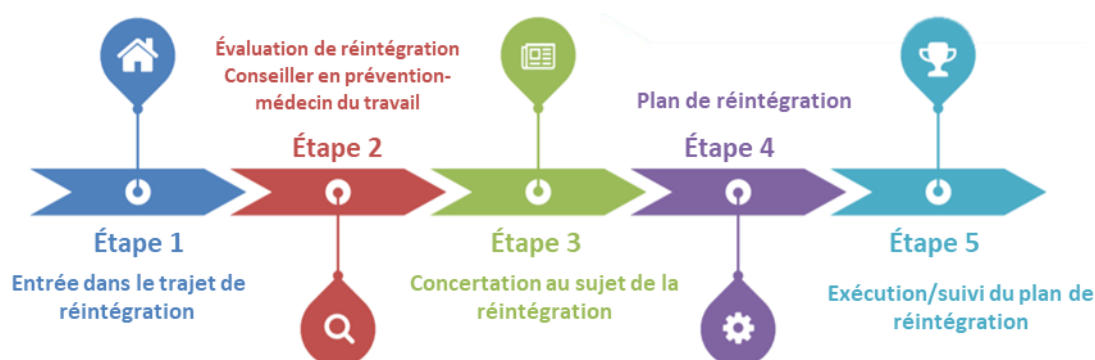


Les étapes d'un trajet de réintégration pour les travailleurs qui sont sous contrat de travail²¹ sont schématisées dans la figure ci-dessous et expliquées dans l'annexe B.4 /. La demande pour entamer un trajet de réintégration peut être introduite par le travailleur, l'employeur ou le médecin-conseil (étape 1). Ensuite, après concertation avec le travailleur et les autres acteurs concernés et examen du poste de travail, le conseiller en prévention-médecin du travail prend l'une des décisions suivantes (étape 2) :

- ▶ Le travailleur peut reprendre le travail convenu à terme et
 - il peut faire entretemps un travail adapté ou un autre travail - TRAJET A
 - il ne peut pas faire entretemps un travail adapté ou un autre travail – TRAJET B
- ▶ Le travailleur est définitivement inapte pour le travail convenu²² et
 - il peut quand même faire un travail adapté ou un autre travail – TRAJET C
 - il ne peut pas faire un travail adapté ni un autre travail – TRAJET D
- ▶ Pour des raisons médicales, il n'est pas (encore) opportun de débiter un trajet de réintégration – TRAJET E

Après réception de cette décision, l'employeur élabore un plan de réintégration en concertation avec le travailleur et le conseiller en prévention-médecin du travail, et éventuellement aussi d'autres personnes pouvant contribuer à la réussite de la réintégration, comme par exemple le responsable RH pour la formation (étape 3). Si un travail adapté ou un autre travail au sein de l'entreprise est possible, il est établi un plan de réintégration qui comprend au moins une des mesures suivantes : adaptation du poste de travail, travail adapté, autre travail au sein de l'organisation, ou formation (étape 4). Si aucun travail adapté ou autre travail n'est possible, cela peut conduire à un licenciement pour raisons médicales.

Figure 26. Étapes d'un trajet de réintégration pour les travailleurs sous contrat de travail



Source : SPF ETCS

²¹ IDEA Consult sur la base des [informations publiées par le SPF ETCS](#).

²² Si le travailleur n'est pas d'accord avec la décision, il peut introduire un recours auprès de l'inspection CBE (Contrôle du bien-être au travail) pour les trajets C et D.

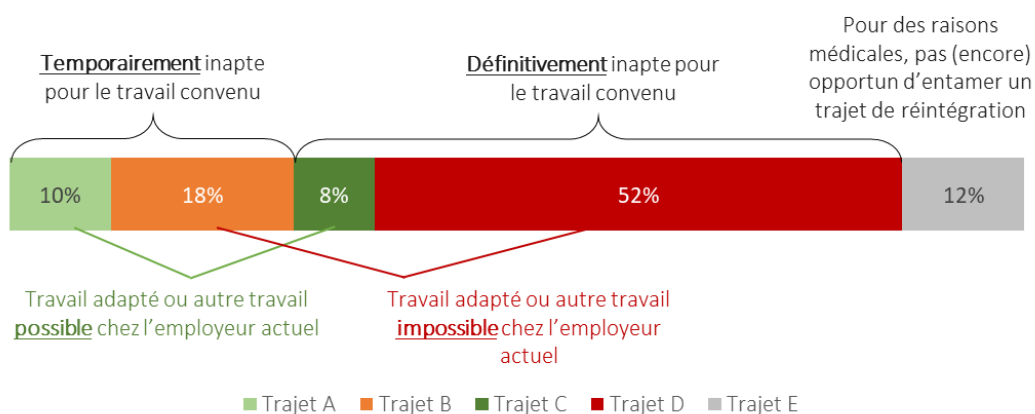
Il est important de garder à l'esprit qu'à côté du trajet de réintégration formel, il existe également un trajet informel, où les personnes en incapacité discutent des possibilités de réintégration avec leur conseiller en prévention-médecin du travail. Cette piste informelle peut précéder ou remplacer le trajet formel. À partir de quatre semaines d'incapacité de travail, le travailleur en incapacité peut lui-même demander un rendez-vous avec le service de prévention et de protection au travail. La majorité des examens de reprise du travail pour les travailleurs en incapacité de travail ont lieu via ces rendez-vous informels.

Trajets de réintégration pour les travailleurs

Co-Prev, la fédération des Services Externes belges de Prévention et de Protection au Travail publie un certain nombre de chiffres-clés²³ qui fournissent des informations concrètes sur les trajets de réintégration des travailleurs :

- **Nombre de trajets** : on est passé de 15 054 trajets en 2017 à 30 410 en 2020. Malgré ce doublement, le nombre de trajets est plutôt limité par rapport au nombre total de travailleurs en incapacité de longue durée. Notons que ces chiffres ne portent que sur les personnes sous contrat de travail qui optent pour un trajet de réintégration formel et n'incluent donc pas les trajets informels.
- **Demandeur** : en 2020, les trajets ont été demandés en premier lieu par l'employeur (45 %), puis par le travailleur (33 %) et la mutualité (21 %). Les autres trajets ont été principalement initiés par le médecin traitant.
- **L'évaluation** : en 2020, 60 % des travailleurs évalués ont été jugés définitivement inaptes pour l'emploi convenu (8 % trajet C + 52 % trajet D). D'autre part, 18 % sont reconnus aptes à effectuer un travail adapté ou un autre travail chez leur propre employeur (10 % trajet A + 8 % trajet C), tandis que pour 70 %, cela est impossible (18 % trajet B + 52 % trajet D). 12% (trajet E) ne peuvent pas (encore) entamer un trajet de réintégration pour des raisons médicales.

Figure 6. Résultats des trajets de réintégration des travailleurs en 2020



Source : IDEA Consult sur la base des chiffres de Co-Prev (2020)

- **Retour à l'emploi** : dans le cadre d'une évaluation de la réglementation, le groupe de recherche « Omgeving en Gezondheid » (Environnement et Santé) de la KU Leuven a organisé en mai 2019 une enquête auprès de 481 travailleurs ayant suivi un trajet de réintégration formel (TRF) auprès

²³ Chiffres de Co-Prev, la fédération des Services Externes belges de Prévention et de Protection au travail, demandés pour les besoins de cette étude.

du médecin du travail en 2017 et au premier trimestre 2018²⁴. Selon les résultats de cette enquête, les taux de retour à l'emploi suivants :

- 42 % des répondants (n=201) ont repris le travail après le TRF :
 - 31 % d'entre eux (62 personnes) ont repris le travail chez le même employeur, principalement par le biais d'une remise à l'emploi progressive, d'une adaptation du contenu de la fonction ou du régime de travail. 85 % ont cependant continué à faire le même type de travail.
 - 69 % d'entre eux (139 personnes) ont repris le travail auprès d'un autre employeur. Pour la plupart (101 personnes, 73 %), c'était à la suite d'un licenciement pour force majeure médicale. Pourtant, 61 % ont indiqué qu'ils faisaient le même type d'emploi, certes souvent avec un horaire moins lourd.
- 58 %, soit 280 personnes, n'étaient pas à l'emploi, et parmi elles, 170 personnes ont été licenciées pour cause de force majeure médicale. Seulement 39 personnes avaient retravaillé depuis leur TRF, mais elles avaient à nouveau décroché ensuite.

4.1.2 Trajet de réintégration pour les personnes sans contrat

Parallèlement aux trajets de réintégration pour les travailleurs en incapacité, la législation sur l'assurance maladie-invalidité (AMI)²⁵ prévoit également des trajets qui visent la réinsertion socioprofessionnelle des personnes en incapacité sans contrat de travail qui ont encore des « capacités restantes » suffisantes. Dans ce type de trajet, c'est le médecin-conseil de la mutualité qui mène les opérations.

Ces trajets de réinsertion socioprofessionnelle se déroulent de la manière suivante²⁶ :

- ▶ **Étape 1 : Démarrage** : tant le médecin-conseil que la personne elle-même peuvent entamer un trajet de réintégration.
- ▶ **Étape 2 : Évaluation** : le médecin-conseil convoque la personne en incapacité pour un examen médico-social. Au cours de cet examen, ils discutent des possibilités de réintégration.
- ▶ **Étape 3 : Concertation et plan de réintégration** : quatre semaines après l'examen médico-social, le médecin-conseil établit un plan comportant une proposition concrète de réintégration. Ce plan est ensuite discuté avec la personne en incapacité. Si un accord est trouvé, les deux parties signent le plan ainsi élaboré.
- ▶ **Étape 4 : Exécution et suivi du plan** : le médecin-conseil assure le suivi de la mise en œuvre du plan. Cette mise en œuvre se fait en étroite collaboration avec, entre autres, les services régionaux de l'emploi, pour permettre à la personne d'entamer une réorientation professionnelle ou un accompagnement de retour à l'emploi. Si le médecin-conseil donne son accord, l'INAMI peut intervenir dans le coût de cette réorientation.

La réintégration des demandeurs d'emploi est abordée dans les sections suivantes, qui se concentrent sur le niveau régional.

²⁴ Boets, I. & Godderis, L. (2020). [Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk](#). KU Leuven.

²⁵ Titre III, chapitre III, section VI quater de l'AR Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel que modifié par l'AR du 8 novembre 2016 modifiant l'AR précité en ce qui concerne la réintégration socio-professionnelle, MB 24 novembre 2016.

²⁶ Source : INAMI (<https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/trajet-reinsertion.aspx>)



4.1.3 Nouveaux plans pour l'activation des personnes en incapacité de longue durée

Nouvelle loi pour le plan "Retour au travail" du ministre de la Santé et des Affaires sociales

Le 17 décembre 2021, la loi instaurant le "Trajet Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés a été publiée au Moniteur belge. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Ces trajets s'adressent aux malades de longue durée qui peuvent et veulent reprendre le travail, et qui ont besoin d'aide pour se remettre en selle. Concrètement, cela concernerait environ 18 000 personnes par an dans une première phase, et 24 000 par la suite. Pour accompagner ces personnes, il est prévu que les mutualités engagent 40 coachs, ou coordinateurs "Retour au travail" (RaT) en 2022. En 2023, le nombre de coordinateurs RaT passerait à 60. Ils n'ont pas besoin d'avoir un profil médical, mais doivent passer un examen de coordinateur "Retour au travail" dans les deux ans. Concrètement, après trois mois d'incapacité de travail, les coordinateurs prévoient un entretien exploratoire au cours duquel ils analyseront notamment les possibilités et les intérêts professionnels de la personne afin de pouvoir l'orienter vers un accompagnement spécifique. Dans ce cadre, ils travailleront en étroite collaboration avec les services régionaux de l'emploi.

Le gouvernement fédéral prévoit déjà 1 million d'euros en 2021 pour les préparatifs et les premiers recrutements. Pour la préparation et la mise en œuvre des trajets RaT, la loi prévoit un montant de 3 816 000 euros en 2022, de 5 724 000 euros en 2023 et de 5 724 000 euros en 2024²⁷. Le financement pour la période 2022-2024 fera partie des discussions budgétaires annuelles. Un suivi des résultats et des efforts consentis sera effectué afin de pouvoir, à terme, adapter en conséquence la répartition des budgets et la responsabilisation des mutualités.

Outre les coachs RaT, le plan RaT prévoit également d'autres mesures de soutien, telles que la désignation d'une personne de contact pour toute personne ayant des questions sur le retour au travail après une période de maladie, et la mise en place d'un entretien obligatoire avec toute personne qui remet un certificat de maladie à une mutualité.

Initiatives supplémentaires du ministre de l'Emploi

En plus de ces trajets RaT, des trajets de réintégration seront également développés du côté des employeurs à l'initiative du ministre de l'Emploi, en collaboration avec les services de prévention. D'autres projets ont également été annoncés, à savoir une réforme de l'AR Réintégration et une amélioration de la collaboration avec les médecins-conseils afin de mieux accompagner les travailleurs vers un retour au travail en les orientant vers les médecins du travail²⁸.

²⁷ Ce montant sera alloué par le biais d'une augmentation des frais d'administration des mutualités. Par ailleurs, l'article 4 de la loi instaurant le trajet RaT prévoit que le montant de 5 724 000 € sera adapté annuellement, à partir de 2025, par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, en tenant compte de l'évolution du salaire journalier moyen sur la base des données du Bureau fédéral du plan dans le secteur du crédit et des assurances et de l'Autorité publique sur les trois dernières années qui précèdent l'établissement des budgets.

²⁸ Source : Kempeneers, E. Nieuwsbericht Kluwer senTRAL 13/10/2021 ([disponible en ligne](#)).



4.2. Le cadre régional pour la réintégration des personnes en incapacité de longue durée : un focus sur la politique flamande

Le VDAB, Actiris et le FOREM ont signé, chacun à leur niveau, un [accord de coopération formel avec l'INAMI](#) pour l'accompagnement des personnes en incapacité de longue durée²⁹. Pour Actiris et le FOREM, l'activation des malades de longue durée est cependant moins prioritaire que pour le VDAB. Ainsi, la déclaration de politique générale 2019-2024 du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale³⁰ ne mentionne aucun projet dans ce domaine. De son côté, le Forem s'est engagé à prendre en charge un volume maximal annuel de 200 trajets seulement³¹. En revanche, le gouvernement flamand a présenté un plan d'action pour la réintégration des malades de longue durée dans une note stratégique (Visienota) de février 2021³². Ce plan propose 15 actions qui visent à stimuler la réintégration de ce groupe cible. Les actions se situent au niveau du secteur des soins et de la réinsertion, de la personne en incapacité, de l'entreprise, et incluent également des actions qui seront gérées avec le niveau fédéral. L'accent est mis sur la prévention et le travail faisable, ainsi que sur la stimulation du retour au travail des malades et personnes en incapacité de longue durée³³. Dans ce qui suit, nous allons exposer brièvement comment le travail du VDAB pour les personnes en incapacité de longue durée est organisé, combien de personnes il permet d'atteindre et quel est le taux de retour à l'emploi enregistré.

L'accord de coopération entre le VDAB, l'INAMI, le GTB et les mutualités

Toute personne bénéficiant de prestations de maladie ou d'invalidité et résidant en Flandre peut bénéficier des services du VDAB en matière de réintégration. Le VDAB accompagne aussi bien les personnes avec que sans contrat de travail, mais les personnes ne peuvent s'inscrire qu'après avoir reçu l'autorisation du médecin-conseil. À cette fin, le VDAB collabore formellement avec l'INAMI, le service GTB (Gespecialiseerd Team Bemiddeling) et les mutualités. L'objectif de leur accord de coopération de 2012 est de « conclure des accords sur l'organisation et la mise en œuvre d'un trajet de qualité permettant un retour vers l'emploi durable pour les personnes reconnues inaptes au travail ».

- ▶ L'INAMI alloue un budget au VDAB sur la base des objectifs annoncés (voir la figure 27). Les demandeurs d'emploi reconnus en incapacité ont accès à tous les services et instruments que le VDAB met à la disposition des autres demandeurs d'emploi (accompagnement et orientation, formations, formation en situation de travail, etc.). Ce budget est également utilisé pour financer les partenaires qui interviennent sur la mise en œuvre des trajets sur mesure, ainsi que pour la réalisation de projets, la promotion des services offerts et le soutien aux collaborateurs du VDAB chargés d'accompagner ce groupe cible (« équipe réintégration »).
- ▶ Le GTB propose un accompagnement dispensé par des conseillers d'orientation et insertion professionnelles, mais aussi par une équipe médico-ergonomique qui, au sein du GTB, est chargée d'analyser la capacité physique des personnes. Outre des sessions d'accompagnement, de

²⁹ Le VDAB a signé sa convention de collaboration avec l'INAMI, le GTB et les mutualités en 2012 ; le FOREM en 2013 avec l'INAMI et l'AVIQ ('Agence pour une Vie de Qualité') ('Circulaire O.A. n° 2013/180 du 30 avril 2013 Contrat de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le FOREM, conclu dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail') et Actiris en 2014 avec l'INAMI, les organismes assureurs, le VDAB, Bruxelles Formation et PHARE ('Circulaire OA n° 2014/127 du 10 mars 2014 INAMI-CIN-ACTIRIS-Bruxelles Formation-VDAB-Phare').

³⁰ <http://www.parlement.brussels/wp-content/uploads/2019/07/07-20-D%C3%A9claration-gouvernementale-parlement-bruxellois-2019.pdf>

³¹ 'Convention de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le Forem' - cf. <https://docplayer.fr/15031746-Convention-de-collaboration-entre-l-inami-les-organismes-assureurs-l-awiph-et-le-forem.html>

³² Le plan d'action fait partie de la Note stratégique ('Visienota') au Gouvernement flamand (VR 2021 1202 DOC.0146/1TER) (disponible en ligne via [ce lien](#))

³³ L'annexe B.5 / présente un récapitulatif des actions qui figurent dans le plan d'action.



formation, de réorientation et des stages, cette approche prévoit également des séances de renforcement consacrées à la gestion de la douleur, la gestion du stress, etc.

- ▶ En général, c'est le médecin-conseil de la mutualité qui oriente les personnes relevant de maladie vers le VDAB (exceptionnellement, cela peut être aussi le médecin du travail). Étant donné que le VDAB dépend donc principalement des médecins qui lui adressent des personnes, une bonne collaboration avec les mutualités est cruciale.

L'accord-cadre vise à permettre à toutes les personnes concernées de franchir, de manière progressive et selon une approche sur mesure, toutes les étapes et étapes intermédiaires qui sont nécessaires pour elle avec, entre autres, la garantie de continuer à bénéficier d'une indemnité tout au long du trajet. Chaque trajet est entamé sur une base volontaire, et le suivi est une responsabilité partagée entre la personne elle-même, les mutualités, l'INAMI, le VDAB et le GTB. Une étude a cependant montré que la réglementation relative aux trajets de réintégration est encore peu connue des différents acteurs concernés (Boets, De Greef, Deroubaix, & Godderis, 2020). Elle indique également qu'il existe encore trop peu d'incitants (financiers) qui stimulent les employeurs à réintégrer des personnes en incapacité et qui encouragent ces personnes à s'engager dans un processus de réintégration. C'est ce qui ressort également des statistiques concernant les trajets de réintégration (entrées et sorties).

Les ambitions augmentent en même temps que le nombre de trajets entamés

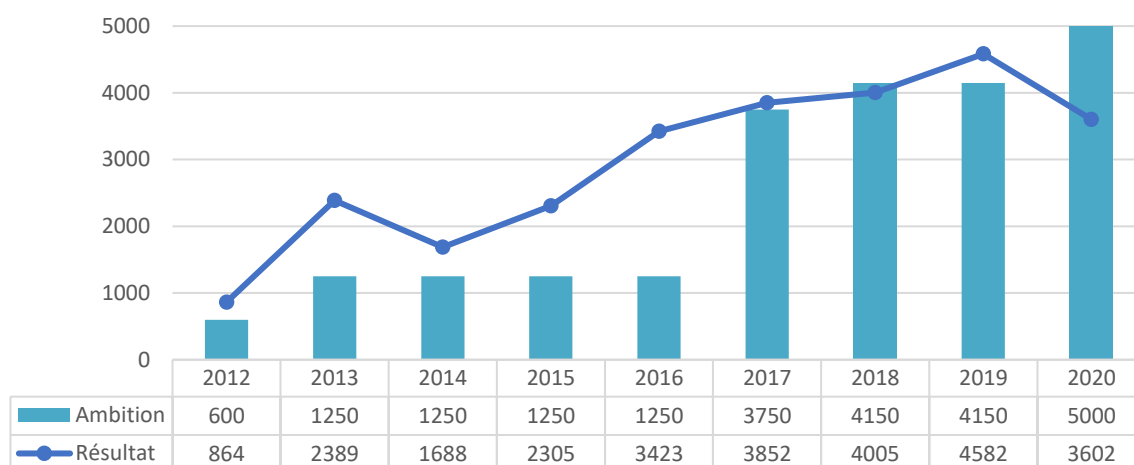
Au cours de la période 2012-2020, 26 710 trajets ont été entamés, dont 19 464 dans le cadre de l'accord-cadre qui a pris cours en 2016. L'objectif de lancer 22 650 trajets au cours de la période 2012-2020 a donc été dépassé de 18 %. En même temps que le nombre de trajets visés, le nombre de trajets entamés a également augmenté. En 2020, cependant, l'objectif n'a pas été atteint et pour la première fois depuis le début de l'accord-cadre, une baisse du nombre de trajets entamés a été enregistrée, ce qui est étonnant vu le nombre croissant de malades de longue durée. Dans son rapport annuel 2020, le VDAB indique qu'au lendemain de la pandémie, il sera important de continuer à se concentrer sur ce groupe cible. Pour 2021, l'objectif est de 5 000 trajets, tout comme en 2020.

Une étude récente d'IDEA Consult³⁴ a montré que la plupart des personnes qui entrent dans un trajet de réintégration sont âgées de 25 à 34 ans (23 %), de 35 à 44 ans (35 %) ou de 45 à 54 ans (32 %). Il s'agit généralement de personnes peu (43 %) ou moyennement qualifiées (42 %). Ceci est conforme au constat selon lequel les profils les plus qualifiés (diplômés de l'enseignement supérieur) font moins appel au VDAB pour se réintégrer sur le marché du travail.

³⁴ De Coen, A., Goffin, K., Carpentier, M., Valsamis, D. & Van der Beken, W. (2021). Re-integratie van langdurig zieken via uitzendwerk. Een studie van IDEA Consult in opdracht van VDAB.



Figure 28. Evolution du nombre de trajets visés et entamés pour les malades de longue durée au VDAB (période 2012-2020)



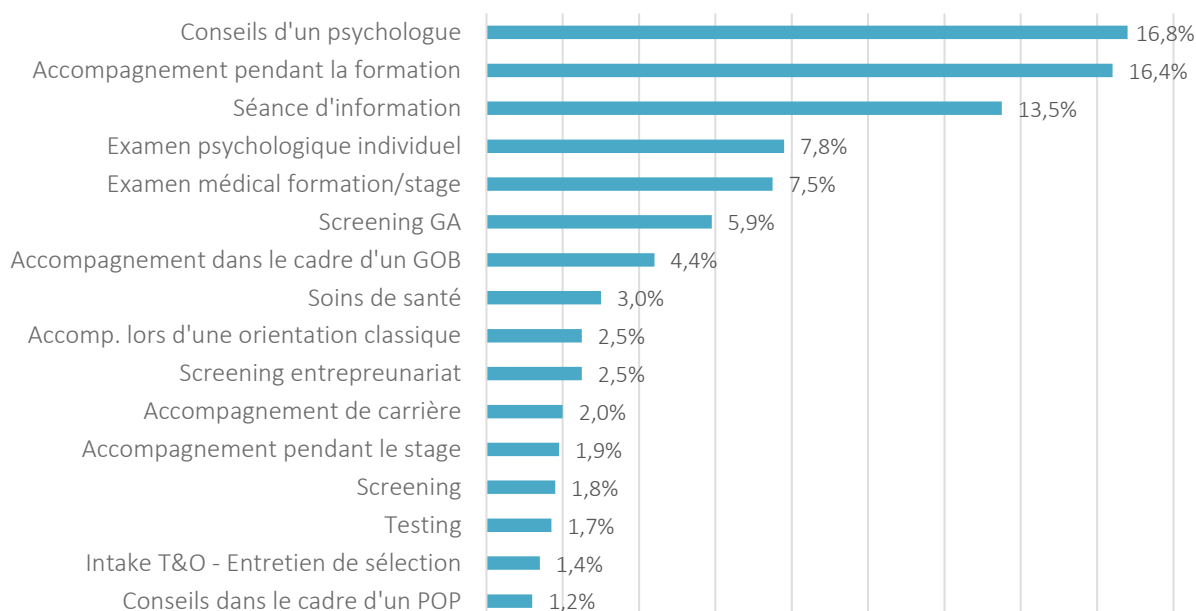
Source : 'Visienota aan de Vlaamse Regering betreffende Vlaams actieplan re-integratie (langdurig) zieken: Arbeidsongeschikt'

Type d'accompagnement suivi par les malades de longue durée

Des recherches antérieures menées par IDEA Consult ont montré que sur l'ensemble des trajets organisés dans le cadre de l'accord-cadre, les deux tiers ont été gérés par le GTB, tandis que les 32 % restants ont été gérés par le VDAB. Par contre, l'accompagnement est surtout dispensé par le VDAB (56 %) lui-même ou par un partenaire du VDAB autre que le GTB (37 %).

Le type d'activités au programme varie en fonction des besoins du malade de longue durée. Les principales activités sont présentées dans la figure ci-dessous.

Figure 29. Activités les plus fréquentes dans les trajets de réintégration des malades de longue durée



Note : GA = Services spécialisés en analyse du travail ; GOB = Service spécialisé de formation, d'orientation et de médiation ; T&O = formation ; POP = Plan de développement personnel.

Source : données VDAB, sur la base des projets INAMI dans la catégorie « accompagnement » qui ont débuté au cours de la période de référence 2016-2020, N=14 346.

En outre, l'analyse a montré que 21 % des projets menés avec des malades de longue durée pendant la période de référence comportaient une composante « formation en situation de travail », principalement un stage d'exploration professionnelle (62 %), un stage de formation (20 %) ou une formation professionnelle individuelle (Individuele Beroepsopleiding – IBO) (11 %).

Un volet formation fait également souvent partie du trajet : dans 21 % des trajets, la personne a suivi une formation reconnue par le VDAB, généralement une formation professionnalisante. La plupart des participants (62 %) réussissent la formation, seuls 7 % échouent. Parmi les 31 % restants qui ne terminent pas la formation, la plupart arrêtent pour cause d'incapacité et pour cause de maladie de longue durée.

Le retour à l'emploi prend du temps (la plupart du temps > 1 an), mais au bout de 2 ans, près d'un tiers des personnes sont à nouveau au travail

Le tableau ci-dessous, qui est extrait d'une étude réalisée par IDEA Consult pour le VDAB, montre les taux de retour à l'emploi à court, moyen et long terme. Au bout de 6 mois, près d'un participant sur 7 en moyenne est au travail (13,5 %) et au bout de 24 mois, c'est près d'un sur 3 (31,2 %). On remarque que les taux de retour à l'emploi à court terme (6 mois et 12 mois) ont évolué positivement sur la période 2016-2018, mais que cette tendance ne s'est pas poursuivie en 2019. La plupart des participants (64,5 %) ont besoin de plus d'un an pour reprendre pied sur le marché du travail.

Tableau 5. Taux de retour à l'emploi à court, moyen et long terme (mesurés en fin du mois)

	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2016-2019
<i>Nombre de participations au projet</i>	3 423	3 852	4 005	4 582	15 862
Taux de retour à l'emploi après 6 mois	13,1%	13,9%	14,4%	13,1%	13,6%
Taux de retour à l'emploi après 12 mois	21,7%	22,9%	23,2%	19,9%	21,9%
Taux de retour à l'emploi après 18 mois	28,0%	27,8%	27,3%	25,6%	27,3%
Taux de retour à l'emploi après 24 mois	32,0%	31,6%	30,1%	-	31,2%

Source : Données du VDAB, sur la base des projets INAMI qui ont débuté au cours de la période de référence 2016-2019





5 / Les mesures d'activation pour les personnes en incapacité en Europe

Dans ce chapitre, nous décrivons les mesures d'activation qui sont prévues pour les personnes en incapacité de longue durée en Europe. Tout d'abord, nous allons nous pencher sur la politique européenne générale d'activation qui concerne ce groupe cible. Ensuite, nous nous concentrerons sur une sélection de pays présentant des cas intéressants. Ce chapitre est principalement destiné à pointer des exemples inspirants et à identifier des enseignements qui peuvent être utiles pour la politique belge d'activation des personnes en incapacité de longue durée.

5.1. La politique des pays européens en matière d'activation des personnes en incapacité de longue durée

Prédominance d'une politique passive pour les personnes en incapacité en Europe, mais réorientation vers une politique plus active

En Europe, les dépenses publiques consacrées à l'incapacité de travail sont encore dominées par une indemnisation « passive » plutôt que par des investissements « actifs » dans la réinsertion et la réadaptation professionnelles. Cependant, on observe dans la plupart des pays d'Europe une évolution qui tend à aller de mesures passives vers des mesures plus actives (Scharle & Csillag, 2017).

Scharle & Csillag (2017) comparent ces deux types de politique du marché du travail à l'aide d'un indice composite :

- **Politiques passives** : les politiques passives sont mesurées à l'aide d'un ensemble de 10 indicateurs subjectifs concernant les indemnités d'incapacité et de maladie. Cela englobe, par exemple, les règles relatives à la rigueur des tests médicaux et professionnels ainsi qu'à la durée et la permanence de l'indemnisation. Le score ainsi obtenu est appelé score de "compensation".
- **Politiques actives** : la deuxième dimension est l'"intégration" des personnes en incapacité sur le marché du travail ; celle-ci est mesurée à l'aide de 10 indicateurs subjectifs. Ceux-ci portent par exemple sur la disponibilité de programmes spéciaux de réintégration, sur la réadaptation professionnelle et les conditions de travail.

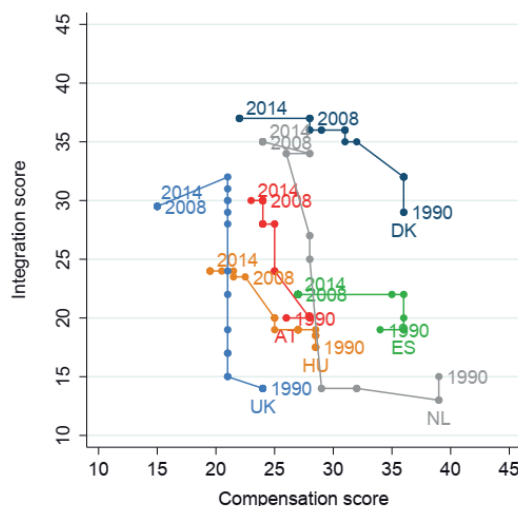
L'évolution des politiques entre 1999 et 2014 dans les deux dimensions précitées est résumée dans la figure ci-dessous pour 6 pays européens pour lesquels des données complètes sont disponibles (voir dans les annexes un schéma qui reprend plus de pays, mais avec des données plus anciennes). Le nombre de pays considérés est limité, mais l'orientation de la réforme est claire. Les systèmes d'indemnisation sont devenus plus stricts, avec des critères médicaux plus objectifs, des critères professionnels plus stricts, un contrôle plus strict de l'absentéisme et un renforcement des incitants à la reprise du travail. Cette évolution est mesurée sur l'axe horizontal du graphique par le score de compensation : tous les pays se sont sensiblement déplacés vers la gauche et ont réduit les politiques passives.

En ce qui concerne les politiques actives, l'évolution peut être lue sur l'axe vertical du graphique. Nous observons que les scores d'intégration des différents pays ont augmenté entre 1990 et 2014. L'augmentation des scores d'intégration est de manière générale plus élevée que la baisse des scores



de compensation. Le renforcement des politiques actives a donc été de manière générale plus important que le durcissement des politiques de compensation, c'est-à-dire des politiques passives (Scharle & Csillag, 2017).

Figure 30. Évolution de la politique en faveur des personnes en incapacité de longue durée dans quelques pays européens, politique passive vs. politique active, 1990-2014



Source : Scharle & Csillag (2017)

Déplacement de perspective dans le diagnostic : de l'incapacité de travail vers l'éventuelle capacité de travail restante

L'augmentation considérable du nombre de personnes en invalidité au cours des dernières décennies a fait que les pays doivent reconsidérer leur approche de la problématique. Selon l'OCDE (2010), l'une des raisons importantes pour lesquelles les personnes ayant des problèmes de santé sont déclarées en incapacité, c'est que cette décision n'a pas été prise sur la base d'une évaluation fiable de la capacité de la personne à travailler. Au contraire, une trop grande attention est accordée au **diagnostic médical** de perte de capacités fonctionnelles physiques et/ou mentales, diagnostic effectué par un médecin qui n'a que peu ou pas d'expertise en matière de réadaptation. Cette évaluation médicale peut soit conduire directement à l'octroi d'une indemnité d'incapacité, soit constituer en tout cas un facteur important dans la procédure d'octroi.

Parallèlement, un deuxième problème selon l'OCDE (2010) est que l'octroi d'indemnités d'incapacité présuppose un certain nombre de **conditions** implicites. Ces conditions impliquent généralement que l'état de santé du demandeur ne va vraisemblablement pas s'améliorer et que cela l'empêchera définitivement d'exercer tout travail. Il s'agit là d'une supposition erronée pour bon nombre des problèmes de santé les plus courants de nos jours. Pour éviter une réduction de l'indemnité, la personne concernée doit continuer à démontrer qu'elle est incapable de travailler ; souvent, elle ne peut pas participer à des activités qui augmenteraient trop son revenu, et enfin, elle ne peut pas signaler une amélioration significative de son état de santé. En contrepartie, la personne en incapacité reçoit ce qui, dans de nombreux pays, équivaut à une indemnité à vie.

Plusieurs pays ont fait des tentatives pour se concentrer non pas sur le diagnostic d'incapacité de travail, mais plutôt sur la manière de mieux utiliser les capacités restantes de la personne. Ce changement d'approche permet de mettre la priorité sur la réadaptation des personnes en vue d'exercer un travail à temps partiel ou à temps plein plutôt que sur le soutien à l'inactivité. L'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont des exemples de pays qui tentent de modifier leur approche en mettant l'accent sur la détermination des capacités restantes du demandeur (voir infra).

5.2. La politique d'activation en faveur des personnes en incapacité de longue durée dans quelques pays présentant des exemples inspirants

Dans cette section, nous allons passer en revue diverses pratiques intéressantes observées dans quelques pays de l'Union européenne. Les pays que nous avons sélectionnés ont récemment mis en œuvre des réformes, dont la Belgique pourrait utilement s'inspirer. Ces pays sont les Pays-Bas, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

5.2.1 Pays-Bas

D'une manière générale, les Pays-Bas font moins bien que la Belgique en ce qui concerne la proportion de personnes en incapacité de longue durée dans la population : celle-ci est en effet de 6,7 % aux Pays-Bas en 2019, contre 5,9 % en Belgique (cf. supra, section 2.4). L'évolution du pourcentage de personnes en incapacité de longue durée entre 2011 et 2019 a cependant été plus favorable aux Pays-Bas, avec une augmentation de 0,8 %, contre 1,9 % en Belgique. Les Pays-Bas ont également mis en œuvre quelques réformes intéressantes. Celles-ci sont expliquées et commentées ci-après sur la base d'études existantes.

La réglementation en matière d'incapacité de travail rend l'employeur responsable du paiement du revenu de remplacement pendant une longue période

Aux Pays-Bas, lorsqu'une personne est incapable de travailler pendant plus de quatre semaines pour cause de maladie, elle est considérée comme « inapte au travail ». Cette situation est donc plus ou moins conforme à celle de la Belgique. Une différence importante concerne le salaire garanti. En Belgique, l'employeur prend en charge 100 % du salaire pendant un maximum de 30 jours, tandis qu'aux Pays-Bas, la personne en incapacité reçoit au moins 70 % de son salaire à charge de l'employeur pendant les deux premières années. Au-delà de cette période, la personne en incapacité peut prétendre à une indemnité d'invalidité au titre de la loi WIA ('Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen')³⁵, et un plan de réintégration doit être établi.

Par conséquent, les Pays-Bas, par rapport à d'autres pays européens, prévoient le paiement des indemnités d'incapacité par l'employeur pendant une longue période. En contrepartie, les employeurs néerlandais paient moins de cotisations de sécurité sociale par rapport à leurs homologues de nombreux pays européens, dont la Belgique (5,4 % du PIB aux Pays-Bas, contre 7,9 % du PIB en Belgique en 2019³⁶). En outre, le dispositif est considéré par certains employeurs comme financièrement intéressant, car il permet d'éviter de devoir payer des frais de licenciement (Scharle & Csillag, 2017).

L'indemnité d'invalidité, que les personnes en incapacité reçoivent donc à partir de deux années de maladie, fait une distinction entre :

- **Les personnes en incapacité de travail complète** : les travailleurs qui sont en incapacité totale et permanente de travailler³⁷, sans perspective de rétablissement. Il s'agit de personnes qui ne sont plus capables d'accomplir des prestations de travail. En cas d'incapacité de travail totale (80-100 %), l'indemnité s'élève à 75 % du dernier salaire.
- **Les personnes en incapacité de travail partielle** : les travailleurs qui sont encore considérés comme capables de tirer un revenu (partiel) de leur travail³⁸. S'ils peuvent gagner au moins 35 % et maximum 80 % de leur ancien salaire, ils sont en incapacité de travail partielle. L'indemnité dépend

³⁵ Cf. site web du NIBUD - Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (<https://www.nibud.nl/consumenten/langdurig-ziek-wat-nu/>).

³⁶ Données Eurostat (https://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation-1/economic-analysis-taxation/data-taxation_fr).

³⁷ 'Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten' (IVA).

³⁸ 'Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten' (WGA).



du degré d'incapacité de travail. Le complément de revenu s'élève à 70 % de la différence entre le salaire journalier et le revenu du travail ou la capacité de gain estimée (le pourcentage entre 35 % et 80 % que l'on peut gagner de l'ancien salaire). La personne doit utiliser au moins la moitié de ses capacités restantes, sinon elle perçoit une indemnité forfaitaire qui est nettement inférieure à l'indemnité d'incapacité de travail précédente.

Le régime en vigueur pour les personnes en incapacité partielle aide les personnes concernées à reprendre tout de même le travail de manière appropriée, et il est fréquemment utilisé. Les chiffres de l'UWV (le service public néerlandais de l'emploi) montrent en effet qu'une part importante (21 %) du total des indemnités va aux personnes en incapacité de travail partielle³⁹.

La réglementation relative à l'activation des personnes en incapacité confère une grande responsabilité à l'employeur

L'activation initiale des personnes en incapacité de travail est effectuée par l'employeur, comme le prévoit la "Wet Verbetering poortwachter" (WVP) de 2002, puisque l'employeur continue à payer la personne en incapacité de travail pendant les deux premières années, ce qui représente une **très longue période**⁴⁰. Si le travailleur est malade, l'employeur doit veiller à ce que celui-ci se rétablisse le plus rapidement et le plus complètement possible, afin d'éviter le recours à des indemnités.

L'objectif de la réintégration est une reprise structurelle du travail dans un emploi approprié qui correspond au maximum aux capacités fonctionnelles restantes du travailleur, au sein ou en dehors de l'organisation. L'employeur et le travailleur sont conjointement responsables de la réintégration, mais l'employeur dispose d'une possibilité de sanction si le travailleur ne coopère pas suffisamment à la réintégration (possibilité de suspendre le paiement du salaire). Plusieurs moments d'évaluation sont prévus tout au long de cette période, et ceux-ci sont consignés dans un rapport de réintégration.

Au bout de deux ans, l'UWV procède à une évaluation pour voir si le résultat du processus de réintégration est satisfaisant. En cas d'évaluation positive des efforts de l'employeur, il est statué sur le droit à une indemnité d'invalidité. En cas d'évaluation négative, l'obligation de l'employeur de continuer à payer le salaire est prolongée de 52 semaines au maximum. Après adaptation des recommandations, l'employeur peut introduire une demande pour que la durée de cette prolongation soit raccourcie (voir également la figure 31 pour les détails de ce trajet).

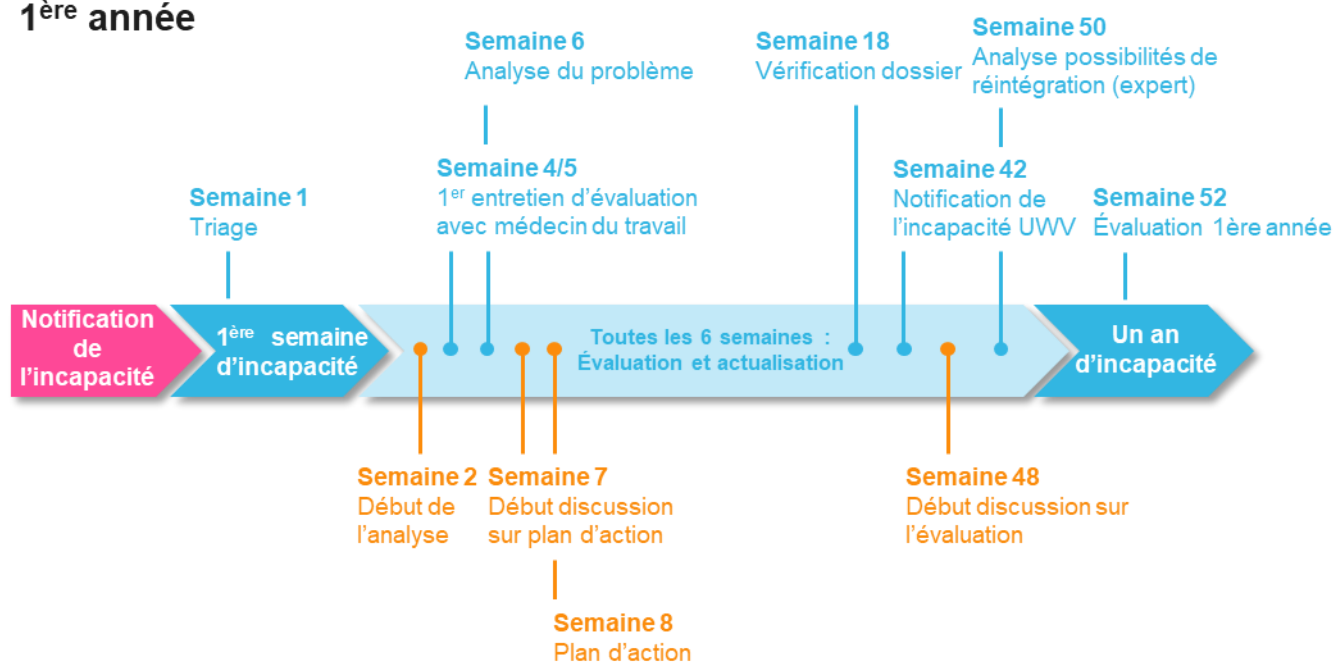
³⁹ Site web de l'administration de la Santé publique (<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/arbeidsongeschiktheid/cijfers-context/huidige-situatie#!node-prevalentie-arbeidsongeschiktheid-naar-geslacht>).

⁴⁰ Site web de l'UWV (<https://www.uwv.nl/werkgevers/brochures/werkwijzer-poortwachter.aspx>).

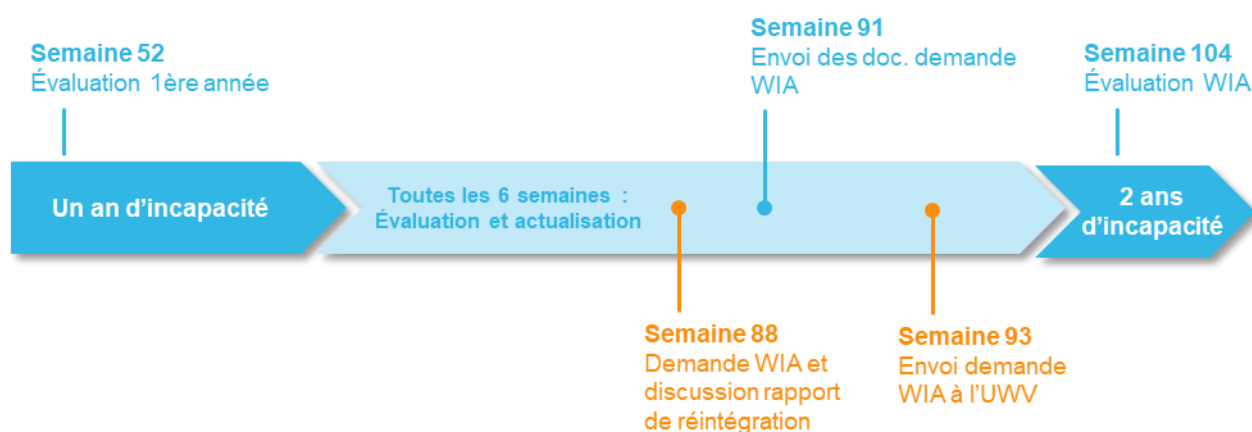


Figure 31. Représentation schématique de l'activation d'une personne en incapacité par l'employeur

1^{ère} année



2^e année



● Efforts ArboNed

● Efforts employeur et travailleur

Source : Arboned (<https://www.arboned.nl/wat-u-moet-weten/voldoen-aan-de-wet/wet-verbetering-poortwachter>)

Les évaluations qui ont été effectuées à propos de cette politique ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- **Diminution du nombre de personnes en incapacité de travail** : après l'introduction de la WVP, on a constaté un recul de l'absentéisme pour cause de maladie et du nombre de personnes en incapacité de travail, baisse plus marquée qu'un simple effet de conjoncture et indépendante de l'influence de diverses autres mesures politiques.
- **Des efforts accrus de la part des employeurs** : les efforts de l'employeur et du médecin du travail au cours de la première année de maladie ont augmenté de manière significative par rapport à la période d'avant la WVP. On a pu démontrer une corrélation entre les efforts des employeurs en faveur de la réintégration et le taux de retour à l'emploi des travailleurs. Depuis la WVP, les

travailleurs retournent également au travail plus rapidement, même si leur état de santé ne s'est pas amélioré de manière significative.

- **La collaboration pourrait encore être améliorée** : les contacts et la coordination entre les médecins du travail et les professionnels de l'UWV pourraient être améliorés.

Les Pays-Bas prévoient une indemnisation de l'employeur en cas d'incapacité (de longue durée) de certains travailleurs

La mesure 'no-riskpolis' (police 0 risque) prévoit d'indemniser l'employeur en cas de congé de maladie (imprévu) de certains travailleurs. Divers demandeurs d'emploi souffrant d'une maladie ou d'un handicap peuvent bénéficier de cette mesure. Par exemple, l'État néerlandais prend en charge 70 % du salaire journalier spécifiquement pour les demandeurs d'emploi âgés qui doivent s'absenter pour cause de maladie pendant plus de 13 semaines dans les 5 années suivant leur engagement. Le gouvernement néerlandais veut ainsi faciliter le retour au travail de travailleurs malades/ayant des antécédents de maladie, étant donné que l'employeur paie le salaire du travailleur malade pendant une période qui va jusqu'à 2 ans⁴¹.

L'évaluation effectuée par Regioplan montre que, selon les employeurs néerlandais, la no-riskpolis en faveur des bénéficiaires d'indemnités est déterminante pour le recrutement de personnes ayant des antécédents de maladie et le recrutement de travailleurs âgés. Il apparaît que c'est surtout l'assurance contre le risque de décrochage d'un travailleur âgé et/ou d'un travailleur malade/ayant des antécédents de maladie qui joue un rôle déterminant en augmentant les chances de ces travailleurs d'être engagés (Regioplan, 2020).

Enseignements pour la Belgique :

- Responsabiliser davantage l'employeur, par exemple dans le cadre du plan de réintégration, conduit à une activation plus rapide de la personne en incapacité (de longue durée).
- Les moments d'évaluation intermédiaires et les évaluations du plan de réintégration de l'employeur qui sont effectuées par l'agence pour l'emploi aident à assurer le suivi des efforts aux Pays-Bas.
- Des études menées aux Pays-Bas soulignent la nécessité d'une bonne coopération entre les employeurs et l'agence pour l'emploi.
- Pour inciter les employeurs à embaucher des personnes ayant des antécédents de maladie (de longue durée), il est opportun de leur accorder une compensation au cas où ces personnes doivent à nouveau s'absenter pour cause de maladie. En Belgique, il existe un système comparable de reprise partielle/progressive du travail : en cas de rechute, les personnes perçoivent immédiatement une allocation d'invalidité de l'INAMI et l'employeur ne doit pas verser de salaire garanti. Il est donc recommandé de mieux faire connaître ce dispositif et de l'étendre.

5.2.2 Allemagne

En Allemagne, la proportion de personnes en incapacité de longue durée dans la population est nettement plus faible qu'en Belgique ; elle est en effet de 3,1 %, soit environ la moitié du pourcentage enregistré en Belgique (5,9 %) (chiffres 2019). De plus, la part des personnes en incapacité de longue durée y est restée stable ces dernières années, avec une augmentation de seulement 0,3 % (Belgique

⁴¹ Site Internet de l'UWV (<https://www.uwv.nl/werkgevers/formulieren/document-no-riskpolis.aspx>).



1,9 %) entre 2011 et 2019. En outre, face à la problématique des travailleurs en incapacité de longue durée, l'Allemagne a mis en œuvre certaines réformes qui se sont avérées efficaces, et que nous allons brièvement passer en revue dans cette section :

- ▶ Durcissement du critère de reconnaissance de l'incapacité.
- ▶ Stimulation de l'accompagnement des travailleurs par l'employeur pour un retour au travail.
- ▶ Mise en place d'un nouveau programme d'accompagnement "retour au travail" pour les personnes difficiles à placer.

Réglementation générale en matière d'incapacité de travail en Allemagne

Jusqu'à 6 semaines de maladie, la rémunération du travailleur malade est à la charge de l'employeur, mais passé ce délai, c'est l'assurance maladie qui prend le relais. Cette indemnité de maladie (« Krankengeld ») équivaut à 70 % du salaire normal. La durée maximale de versement de cette indemnité de maladie est de 78 semaines sur une période de 3 ans pour la même maladie⁴².

Après cette période, il est possible de recevoir une indemnité ("Erwerbsminderungsrente") pour "capacité de gain réduite". Cette indemnité peut être demandée si le travailleur travaille moins de six heures par jour (pour une incapacité partielle) ou s'il ne peut pas travailler au moins trois heures par jour dans un emploi rémunéré (pour une incapacité complète)⁴³. Pour y avoir droit, il faut avoir été assuré en Allemagne pendant au moins cinq ans avant le début de l'incapacité de travail, et donc avoir cotisé à l'assurance maladie (ce que l'on appelle le stage d'attente général), et avoir payé des cotisations de pension obligatoires pendant au moins trois ans⁴⁴. Le montant de l'indemnité dépend du dernier salaire de la personne en incapacité.

Durcissement du critère de reconnaissance de l'incapacité

Une réforme importante a consisté à modifier le [critère de reconnaissance de l'incapacité de travail](#). Avant la réforme, une personne était déjà considérée comme étant en incapacité si elle ne pouvait plus exercer la profession pour laquelle elle avait été formée ou la dernière profession qu'elle avait exercée. Depuis 2001, pour être déclaré en incapacité de travail, il faut être [inapte à l'exercice de toute profession](#). Résultat : le nombre total des entrées en incapacité de travail est passé de 200 000 en 2001 à 160 000 en 2005 (McVicar, Wilkins & Ziebarth, 2016).

En Belgique, une personne peut être reconnue inapte au travail si elle a dû cesser tout travail pour des raisons de santé et si, en même temps, elle est inapte à plus de 66 % par rapport à la dernière profession exercée et à toutes les professions qu'elle a déjà exercées ou qu'elle pourrait exercer [en fonction de sa formation](#). Il s'agit donc d'une condition moins stricte qu'en Allemagne.

Stimulation de l'accompagnement des travailleurs par l'employeur pour un retour au travail

D'autres réformes qui ont été mises en œuvre en Allemagne ont trait à [l'accompagnement des travailleurs sur le lieu de travail](#). Ces réformes ont imposé aux employeurs l'obligation légale d'assurer la réintégration sur le lieu de travail en cas d'incapacité. Lorsque les travailleurs peuvent prétendre à des indemnités après 6 semaines de maladie, la loi exige que les employeurs préparent un plan avec la contribution du travailleur malade, d'experts de l'organisme de paiement, du conseil d'entreprise et du

⁴² Site web de la Commission européenne (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPagId=4550&langId=fr>).

⁴³ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1111&intPagId=4551&langId=fr>.

⁴⁴ Site web de DRV (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html).



médecin du travail. Ce plan a pour but de surmonter l'incapacité temporaire du travailleur en amont et de prévenir ainsi une future diminution de la capacité de travail (McVicar, Wilkins & Ziebarth, 2016).

En Belgique, le médecin-conseil dispose de deux mois pour lancer un trajet de réintégration après la déclaration de l'incapacité de travail. L'employeur ne doit mettre en route un trajet de réintégration qu'après 4 mois d'incapacité de travail (après 4 mois d'incapacité de travail ininterrompue ou après réception d'une attestation d'incapacité de travail définitive). Ainsi, le délai pour introduire une demande de trajet de réintégration est beaucoup plus long que les 6 semaines prévues en Allemagne.

Une évaluation de la réglementation belge montre d'ailleurs qu'un trajet de réintégration conduit dans de nombreux cas à un retour à l'emploi des travailleurs en incapacité, certes plus souvent chez un autre employeur. Cependant, l'étude indique que l'un des principaux obstacles est le démarrage tardif du processus de réintégration (Boets & Godderis, 2020).

Accompagnement « retour au travail » pour les personnes difficiles à placer

Depuis 2013, un programme spécifique d'accompagnement pour les personnes difficiles à placer a été mis en place : le programme interne et holistique d'intégration (« Interne ganzheitliche Integrationsberatung – Inga »), qui, comme son nom l'indique, présente trois caractéristiques :

- ▶ **Programme d'aide à l'intégration** : l'objectif est de trouver un emploi durable et pour ce faire, les conseillers analysent la situation personnelle des participants et s'appuient sur leurs points forts.
- ▶ **Interne** : les conseils et le soutien sont dispensés par des conseillers spécialisés de l'agence pour l'emploi. Les séances se déroulent dans le cadre de discussions individuelles et en petits groupes.
- ▶ **Holistique** : l'approche adoptée tient compte de divers éléments de la situation personnelle individuelle qui influent sur le démarrage dans un nouvel emploi (outre l'aspect médical, les facteurs psychologiques, la situation familiale, les problèmes de mobilité, etc.).

En 2017, 126 000 « intégrations » ont été réalisées sur le marché du travail (CDI et CDD), et le « ratio d'intégration », c'est-à-dire la proportion de chômeurs qui ont été intégrés, était d'environ 42 %. Pour les demandeurs d'emploi au profil similaire qui n'ont pas participé à ce programme Inga, le taux d'intégration était inférieur à 33 %. La durée de chômage à l'issue du programme a été plus courte d'environ 22 % pour les participants au programme que pour leurs pairs du même groupe d'âge qui n'ont pas participé. En outre, 2 participants Inga sur 3 (67 %) ont trouvé un emploi dans les 6 mois, ce qui est nettement mieux que d'autres profils de type comparable.

Ce programme montre qu'il est important que l'accompagnement dispensé par l'agence pour l'emploi combine une approche individuelle et collective, et que les difficultés individuelles de la personne qui sont susceptibles d'influer sur le succès de la réintégration soient prises en compte.

Enseignements pour la Belgique :

- ▶ Reconnaître l'incapacité de travail uniquement lorsqu'une personne est inapte à tout type de travail, comme en Allemagne, pourrait constituer un durcissement de la politique en Belgique.
- ▶ Impliquer l'employeur en amont dans le trajet de réintégration peut permettre d'éviter que l'incapacité de travail temporaire ne devienne une incapacité de longue durée. Il est important de fournir un soutien à l'employeur dans ce cadre, car on ne peut pas s'attendre à ce que les employeurs disposent de toute l'expertise nécessaire pour dispenser à chaque travailleur un accompagnement sur mesure.
- ▶ Il est important que l'accompagnement se fasse par le biais d'entretiens individuels et en petits groupes à l'agence pour l'emploi, et que les facteurs influençant la situation individuelle soient pris en compte.



5.2.3 Le Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les personnes en incapacité de longue durée représentaient 5,2 % de la population totale en 2019, alors qu'en Belgique, la proportion atteignait 5,9 % (cf. supra section 2.4). Le Royaume-Uni a en outre connu une évolution favorable de la proportion de personnes en incapacité de longue durée entre 2011 et 2019, à savoir une diminution de 0,3 %, tandis que la Belgique enregistrait dans le même temps une hausse de 1,9 %. Dans cette section, nous allons expliquer brièvement la réglementation générale relative aux maladies (de longue durée) au Royaume-Uni, puis nous nous pencherons sur le recours à la " fit note ", qui est une mesure intéressante.

Réglementation en matière de maladie et d'incapacité de travail au Royaume-Uni

Les travailleurs qui sont malades pendant plus de 4 semaines sont considérés comme des malades de longue durée et perçoivent à partir de ce moment-là une indemnité de maladie à charge de leur employeur⁴⁵. La plupart des travailleurs ont légalement droit à cette indemnité de maladie pendant 28 semaines au maximum ('statutory sick pay'). Dans la plupart des autres pays européens, l'employeur assure le paiement du salaire garanti pendant quelque semaines. Tout comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni, avec une durée d'environ six mois, prévoit donc une **longue période de paiement** des indemnités d'incapacité par l'employeur, mais aussi des cotisations patronales plus faibles (3,8 % du PIB, contre 7,9 % du PIB en Belgique en 2019⁴⁶).

À la fin de la période de 28 semaines, les travailleurs peuvent prétendre à une indemnité d'incapacité ('employment and support allowance'). Le montant de cette indemnité dépend de la catégorie dans laquelle se situe le travailleur⁴⁷.

La 'fit note' : une autre notion de l'incapacité de travail

En 2010, le Royaume-Uni a introduit la **fit note**, une sorte de certificat médical, à ceci près que trois options y sont mentionnées : outre les mentions « apte au travail » et « inapte au travail », il existe une troisième option « **éventuellement apte au travail moyennant les conditions suivantes** ». Cependant, sept ans après son introduction, il apparaissait que cette dernière option n'était utilisée que par une minorité de patients (7 %), car la fit note n'était pas entièrement implémentée.

Une étude a montré que seul un nombre limité de médecins utilisait cet outil et que, de plus, les médecins généralistes ne connaissaient souvent pas ou ne pouvaient pas évaluer les conditions dans lesquelles le travail est exercé. Néanmoins, les généralistes ont estimé que la 'fit note' permettait de discuter d'un éventuel retour au travail avec le/la patient(e) plus en amont dans le processus de la maladie, en se concentrant sur ce que celui-ci/celle-ci peut encore faire (l'aspect 'santé'), et moins sur ce qu'il/elle ne peut plus faire (l'aspect 'maladie') (Godderis, 2019).

Enseignements pour la Belgique :

- Il est intéressant de se concentrer dès le début du processus de maladie sur un éventuel retour au travail, en mettant l'accent sur la santé - ce que le patient peut encore faire -, et moins sur la maladie - ce que le patient ne peut plus faire. Cela permet de se concentrer sur le rôle de la personne en tant que travailleur, plutôt que sur son rôle en tant que patient. Le langage utilisé peut également contribuer à orienter cette perception : en Belgique, on parle de « capacités restantes » et d'« incapacité », au Royaume-Uni de « fit note » (certificat d'aptitude au travail).

⁴⁵ Site du gouvernement britannique (<https://www.gov.uk/taking-sick-leave>).

⁴⁶ Données Eurostat (https://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation-1/economic-analysis-taxation/data-taxation_fr).

⁴⁷ <https://croner.co.uk/resources/leave-absence/sick-leave/long-term/pay/>



6 / Conclusions et recommandations

Dans ce chapitre 6, nous résumons les principaux résultats et enseignements de cette étude et identifions un certain nombre de recommandations.

6.1. Conclusions – Que nous apprend l'analyse ?

Les personnes en incapacité de longue durée en Belgique : un groupe important, et qui continue à croître

Le nombre de personnes en incapacité de longue durée est élevé en Belgique, avec 467 884 personnes en décembre 2020, soit 6,7 % de la population en âge de travailler. Cela signifie que l'on dénombrerait 1 personne en incapacité de longue durée pour 11 actifs occupés en 2020.

Entre 2008 et 2020, le groupe des personnes en incapacité de longue durée (invalidité) a presque doublé. Depuis 2016, il y a même davantage de personnes en invalidité que de chômeurs en Belgique. Alors que le nombre de chômeurs ne cesse de diminuer depuis 2014, avec -34,1 % entre 2014 et 2020, le nombre de personnes en invalidité a augmenté de 36 % au cours de cette même période. Le vieillissement de la population et le relèvement de l'âge de la retraite sont les principaux facteurs qui expliquent l'augmentation du nombre de personnes en invalidité en Belgique. En outre, avec la hausse du taux d'emploi des femmes, le nombre de bénéficiaires (potentiels) d'indemnités d'incapacité a également augmenté. L'accroissement de l'intensité du travail (exigences en termes de cadences, de délais, exigences émotionnelles, ...) et la politique active du marché du travail jouent également un rôle dans l'augmentation du nombre de personnes en invalidité, mais dans une moindre mesure.

Certaines caractéristiques de profil sont surreprésentées dans le groupe des personnes en invalidité

Il est frappant de constater que certaines caractéristiques de profil sont surreprésentées dans le groupe des personnes en invalidité. Il s'agit des caractéristiques suivantes :

- ▶ **Habitants du Hainaut** : 16,9 % des personnes en invalidité en Belgique vivent dans cette province alors que celle-ci compte 11,6 % de la population totale en âge de travailler.
- ▶ **Travailleurs salariés et demandeurs d'emploi** : 94,1 % des personnes en invalidité sont des travailleurs salariés ou des chômeurs alors que ce groupe ne représente que 77,4 % de la population totale des salariés, des chômeurs et des indépendants. Pour les indépendants, c'est l'inverse : alors que les indépendants représentent 22,6 % de la population totale des salariés, chômeurs et indépendants, la proportion d'indépendants dans le total des personnes en invalidité n'était que de 5,9 % en 2020.

- **Ouvriers** : les ouvriers représentent deux tiers du nombre de personnes en invalidité, alors qu'ils ne représentent qu'un tiers du nombre total de travailleurs salariés.
- **Femmes** : les femmes représentent 59,3 % du nombre total de travailleurs en invalidité, contre 46,8 % de la population totale en âge de travailler.
- **Les travailleurs âgés, et plus particulièrement la tranche d'âge des 55-59 ans** : les 55-59 ans constituent le groupe le plus important au sein de la population des personnes en invalidité (25 % du total), alors qu'ils ne représentent que 10 % de la population totale en âge de travailler.

Les personnes en incapacité de longue durée souffrent principalement de troubles mentaux et présentent un taux de retour à l'emploi très faible

Plus d'une personne en incapacité de longue durée sur trois souffre de troubles mentaux (36,1 % en 2020). Ce groupe comprend, par exemple, les personnes souffrant de dépression et de burn-out. Au cours de la période 2016-2019, le nombre de personnes en dépression a augmenté de 42,02 %, et le nombre de personnes en burn-out a augmenté de 33,09 %.

La majeure partie (60 %) des personnes en incapacité de longue durée (invalidité) compte 3 à 10 années d'incapacité. D'autre part, près d'un tiers des personnes en invalidité sont dans cette situation depuis plus de 10 ans. Ces chiffres montrent clairement que lorsqu'une personne entre en invalidité, c'est pour une très longue période.

Les chiffres concernant le taux de retour à l'emploi le confirment : 3,3 % seulement des personnes qui étaient en invalidité en 2017 étaient enregistrées comme étant à nouveau effectivement à l'emploi ou en recherche d'emploi un an plus tard. Et plus de 90 % des personnes en invalidité sont restées sous le régime de l'invalidité. Le flux de retours sur le marché du travail est donc limité dans le groupe des personnes en incapacité de longue durée, contrairement à ce nous pouvons observer dans le groupe des personnes en incapacité primaire et le groupe des demandeurs d'emploi. Cela explique donc que le nombre de personnes en incapacité de longue durée augmente d'année en année.

L'invalidité constitue un défi plus important en Belgique que dans d'autres pays européens

La Belgique compte 5,9 % de personnes qui ne travaillent pas pour cause de maladie ou d'invalidité ; c'est là un pourcentage relativement élevé puisqu'il est supérieur de près de 50 % à la moyenne européenne, qui est de 4,0 % (chiffres 2019). Seuls deux pays européens, le Danemark et les Pays-Bas, se classent moins bien que la Belgique en 2019 (avec respectivement 7,1 % et 6,7 %). Il est cependant à noter que ces deux pays affichent un taux d'inactivité global bien inférieur à celui de la Belgique (31,0 %), à savoir 20,9 % au Danemark et 19,1 % aux Pays-Bas. La Belgique se caractérise donc par un très grand nombre d'inactifs, dont un grand nombre qui le sont pour cause de maladie ou d'invalidité.

L'augmentation de la proportion de personnes en invalidité dans la population a également été plus forte en Belgique que dans quasiment tous les autres pays européens. En Belgique, cette part a augmenté de 1,9 point de pourcentage entre 2011 et 2019, soit presque trois fois plus que la moyenne européenne (+0,7 point de pourcentage).



L'activation des personnes en incapacité de longue durée entraîne d'importants effets retour pour les finances publiques

L'incapacité de travail de longue durée entraîne pour les finances publiques divers coûts non médicaux, tels que les indemnités à payer aux personnes concernées, mais aussi le manque à gagner en impôts directs et indirects. En ce qui concerne le volet indemnisation, plus de 6,5 milliards ont été versés en 2019 aux bénéficiaires. Il est frappant de constater que depuis 2017, le gouvernement fédéral dépense plus pour les indemnités d'invalidité que pour les allocations de chômage (6,5 milliards contre 4,6 milliards en 2019). Cela s'explique par la baisse continue du total des allocations de chômage depuis 2015, conjuguée à la hausse continue du total des indemnités d'invalidité.

D'autre part, le manque à gagner en impôts directs et indirects s'élevait à plus de 15 milliards en 2019. En conséquence, le coût non médical total de l'incapacité de longue durée a atteint 21,2 milliards en 2019, et le coût annuel moyen par personne en incapacité de longue durée avoisinait les 50 000 euros. En moyenne, les personnes en incapacité de longue durée en 2019 étaient dans cette situation depuis 7,5 ans, ce qui correspond à un coût moyen de 358 125 euros par personne en incapacité de longue durée sur la durée moyenne de l'incapacité de travail. L'activation de ce groupe, par exemple par le biais d'investissements visant à renforcer l'accompagnement, entraînerait donc des effets retour considérables pour les finances publiques.

Une attention croissante pour une politique d'activation au niveau fédéral

Depuis décembre 2016, la réglementation fédérale prévoit des trajets de réintégration sur mesure pour les malades de longue durée afin de leur proposer un poste de travail adapté, un travail adapté ou un autre travail, ou encore une formation. L'objectif est d'activer ce groupe sur la base d'une étroite collaboration entre la personne concernée elle-même, le médecin-conseil et, dans le cas des salariés, le conseiller en prévention-médecin du travail et l'employeur. Généralement, les travailleurs ne s'orientent pas vers un trajet formel et optent plutôt pour l'approche informelle. Or, seuls les trajets formels font l'objet d'un suivi systématique, de sorte que la plupart des trajets de réintégration restent sous le radar. Des études montrent que plus de 40 % des personnes en longue incapacité ayant suivi un trajet de réintégration formel ont repris le travail au terme du trajet, même si c'est plus souvent chez un autre employeur.

Dans les années à venir, les autorités fédérales mettront encore davantage l'accent sur l'activation avec le plan « Retour au travail » qui est annoncé. Les trajets de réintégration actuels feront également l'objet d'une évaluation afin que des ajustements puissent être apportés si nécessaire.

Au niveau régional aussi, il reste encore beaucoup de progrès à faire

Pour les parcours de réintégration des personnes sans contrat de travail, ce sont les régions qui sont compétentes. À ce niveau, nous constatons toutefois de grandes différences entre les ambitions des gouvernements flamand, bruxellois et wallon, et aussi entre les ambitions des services publics régionaux de l'emploi. Alors que la Flandre est passée à la vitesse supérieure ces dernières années pour activer le groupe cible des malades (de longue durée), Bruxelles et la Wallonie n'accordent guère d'attention à l'activation de ce groupe cible. La perception de l'urgence à cet égard semble être indissociable de (l'ampleur de) la situation de pénurie sur le marché du travail, qui incite les entreprises à recruter également des profils atypiques.

Conformément à l'accord-cadre que le VDAB a conclu avec l'INAMI, le GTB et les mutualités, 5 000 trajets de réintégration sont actuellement prévus sur une base annuelle. Et en dépit du nombre croissant de personnes en incapacité de longue durée, une partie de ces trajets sont restés inutilisés. Cela montre qu'il ne suffit pas de proposer des services d'accompagnement : il est également essentiel



d'orienter comme il convient les personnes vers ces services. Dans ce contexte, on attend beaucoup du Plan flamand d'action pour la réintégration des malades de longue durée (« Actieplan re-integratie langdurig zieken ») pour atteindre le groupe cible et assurer une orientation sur mesure. La collaboration entre les acteurs concernés est considérée à cet égard comme un important facteur de succès.

L'exemple de certains pays européens montre la nécessité croissante d'une politique active et le rôle important que les employeurs ont à jouer dans ce domaine

En Europe, les dépenses publiques consacrées à l'incapacité de travail restent dominées par une indemnisation « passive » plutôt que par des investissements « actifs » dans la réintégration et la réadaptation professionnelles. Cependant, on observe que l'approche passive est en train d'évoluer vers une stratégie plus active dans la plupart des pays d'Europe.

Cet accent mis sur une politique active apparaît très clairement par exemple aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni. Dans ces pays, le rôle de l'employeur en matière d'activation, par exemple dans le processus de réintégration, est très important. Aux Pays-Bas, par exemple, il incombe à l'employeur de lancer le trajet de réintégration et d'en assurer le suivi pendant 2 ans, et en Allemagne, l'employeur doit aussi intervenir déjà après 6 semaines de maladie. L'exemple de ces pays montre également qu'il existe différentes possibilités d'estimer les capacités de travail restantes d'une personne en incapacité, par exemple en étant attentif aux compétences potentielles de cette personne plutôt qu'uniquement aux emplois qu'elle a déjà occupés et/ou à ses diplômes.

6.2. Neuf recommandations pour une activation durable des malades de longue durée

Les conclusions exposées ci-dessus ouvrent des pistes importantes pour développer une politique axée sur l'activation des personnes en incapacité en Belgique. Dans cette section de conclusion, nous allons traduire les enseignements que nous avons pu retirer de notre étude en recommandations concrètes. La figure ci-dessous présente un aperçu des neuf recommandations que nous avons formulées sur la base des résultats des chapitres précédents et que nous allons maintenant passer successivement en revue en les commentant.



 Une politique d'activation plus ambitieuse pour les personnes en incapacité sur la base d'objectifs concrets	 Prévoir un filet de sécurité du côté de la demande et du côté de l'offre	 Changer les mentalités : de l' 'incapacité de travail' au 'potentiel de travail'
 Mieux vaut prévenir que guérir : investir dans la prévention et le travail faisable	 Chose commencée tôt est déjà à demi achevée	 Un rôle-clé pour les employeurs
 Un réseau de partenaires spécialisés pour des services sur mesure	 Les prestataires de services RH comme levier	 Investir dans le monitoring

Une politique d'activation plus ambitieuse pour les personnes en incapacité sur la base d'objectifs concrets

L'augmentation constante du nombre de personnes en incapacité de longue durée (invalidité) a un coût important sur le plan personnel, social et économique. À l'heure où les indemnités d'invalidité pèsent, depuis quelques années déjà, plus lourd sur les finances publiques que les allocations de chômage, il est grand temps de passer à l'action. Les premières mesures ont été prises avec l'introduction des trajets de réintégration et, plus récemment, du plan « Retour au travail ». Toutefois, compte tenu de l'ampleur croissante du groupe des personnes en invalidité, il faut mettre la barre plus haut, tant au niveau fédéral que régional. Il ne suffit pas d'inscrire le thème parmi les priorités à l'agenda politique : il faut des **objectifs communs** fondés sur une vision partagée à laquelle tous les acteurs concernés adhèrent.

Une fois les ambitions clairement définies, il importe de **responsabiliser tous les acteurs** pour qu'ils entreprennent les actions nécessaires. Citons notamment les médecins, les mutualités, les assureurs, les conseillers en prévention, les employeurs, les syndicats, les conseillers en emploi et insertion professionnelle, les organisations de la société civile, etc. Il ne suffit pas que chacun réfléchisse dans l'optique de ses propres responsabilités : la coordination entre les différents acteurs est au moins aussi importante. En effet, l'ampleur du défi auquel nous sommes confrontés exige que les uns et les autres unissent leurs forces pour inverser le cours des choses. Il s'agit là d'un élément crucial, car l'augmentation constante du nombre de personnes en invalidité constitue un frein à l'ambition de porter le taux d'emploi à 80 %.

L'objectif le plus important est de nature qualitative, à savoir offrir à chacun l'accompagnement dont il a besoin en mettant l'accent sur la réintégration et, idéalement, en étant également attentif aux services spécialisés que les experts du marché du travail peuvent offrir. Les résultats de notre étude montrent que le coût d'un tel accompagnement ne constitue pas un obstacle et qu'il est possible de le proposer à toute personne qui entre en incapacité de longue durée. Conformément aux développements observés au niveau européen, il est conseillé d'aller au-delà d'une politique du marché du travail essentiellement passive et de poursuivre l'évolution amorcée vers **une politique plus active**. Une politique d'activation assortie de l'accompagnement nécessaire peut donner à la personne en incapacité de longue durée la confiance nécessaire dans le succès de sa réintégration et, plus généralement, elle peut favoriser un changement de culture contribuant à rendre le marché du travail



plus inclusif. Une telle approche inclusive qui ne laisse personne sur la touche est appelée à s'imposer de plus en plus dans les années à venir en ces temps de pénurie croissante sur le marché du travail.

Prévoir un filet de sécurité du côté de la demande et du côté de l'offre

Le système actuel comporte des éléments qui freinent considérablement la réintégration des personnes en incapacité de longue durée. Les exemples observés à l'étranger illustrent l'importance d'anticiper les éventuels **obstacles financiers**. Du côté de l'offre, il y a le besoin d'avoir un revenu assuré et la crainte de perdre son droit à une indemnité lorsqu'on entreprend des démarches pour se réintégrer sur le marché du travail. Cependant, les obstacles financiers jouent également un rôle important du côté de la demande. Une bonne politique doit donc prévoir un filet de sécurité financier, tant pour les employeurs que pour les personnes en incapacité de longue durée qui entament un processus de réinsertion.

- ▶ **Du côté de l'offre**, il est conseillé de toujours veiller à ce que le travail soit rémunérateur et de prévoir, par exemple, davantage de possibilités de combiner salaire et allocation. Des recherches antérieures ont également mis en évidence le potentiel de la formule du congé de maladie à temps partiel.
- ▶ **Du côté de la demande**, les employeurs hésitent à engager une personne qui sort d'une incapacité de longue durée par crainte de devoir payer le salaire garanti au cas où elle rechuterait. Prévoir une dérogation à cette obligation ou bien une intervention financière en cas de rechute à brève échéance (comme aux Pays-Bas) pourrait donc convaincre les employeurs d'engager des personnes du groupe cible.

Le système actuel de reprise partielle/progressive du travail offre un filet de sécurité sur le plan financier, tant aux personnes qui s'engagent dans un processus de réinsertion après une maladie qu'à leur employeur. D'une part, cela permet à ces personnes de pouvoir compter sur une allocation en cas de rechute, et d'autre part, les employeurs sont dispensés de l'obligation de payer le salaire garanti. Des recherches antérieures montrent toutefois que cette mesure n'est pas encore suffisamment connue et qu'elle est jugée complexe. Il faudrait donc idéalement mieux faire connaître les possibilités existantes et les renforcer afin d'éliminer les freins au maximum.

Changer les mentalités : de l'« incapacité de travail » au « potentiel de travail »

Bien que nous ayons toujours utilisé, faute d'alternative et pour la clarté du rapport, le terme d'« incapacité » ou d'« invalidité », nous ne pouvons ignorer la connotation souvent négative liée à la notion d'activation des personnes en incapacité de longue durée/invalidité. Les procédures et la terminologie utilisées (par exemple, « incapacité de travail » ou « capacités restantes ») y contribuent tout particulièrement. Le terme « en incapacité » place la personne (en partie) sur la touche, ce qui met en évidence ses limites en soulignant sa position plus faible sur le marché du travail. Toutefois, tant certaines recherches menées en Flandre que les exemples observés à l'étranger soulignent que l'incapacité d'une personne à effectuer certaines tâches ne signifie pas que cette personne n'est plus capable d'en effectuer d'autres. Il est donc conseillé de **réfléchir en partant des possibilités de la personne**, comme cela se fait déjà au Royaume-Uni par le biais de la « *fit note* », plutôt qu'en se basant sur ses limites. Outre un diagnostic médical, une évaluation fiable de l'« employabilité » est également nécessaire afin d'examiner de quelle manière la personne peut apporter une contribution valable sur le marché du travail avec les compétences dont elle dispose. Il est donc conseillé d'intégrer la politique d'activation des personnes revenant de maladie dans la politique du marché du travail axée sur les compétences (« competentiegericht arbeidsmarktbeleid »), qui est de plus en plus couramment appliquée.



Pour enrayer la tendance persistante à l'augmentation du pourcentage de personnes en incapacité de longue durée, il est essentiel d'attaquer le problème à la racine. Il convient d'investir suffisamment dans la prévention et d'endiguer le flux d'entrées en situation d'incapacité, sans quoi l'augmentation du nombre de personnes en incapacité que nous observons actuellement se poursuivra dans les années à venir. Bien que les problèmes de santé ne puissent pas tous être évités, les chiffres mettent en évidence un certain nombre d'éléments intéressants sur lesquels il est possible d'agir :

- ▶ Au sein de la population des personnes en incapacité, le groupe numériquement le plus important (et en augmentation) est celui des patients souffrant de troubles mentaux et psychologiques, tels que le burn-out, et de troubles musculosquelettiques, comme les lésions cervicales et dorso-lombaires. Les investissements des employeurs dans le [travail faisable](#) et dans l'adaptation du poste de travail peuvent contribuer à éviter certaines de ces pathologies, tout comme l'intégration d'actions préventives dans la politique RH (par exemple, être attentif aux signes de burn-out). Il est également important de responsabiliser les travailleurs et leur environnement pour les inciter à combiner vie professionnelle et vie privée de manière équilibrée, mais aussi de reconnaître les signaux d'alarme et de prendre à temps des mesures pour réduire le plus possible le risque d'entrer en invalidité.
- ▶ Un certain nombre de groupes semblent être surreprésentés dans la population des personnes en incapacité de travail : [les femmes](#), [les ouvriers](#) et [les plus de 55 ans](#). Un axe de la politique préventive pourrait se concentrer sur l'objectif de faciliter la combinaison des obligations professionnelles et familiales. Investir dans la formation et le renforcement des compétences par le biais d'un coaching sur le terrain, d'une rotation des postes, etc. tout au long de la carrière fait également partie d'une politique de prévention. En effet, cela permet de réduire le risque d'obsolescence des compétences et d'augmenter l'employabilité des personnes. En outre, les expériences d'apprentissage positives renforcent la confiance de la personne en sa capacité à se reconverter lorsqu'elle n'est, physiquement ou mentalement, plus en mesure d'exercer son emploi actuel.

Chose commencée tôt est déjà à demi achevée

Une politique préventive doit être combinée à une [politique réactive](#) qui vise à intervenir en amont : les exemples observés à l'étranger montrent combien il est important que la mise en route de l'accompagnement vers l'emploi intervienne tôt dans le processus de rétablissement de la personne. Tant aux Pays-Bas qu'en Allemagne, un démarrage rapide du trajet de réintégration, avec un rôle central pour l'employeur dans ce cadre (voir ci-dessous), est clairement un facteur de succès. Ce modèle peut également être transposé dans le contexte belge en considérant le traitement médical et l'accompagnement vers l'emploi comme des processus simultanés plutôt que séquentiels (c'est-à-dire que l'optique n'est pas « d'abord guérir, ensuite travailler »).

Des recherches antérieures et les exemples étrangers soulignent qu'il est important d'être attentif à l'aspect réintégration et recherche d'emploi dès la période de traitement de la maladie. Ainsi, les malades de longue durée peuvent garder le contact avec le marché du travail. C'est pourquoi, outre l'expertise médicale, l'expertise dans le domaine du marché du travail doit également être intégrée dans le processus de rétablissement et de réintégration. Aujourd'hui, cependant, l'accent est encore mis essentiellement sur l'aspect médical, alors même que des études montrent qu'il est important d'orienter aussi la personne vers des experts du marché du travail qui fournissent des services spécialisés (par exemple, De Coen et al., 2021 ; Godderis, 2017, 2019). Un argument important dans ce



contexte est que le travail, rémunéré ou non rémunéré⁴⁸, contribue dans de nombreux cas au processus de rétablissement. En effet, le travail permet d'avoir des contacts sociaux et de maintenir/rétablir une structure dans la routine quotidienne. En outre, cela permet de se sentir utile et valorisé, et de mieux maîtriser sa propre situation. Ce sont là des avantages qu'il ne faut pas sous-estimer. Avec les avantages financiers, ces arguments expliquent pourquoi les personnes en longue incapacité se montrent souvent très motivées à entreprendre un processus de réintégration lorsqu'elles obtiennent le feu vert de leur(s) médecin(s) pour ce faire.

Un rôle-clé pour les employeurs

Comme mentionné précédemment, la politique de prévention est une responsabilité conjointe des travailleurs et des employeurs. Cependant, les employeurs jouent également un rôle-clé dans la (re)mise au travail des personnes sortant d'incapacité. Les exemples de l'étranger confirment en effet l'importance d'un [rôle actif des employeurs dans la réintégration des personnes en incapacité de travail](#). Il s'agit, d'une part, de trouver un emploi approprié au sein de l'organisation ou en dehors et, d'autre part, de donner une chance aux personnes qui reviennent de maladie et de regarder surtout ce qu'elles peuvent apporter au marché du travail. Le rôle de l'employeur, c'est à souligner, ne prend pas fin pendant la période d'incapacité de travail : en Allemagne, par exemple, le plan de réintégration commence après la période couverte après le salaire garanti (donc au bout de quelques semaines au lieu de quelques mois en Belgique). Tant en Allemagne qu'aux Pays-Bas, les employeurs sont considérés comme des partenaires importants pour éviter l'incapacité de travail de longue durée et faciliter la réintégration sur le marché du travail.

Cependant, accompagner les personnes au sortir d'une incapacité de travail et les aider - si possible - à développer une carrière durable au sein de l'organisation exige une grande expertise de la part des employeurs, une expertise qui n'est en outre pas facile à acquérir. Les acteurs impliqués dans la réinsertion des personnes en incapacité sont en effet nombreux et le groupe est très hétérogène, de sorte que chaque situation individuelle est différente et nécessite une approche sur mesure. Il est donc particulièrement complexe pour les employeurs d'identifier l'action la plus appropriée et le support auquel ils peuvent faire appel, tant auprès d'organisations spécialisées qu'en termes de mesures d'aide. Les obstacles risquent d'être d'autant plus grands pour les PME qui ne bénéficient généralement pas du support d'un département RH et qui disposent de moins de ressources pour adapter l'environnement de travail ou pour reconverter les travailleurs, mais aussi parce que, étant donné leur taille, elles ont moins de possibilités de proposer un autre travail ou un travail adapté en leur propre sein.

Un soutien volontariste et de qualité aux employeurs est donc crucial pour donner à toutes les personnes en incapacité des chances égales de réintégration. Ce soutien peut être financier afin d'offrir aux employeurs un « filet de sécurité » (cf. supra) et de les aider à investir dans la réintégration, mais la fourniture d'un accompagnement et le partage de l'expertise sont au moins aussi importants, comme l'ont montré plusieurs études.

Une approche sur mesure via un réseau de partenaires spécialisés qui connaissent bien le groupe cible

Un enseignement important que l'on peut retirer de l'exemple allemand, c'est l'intérêt d'une [approche holistique](#) qui ne se concentre pas uniquement sur l'aspect médical, mais qui analyse l'ensemble de la situation personnelle des travailleurs en incapacité. Le fait de tenir compte de la situation familiale, de la situation professionnelle, etc. de l'individu et de s'appuyer sur ses atouts personnels permet d'accroître ses chances de retour à l'emploi. D'une part, cela nécessite l'intervention de

⁴⁸ Par exemple par le biais de stages, de bénévolat, etc.



conseillers/intermédiaires spécialisés. D'autre part, la formule utilisée combine accompagnement individuel et collectif. L'accompagnement individuel permet de faire le tour de la situation personnelle, tandis que l'accompagnement collectif aide la personne à mieux comprendre sa propre situation et à mieux appréhender les possibilités professionnelles qui s'offrent à elle grâce au contact avec des personnes qui sont dans une situation similaire.

Idéalement, ces services peuvent être proposés à toutes les personnes en incapacité qui sont prêtes à entamer un processus de réintégration. Toutefois, cela nécessite une offre suffisamment large et de qualité. Pour pouvoir proposer une telle offre, il est recommandé que les [organisations publiques et privées](#) unissent leurs forces en s'appuyant sur leurs propres atouts. Cela permettra aussi de toucher un public plus large. Le VDAB, par exemple, a vu le nombre de trajets de réintégration augmenter au cours de ces dernières années, mais il continue à toucher proportionnellement trop peu de personnes de plus de 55 ans et de personnes hautement qualifiées. Grâce à un partenariat avec le VDAB et ses partenaires spécialisés, les prestataires privés actifs sur le marché de l'emploi sont également mieux informés, par exemple, des mesures de soutien que le VDAB met à disposition, avec lesdits partenaires spécialisés, pour la réintégration des personnes en incapacité⁴⁹. Ces exemples illustrent le potentiel des partenariats public-privé en vue d'une transposition dans le contexte belge de pratiques qui ont fait leurs preuves à l'étranger. Pour exploiter pleinement ce potentiel, il faut investir suffisamment dans l'orientation, la formation et l'accompagnement des personnes en incapacité de travail afin d'agir rapidement et efficacement et ainsi enrayer l'augmentation du coût de l'incapacité de travail en Belgique. Comme indiqué précédemment, notre analyse montre que le coût de cet accompagnement est négligeable au regard des opportunités qui en découlent en termes de réinsertion.

[Les prestataires de services RH comme levier](#)

En raison de la pénurie croissante sur le marché du travail, il est d'autant plus important de pouvoir valoriser chaque talent. Aux travailleurs qui sont devenus inaptes au travail pour cause de maladie et qui sont prêts à reprendre pied sur le marché du travail, il faut donner toutes les chances de mener à bien leur réintégration. Aujourd'hui, les prestataires de services RH disposent déjà de l'expertise et de l'expérience nécessaires pour apporter un soutien de qualité à l'/la (ré)insertion professionnelle de personnes en incapacité auprès d'employeurs (potentiels). Pour soutenir les employeurs dans cette démarche, les prestataires de services RH se montrent de plus en plus intéressés et disposés à étendre leur gamme de services. Une telle diversification demande un effort considérable de la part des prestataires de services RH pour continuer à renforcer et à professionnaliser l'expertise déjà existante et pour développer un réseau externe de partenaires spécialisés vers lesquels ils pourront orienter les personnes concernées.

La réinsertion des personnes en incapacité est une matière complexe, dont les employeurs n'ont souvent qu'une connaissance limitée. Dans ce contexte, les prestataires de services RH peuvent décharger les organisations de toute une série de tâches et constituer un maillon important dans les trajets visant à réintégrer la personne au sein de sa propre organisation ou chez un autre employeur. La réinsertion durable des personnes en incapacité de longue durée devrait être un élément essentiel d'une gestion professionnelle des RH. Les prestataires de services RH peuvent jouer un rôle de levier dans ce cadre pour permettre à chaque entreprise de faire appel à l'expertise, aux conseils et au soutien dont elle a besoin en recourant aux services ou au réseau spécialisé de ces prestataires. Les prestataires de services RH peuvent ainsi aider les organisations à adopter une politique plus inclusive, avec un accompagnement adéquat tant pour l'organisation elle-même que pour le travailleur concerné, afin

⁴⁹ Nous pensons concrètement ici à diverses possibilités : dispositif de reprise partielle/progressive du travail, mais aussi adaptations sur le lieu de travail, intervention dans le coût d'interprètes en langue des signes, intervention dans les frais de déplacement, prime de soutien en Flandre (« Vlaamse ondersteuningspremie » - VOP).



qu'il puisse trouver un emploi approprié chez son propre employeur ou chez un autre employeur. En outre, cette assistance plus centralisée permet de garantir que les entreprises restent au courant des évolutions récentes, des nouvelles mesures de soutien et des changements au niveau de la réglementation.

Enfin, les prestataires de services RH peuvent également jouer un rôle d'ambassadeur en mettant en pratique dans leur propre organisation l'expertise qu'ils ont acquise et en menant eux-mêmes une politique du marché du travail plus inclusive. Joignant ainsi le geste à la parole, ils peuvent jouer un rôle de pionnier et inspirer d'autres entreprises en mettant en exergue des exemples d'expériences positives. D'autre part, les expériences négatives peuvent aider à identifier les obstacles qui peuvent se présenter et à les anticiper dans le cadre la réintégration des personnes en incapacité.

Investir dans le monitoring

Outre les trajets de réintégration formels pour les travailleurs, il existe également des trajets informels pour les personnes ayant un contrat de travail et un parcours de réinsertion socioprofessionnelle pour les personnes en incapacité sans contrat de travail. Les trajets formels font l'objet d'un suivi systématique, mais ils ne constituent qu'une minorité des trajets. La plupart des trajets échappent donc à tout monitoring, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif. Il existe probablement de grandes disparités, entre autres en fonction de la région et de la taille de l'entreprise, mais il est nécessaire de disposer d'une analyse correcte des trajets de réintégration pour être en mesure de mener une politique d'activation fondée et de procéder à des ajustements si nécessaire. Le sentiment général est que cela bouge déjà beaucoup dans les entreprises, mais que la plupart des efforts restent sous le radar. On ne sait pas non plus où, et dans quelle mesure, il y a un « transfert fluide » entre organisations par le biais d'une « transition de l'emploi vers l'emploi ». C'est pourquoi il est conseillé d'effectuer un [monitoring systématique et centralisé des trajets de réintégration](#). Cela permettra de repérer les évolutions à l'œuvre et d'identifier les points auxquels il convient d'être attentif afin de pouvoir prendre des mesures ciblées et de faire progresser la réintégration des personnes en incapacité de longue durée dans les années à venir.





B.1 / Annexe 1 : Bibliographie

- ▶ Boets, I., Godderis, L. (2020). Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. KU Leuven.
- ▶ De Coen, A., Goffin, K., Carpentier, M., Valsamis, D. & Van der Beken, W. (2021). 'Re-integratie van langdurig zieken via uitzendwerk'. Een studie van IDEA Consult in opdracht van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).
- ▶ De Coninck, Annelies ; De Wispelaere, Frederic ; Pacolet, Jozef ; Lamberts, Miet HIVA. Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, (2016), Activering uit arbeidsongeschiktheid: hoe de dubbele handicap overwonnen wordt. Maatschappelijke doelmatigheid in haar sociale en economische aspecten, VIONA-onderzoeksprogramma
- ▶ Denys, J. (2021). 'La Belgique est malade'. Site Internet : <https://www.randstad.be/fr/propos-nous/nouvelles/belgique-malade/>
- ▶ Godderis, L. (2017). Werken is genezen: Over de bijwerkingen van het doktersbriefje. Leuven: LannooCampus 2017.
- ▶ Godderis, L. (2019). Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk? Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk, 29(1), 87-92. Steunpunt Werk / Uitgeverij Acco.
- ▶ INAMI (2018). Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre de personnes en invalidité – Régime général et régime des indépendants (2007-2016). Bruxelles ; INAMI (2017). Statistiques sur l'invalidité des travailleurs salariés et chômeurs en 2017. Bruxelles.
- ▶ McVicar, D., Wilkins, R., & Ziebarth, N. R. (2016). Four decades of disability benefit policies and the rise and fall of disability reciprocity rates in five OECD countries. Unpublished Pre-print. Website: https://www.human.cornell.edu/sites/default/files/PAM/people/nrz2/The-rise-and-fall-of-disability-reciprocity-rates-in-five-OECD-countries_v11-clean.pdf
- ▶ OECD (2010), Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>.
- ▶ OECD (2018). Key policies to promote longer working lives. Country note 2007 to 2017. Luxembourg. Website: https://www.oecd.org/els/emp/Luxembourg_Key%20Policies_Final.pdf
- ▶ OVER.WERK, 2019, Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk?
- ▶ Scharle, A. & Csillag, M. (2017). Disability and labour market integration. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (European Commission). <https://doi.org/10.2767/26386>
- ▶ Vansteenkiste, S., Sourbron, M., Scholiers, B., Van Onacker, E., De Graeve, P., De Smet, R. (2019). Een inclusieve benadering van het arbeidspotentieel van de Vlaamse bevolking op basis van enquête- en administratieve data (Werk.rapport 2019 nr. 01). Leuven: Steunpunt Werk.
- ▶ Van Haeren, A., (2018). Bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsreintegratie van langdurig zieken. Antwerpen; Veelaert, L., Vanroelen, C., Vanhaeren, A., Vermoote, S. (2018). Waarom stijgt het aantal langdurig zieke werknemers?: Focusgroepenonderzoek naar maatschappelijk factoren.
- ▶ Van Echtelt, P. (2010). Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.



B.2 / Annexe 2 : Tableaux et figures complémentaires

Tableau 6. Évolution du nombre d'actifs occupés pour 1 personne en incapacité de longue durée (invalidité) entre 2008 et 2020 en Belgique

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre	17,4	16,4	15,9	15,3	14,6	13,9	13,9	12,9	12,3	12,0	11,6	11,1	10,6

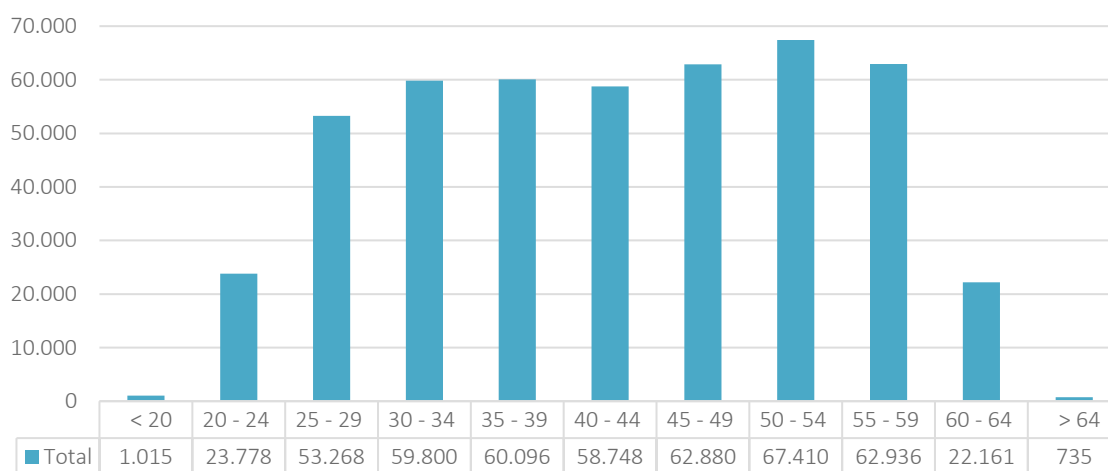
Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Tableau 7. Évolution du nombre de chômeurs pour 1 personne en incapacité de longue durée (invalidité) entre 2008 et 2020 en Belgique

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre	1,26	1,37	1,38	1,14	1,16	1,25	1,18	1,10	0,96	0,84	0,67	0,59	0,57

Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI et des données du Steunpunt WSE

Figure 7. Nombre de salariés, de chômeurs et d'indépendants en incapacité primaire, par tranche d'âge (2019)



Source : Idea Consult sur la base des données de l'INAMI

Tableau 8. Ventilation des personnes en incapacité de longue durée par groupe de maladies (2014-2016)

Groupe de maladies	2014	2015	2016
5 Troubles mentaux	36,48%	36,85%	36,88%
13 Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	31,56%	32,30%	32,34%
6 Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	6,39%	6,33%	6,47%
2 Néoplasmes	6,81%	6,61%	6,32%
7 Maladies de la circulation	7,12%	6,73%	6,26%
17 Traumatisme et intoxication	6,19%	6,01%	5,56%
9 Maladies du système digestif	2,45%	2,35%	2,21%
3 Maladies endocrines, nutritionnelles et métaboliques	0,32%	2,03%	1,97%
8 Maladies du système respiratoire	1,96%	1,86%	1,76%
16 Symptômes et pathologies insuffisamment décrits	1,79%	1,71%	1,65%
Non défini	0,35%	0,33%	1,43%
10 Maladies du système génito-urinaire	0,86%	0,84%	0,80%
1 Maladies infectieuses et parasitaires	0,84%	0,82%	0,78%
12 Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	0,56%	0,54%	0,52%
14 Anomalies congénitales	0,54%	0,53%	0,51%

4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,19%	0,19%	0,18%
11 Complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral	0,18%	0,18%	0,14%
15 Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,01%	0,01%	0,01%

Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Tableau 9. Ventilation des personnes en incapacité de longue durée par groupe de maladies (2014-2019), en chiffres absolus

Groupe de maladies	2014	2015	2016
1 Maladies infectieuses et parasitaires	2 712	2 840	2 864
2 Néoplasmes	21 903	22 922	23 145
3 Maladies endocrines, nutritionnelles et métaboliques	1 025	7 058	7 219
4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	604	654	671
5 Troubles mentaux	117 303	127 860	135 081
6 Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	20 550	21 971	23 716
7 Maladies de la circulation	22 908	23 344	22 919
8 Maladies du système respiratoire	6 311	6 460	6 464
9 Maladies du système digestif	7 875	8 166	8 091
10 Maladies du système génito-urinaire	2 768	2 928	2 924
11 Complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral	567	611	509
12 Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	1 801	1 882	1 914
13 Maladies de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif	101 480	112 064	118 472
14 Anomalies congénitales	1 749	1 846	1 876
15 Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	25	33	52
16 Symptômes et pathologies insuffisamment décrits	5 754	5 947	6 040
17 Traumatisme et intoxication	19 900	20 839	20 349
Non défini	1 130	1 150	5 237
Total	321 573	346 971	366 293

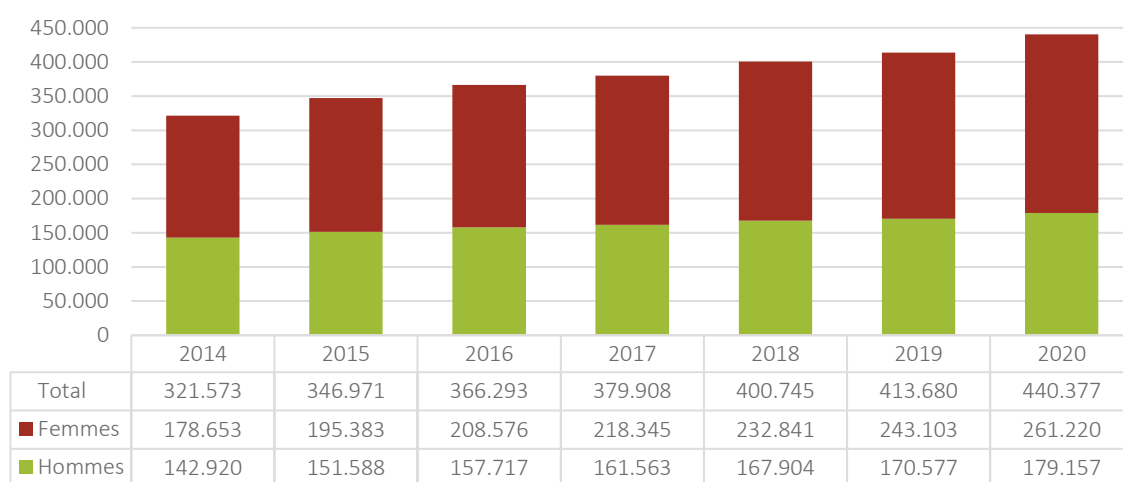
Tableau 10. Ventilation des personnes en incapacité de longue durée par groupe de maladies (2018-2020), en chiffres absolus, avec la nouvelle terminologie

Groupe de maladies	2017	2018	2019	2020
1 Certaines maladies infectieuses ou parasitaires	2 088	2 074	2 143	2 167
2 Tumeurs	23 319	24 467	25 433	25 907
3 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1 308	1 390	1 457	1 526
4 Maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques	6 977	6 965	6 957	6 832
5 Troubles mentaux et comportementaux	141 963	151 185	160 138	170 224
6 Maladies du système nerveux	22 448	23 954	25 279	26 438
7 Maladies de l'appareil visuel	2 338	2 459	2 571	2 642
8 Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 069	1 165	1 262	1 319
9 Maladies de l'appareil circulatoire	22 519	23 031	23 583	23 802
10 Maladies de l'appareil respiratoire	6 416	6 330	6 347	6 321
11 Maladies de l'appareil digestif	8 099	8 141	8 258	8 309
12 Maladies de la peau	1 992	2 060	2 170	2 227
13 Maladies du système musculosquelettique et du tissu conjonctif	123 916	132 355	140 599	149 582
14 Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 826	2 862	2 880	2 909
15 Grossesse, accouchement et puerpéralité	422	408	458	507
16 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	56	75	70	76
17 Anomalies congénitales, malformations et anomalies chromosomiques	2 125	2 322	2 499	2 635



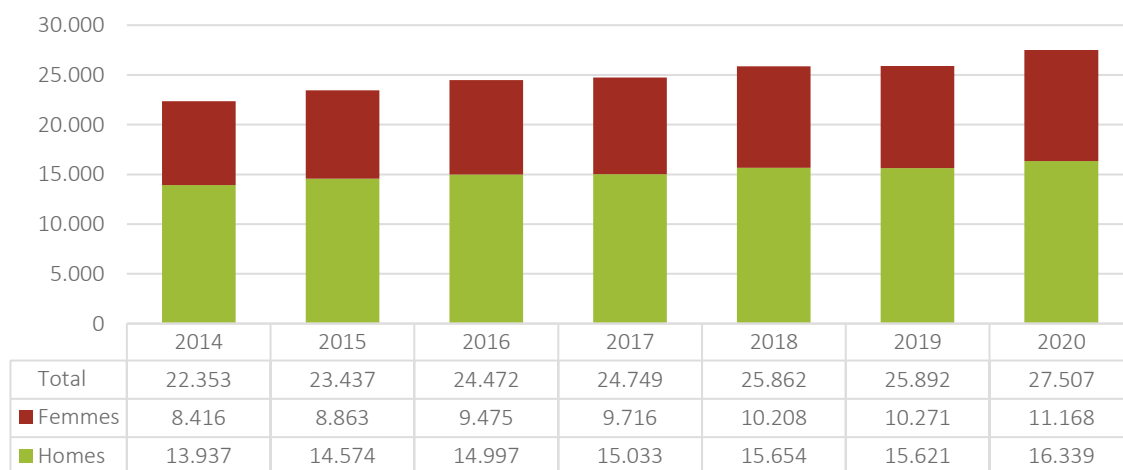
18	Symptômes, signes ou résultats d'examen clinique, non classés ailleurs	6 241	6 462	6 724	7 005
19	Lésions traumatiques, empoisonnements ou certaines autres conséquences de causes externes	21 378	21 905	22 452	23 448
20	Causes externes de morbidité ou de mortalité	120	181	210	249
21	Facteurs influant sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé	3 787	4 869	4 320	4 660
99	Inconnu	3 250	1 947	2 057	2 255
	Total	404 657	426 607	447 867	471 040

Figure 8. Nombre de salariés et chômeurs en incapacité de longue durée selon le genre, 2014-2020



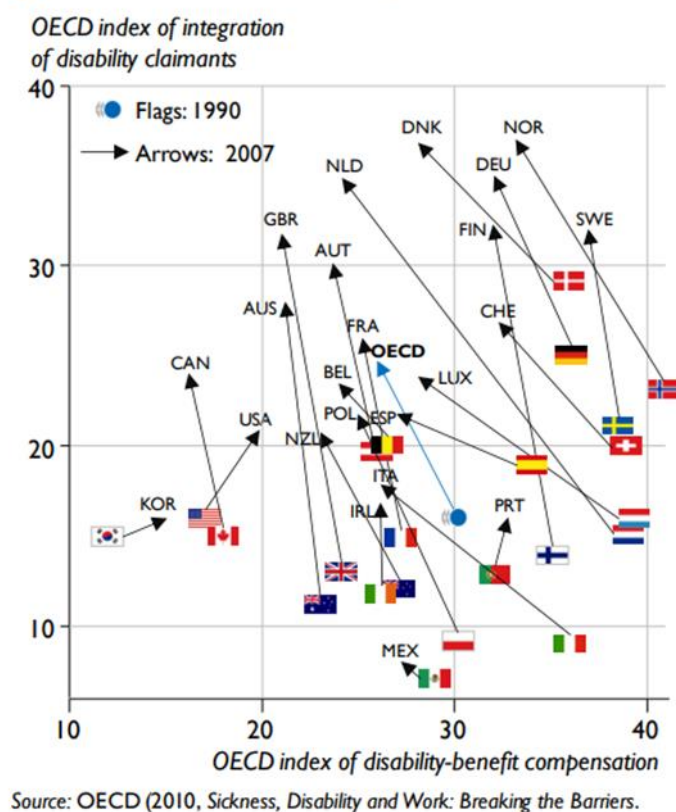
Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Figure 34. Nombre d'indépendants en incapacité de longue durée selon le genre, 2014-2020



Source : IDEA Consult sur la base des données de l'INAMI

Figure 9. Évolution de la politique en faveur des personnes en incapacité de longue durée dans les pays européens – approche active vs. passive, 1990-2007



Source : (OCDE, 2010).

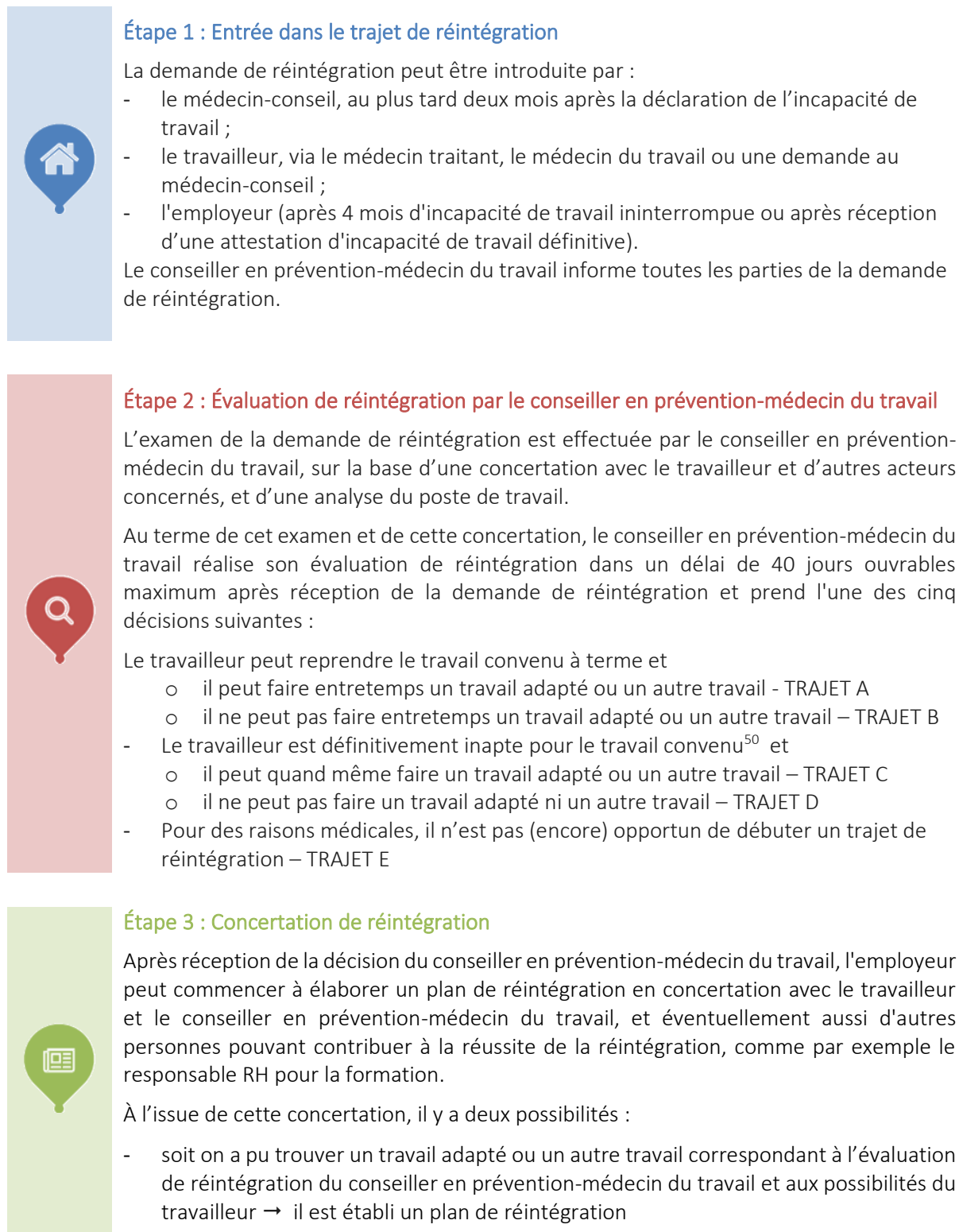
Tableau 11. Paramètres et calculs des coûts indirects de l'incapacité de longue durée (2015-2019)

	Catégorie	2015	2016	2017	2018	2019	Source
Impôts directs mensuels moyens pour les invalides	Nombre d'invalides	370.408	390.765	404.657	426.607	439.572	INAMI
	% ouvriers	72,5%	70,0%	67,1%	67,7%	67,7%	INAMI
	% employés	27,5%	30,0%	32,9%	32,3%	32,3%	INAMI
	Indemnité d'invalidité journalière moyenne ouvriers	43,3	44,1	44,9	46,2	46,8	INAMI
	Indemnité d'invalidité journalière moyenne employés	43,3	44,0	44,7	46,4	47,0	INAMI
	Indemnité d'invalidité mensuelle moyenne ouvriers	1038	1058	1078	1109	1122	INAMI
	Indemnité d'invalidité mensuelle moyenne employés	1040	1057	1074	1114	1127	INAMI
	Précompte professionnel sur l'indemnité d'invalidité	0%	0%	0%	0%	0%	INAMI
	Impôts directs mensuels moyens pour les invalides	0	0	0	0	0	Calcul
Impôts directs mensuels moyens pour les travailleurs salariés en activité	Salaire mensuel moyen travailleur salarié	3.445	3.489	3.558	3.627	3.758	STATBEL
	Pourcentage cotisation patronale pour les employés	32,43%	30,00%	30,00%	25,00%	25,00%	Données fiscales
	Pourcentage cotisation patronale pour les ouvriers	38,08%	35,65%	35,65%	30,57%	30,57%	Données fiscales
	Pourcentage cotisation personnelle pour revenus moyens	13,1%	13,1%	13,1%	13,1%	13,1%	Données fiscales
	Pourcentage impôts pour revenus moyens	28,19%	27,66%	27,22%	27,00%	26,55%	OECD Taxing Wages
	Salaire brut ouvriers	108,0%	108,0%	108,0%	108,0%	108,0%	Données fiscales
	Impôts directs mensuels moyens pour les employés	2.539	2.468	2.501	2.360	2.428	Calcul
	Impôts directs mensuels moyens pour les ouvriers	2.874	2.801	2.841	2.689	2.769	Calcul
	Impôts directs mensuels moyens pour les actifs occupés	2.782	2.701	2.729	2.583	2.659	Calcul
	Impôts directs annuels moyens pour les actifs occupés	33.382	32.412	32.746	30.993	31.909	Calcul
	Manque à gagner annuel total en impôts directs pour les invalides	12.364.828.294	12.665.606.219	13.250.892.891	13.221.667.649	14.026.336.865	Calcul
Différence entre les invalides et les travailleurs salariés en activité sur le plan des impôts indirects mensuels moyens	Indemnité d'invalidité mensuelle moyenne ouvriers	1038	1058	1078	1109	1122	Calcul
	Indemnité d'invalidité mensuelle moyenne employés	1040	1057	1074	1114	1127	Calcul
	Salaire net mensuel moyen ouvriers	1988	2031	2087	2136	2230	Calcul
	Salaire net mensuel moyen employés	2024	2068	2124	2174	2269	Calcul
	Taux d'épargne moyen	12,5%	12,4%	12,3%	11,7%	12,9%	BNB
	Taux moyen TVA	14%	14%	14%	14%	14%	OECD taxation data
	Impôts indirects annuels moyens sur la consommation pour les ouvriers invalides	1.504	1.535	1.566	1.621	1.619	Calcul
	Impôts indirects annuels moyens sur la consommation pour les employés invalides	1.507	1.533	1.560	1.629	1.626	Calcul
	Impôts indirects annuels moyens sur la consommation pour les ouvriers actifs occupés	2.880	2.947	3.031	3.123	3.216	Calcul
	Impôts indirects annuels moyens sur la consommation pour les employés actifs occupés	2.932	3.000	3.085	3.178	3.273	Calcul
	Manque à gagner annuel total en impôts indirects pour les invalides	514.554.353	558.259.128	600.977.972	647.332.424	709.132.203	Calcul
Manque à gagner total en impôts directs et indirects	Total	12.879.382.647	13.223.865.347	13.851.870.863	13.869.000.073	14.735.469.069	Calcul

Source : IDEA Consult

B.4 / Annexe 4 : Étapes du trajet de réintégration des travailleurs

Chacune de ces étapes illustre la collaboration entre les différents acteurs concernés ainsi que les composantes d'un trajet de réintégration formel telles que définies par la loi.



⁵⁰ Si le travailleur n'est pas d'accord avec la décision, il peut introduire un recours auprès de l'inspection CBE (Contrôle du bien-être au travail) pour les trajets C et D

- soit il ressort de la concertation qu'aucun travail adapté ou autre travail n'est possible au sein de l'entreprise → l'employeur rédige un rapport dûment motivé expliquant pourquoi il n'est pas possible d'établir un plan de réintégration.

Étape 4 : Plan de réintégration



Le plan comprend au moins l'une des mesures suivantes, dont la progressivité éventuelle est indiquée dans le plan (cf. reprise partielle du travail) :

- Aménagements raisonnables du poste de travail
- Travail adapté
- Autre travail au sein de l'organisation
- Formation en vue d'acquérir les compétences qui permettront au travailleur d'exercer un emploi adapté ou différent
- Durée de validité du plan de réintégration

Dès que l'employeur a transmis le plan de réintégration au travailleur, celui-ci dispose de cinq jours ouvrables pour l'examiner et marquer ou non son accord. Si le travailleur n'est pas d'accord, les raisons doivent être indiquées dans le plan.

Étape 5 : Exécution/suivi du plan de réintégration



Si le travailleur a accepté le plan de réintégration proposé, celui-ci peut être exécuté. Le conseiller en prévention-médecin du travail assurera un suivi régulier de l'exécution du plan de réintégration, en concertation avec l'employeur et le travailleur. Le plan pourra être adapté si nécessaire.



B.5 / Annexe 5 : Actions prévues dans le Plan d'action flamand pour la réintégration des travailleurs malades

La note stratégique au Gouvernement flamand sur le Plan d'action flamand pour la réintégration des malades (de longue durée) propose 15 actions qui visent à faciliter la réintégration à court et à plus long terme, ainsi que des actions de prévention.

- ▶ Une meilleure collaboration entre le secteur des soins et le secteur de la réintégration
 1. Afin que la question de la réintégration soit abordée plus tôt dans le processus, nous faisons mieux connaître les activités du VDAB et de ses partenaires auprès des services de médecine du travail et du secteur des soins.
 2. Il faut impliquer plus rapidement le VDAB dans le trajet de réintégration, tant en cas de licenciement que pour prévenir le licenciement pour raisons médicales. Cela nécessite une coopération et une communication harmonieuses entre les différentes parties prenantes.
 3. Afin de favoriser une coordination plus multidisciplinaire entre les acteurs de la santé et le secteur de la réintégration, nous investissons dans des projets innovants.
- ▶ Donner aux personnes en incapacité les moyens de reprendre leur carrière en main
 4. Nous misons sur une sensibilisation de la population au fait qu'il est possible d'être malade et de travailler en même temps, et que le VDAB et ses partenaires proposent des services sur mesure pour accompagner le retour au travail.
 5. En tant que régisseur du marché du travail, le VDAB fournit aux personnes concernées des informations sur les instruments, les trajets, etc. et les oriente comme il convient.
 6. Nous profitons de la période d'incapacité de travail pour (si possible) offrir à la personne l'occasion de se former, de recenser les possibilités qui s'offrent à elle sur le marché du travail et d'envisager une éventuelle réorientation. Au cours de l'"année de la formation", une attention particulière est accordée aux possibilités de renforcer les compétences en fonction des possibilités offertes par le marché du travail.
 7. L'accompagnement des personnes en incapacité par le VDAB et ses partenaires sera optimisé de manière à ce que la réintégration professionnelle du groupe cible soit accrue et puisse être encore davantage adaptée à la situation individuelle des personnes en incapacité.
- ▶ Soutenir les entreprises pour qu'elles investissent dans la prévention et qu'elles intègrent le salarié et le demandeur d'emploi de manière adaptée.
 8. Nous faisons mieux connaître les services spécifiques visant à favoriser le retour à l'emploi sur le terrain. Si ces services sont mieux connus, les gens y feront appel plus rapidement.
 9. En investissant davantage dans des formes de travail innovantes et dynamiques, nous encourageons les personnes concernées à retourner vers l'emploi ou à travailler pendant leur période de maladie.
 10. Prévenir les problèmes de santé qui peuvent être une conséquence des conditions de travail.
- ▶ Affinement et accélération de la collaboration structurelle avec le niveau fédéral.
 11. Une meilleure coordination entre les compétences au niveau flamand et fédéral contribue à une plus grande rationalisation du processus de réintégration.
 12. Le VDAB est impliqué formellement et suffisamment tôt dans le processus de réintégration pour soutenir l'accompagnement vers l'emploi en amont et de manière harmonieuse.
 13. Davantage de personnes en incapacité dans les trajets de retour à l'emploi au VDAB. L'orientation de ces personnes vers les services du VDAB sera augmentée, et un service efficace et personnalisé sera garanti. Nous nous efforçons également d'informer les personnes de manière rapide et par voie digitale en vue de simplifier et de rationaliser le processus.
 14. L'incertitude financière et le manque de clarté qui constituent un obstacle majeur à la réintégration seront éliminés. Cela rendra aussi l'accompagnement vers l'emploi plus concret.
 15. L'offre de différentes possibilités de travailler tout en étant malade donnera un coup de pouce pour remettre davantage de personnes à l'emploi (ne serait-ce que pour quelques heures).

