

# LE TRAJET DE REINTEGRATION ET SON IMPACT SUR LA REPRISE DU TRAVAIL EN BELGIQUE : UNE EVALUATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE<sup>1</sup>

PAR **ISABELLE BOETS\*** et **LODE GODDERIS\*\***

\*Doctorant, Environnement et Santé, Département Soins de santé sociaux et Soins de première ligne, KU Leuven ; conseiller en prévention aspects psychosociaux, Groupe IDEWE, Heverlee

\*\*Professeur, Environnement et Santé, Département Soins de santé sociaux et soins de première ligne, KU Leuven ; CEO, Groupe IDEWE, Heverlee, Belgique

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. PROBLEMATIQUE SOCIALE

Les chiffres de l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) montrent que le nombre de travailleurs en incapacité de travail augmente chaque année (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018b). Selon les statistiques officielles de l'INAMI, plus de 400.000 Belges recevaient fin 2018 une allocation d'invalidité et étaient donc restés malades plus d'un an à leur domicile. L'évolution actuelle des chiffres indique même que le cap des 500.000 personnes en incapacité de travail de longue durée sera franchi fin 2021.

Le vieillissement de la population et le recul de l'âge de la pension (permettant aux travailleurs en incapacité de travail de rester plus longtemps en invalidité) expliquent, entre autres, l'augmentation de l'absentéisme de longue durée et de l'incapacité de travail en Belgique (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018a). On constate toutefois des changements importants dans les pathologies qui entraînent une absence de longue durée et invalidité. Il s'agit principalement de troubles musculosquelettiques et mentaux (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018a). Ces pathologies donnent plus souvent lieu à une incapacité de travail de longue durée (Mylle et al., 2016 ; Volker et al., 2015). En outre, de plus en plus d'études scientifiques mettent en évidence le lien entre certains facteurs psychosociaux et liés au travail, comme le soutien social, la charge de travail, la satisfaction au travail, etc. et l'incapacité de travail (de longue durée) (Goorts et al., 2020 ; Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, 2018a).

Ces longues périodes d'incapacité de travail sont problématiques pour différentes raisons. Tout d'abord, nous constatons que les chances de pouvoir reprendre le travail avec succès diminuent avec la durée de l'incapacité de travail (Mylle et al., 2016). La majorité des travailleurs absents depuis plus de trois mois ont besoin de soutien

(1) Cet article est basé sur le rapport de recherche officiel (Boets et Godderis, 2020), consultable via : <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2020-evaluation-de-limpact-de-la-nouvelle-reglementation-sur-la-reintegration>. La recherche a été financée par le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.

pour pouvoir reprendre le travail. Ils éprouvent souvent des difficultés à retourner au travail, non seulement en raison de la maladie, mais aussi en raison d'une incertitude et d'une peur croissantes du retour tant chez le travailleur que chez l'employeur. En outre, d'importants coûts sociaux sont liés à l'incapacité de travail ; les dépenses annuelles pour les indemnités par les mutualités s'élèvent à près de dix milliards d'EUR (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2020). En outre, il ne faut pas sous-estimer les conséquences sociales négatives pour l'individu. Pouvoir travailler contribue à notre santé mentale et physique, à la qualité de vie et au sentiment de mener une vie qui a du sens (Mortelmans, 2017 ; Zabkiewicz, 2010). Ne pas pouvoir travailler en raison d'une incapacité de travail a par conséquent un impact négatif sur la santé générale et le bien-être des personnes.

Avant l'introduction de l'arrêté royal (AR) de réintégration (voir infra)<sup>2</sup>, tant l'employeur que le travailleur avaient peu de possibilités d'intervention lorsque l'incapacité de travail se prolongeait, sans perspective de reprise du travail (Moerland et Romanus, 2019). Par exemple, l'employeur pouvait uniquement, sans engagement, inviter son travailleur à une visite de pré-reprise du travail (VPR) et avait peu de motivation financière pour réintégrer un travailleur en incapacité de travail puisqu'il ne devait plus prévoir de salaire garanti pour le travailleur après un mois d'incapacité de travail. En outre, un employeur paie un coût élevé pour le licenciement d'un travailleur, surtout dans le cas d'un travailleur avec une ancienneté élevée, l'indemnité de licenciement pouvant augmenter considérablement.

Cependant, le maintien en service d'un travailleur en incapacité de travail de longue durée présente plusieurs inconvénients : certains frais administratifs continuent à courir et, en cas d'incertitude quant à une éventuelle reprise du travail, qui empêche le remplacement d'un travailleur, cela peut nuire à la motivation et à la charge de travail des collègues (Moerland et Romanus, 2019). Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014, un employeur avait toutefois la possibilité de licencier un travailleur après six mois d'incapacité de travail ininterrompue, avec la mention « maladie » comme motif du licenciement sur le C4 (Depuydt, 2015). Dans ce cas, l'indemnité de licenciement était égale au délai de préavis restant à payer. Ce régime a cependant été supprimé, en raison de l'interdiction de discrimination des travailleurs sur la base de leur état de santé.

En raison de la problématique ci-dessus, combinée aux gros inconvénients individuels, il est important d'aider les travailleurs en incapacité de travail à retourner au travail le plus rapidement possible. Dans le cas où une reprise du travail chez son propre employeur semble impossible, un travailleur ne peut ou ne veut souvent pas démissionner parce qu'il perd alors certains droits acquis, par exemple une assurance hospitalisation payée par l'employeur (Moerland et Romanus, 2019). S'ensuit en outre un stage de six mois avant de pouvoir prétendre à une allocation de chômage de l'ONEM (Office national de l'emploi). Avant l'introduction de l'AR réintégration, seul le travailleur pouvait dans ce cas invoquer une rupture du contrat pour cause de force majeure médicale, à l'aide d'une attestation d'incapacité définitive de son

---

(2) Code du bien-être au travail, titre 4 Mesures relatives à la surveillance de la santé des travailleurs, dans le livre 1 Principes généraux.

médecin traitant ou de son médecin du travail. Dans ce cas, aucune indemnité de licenciement ou délai d'attente ne s'appliquait.

En d'autres termes, cette réglementation a empêché tant les employeurs que les travailleurs de rompre simplement le contrat de travail (Moerland et Romanus, 2019). Cette situation et l'augmentation de l'absentéisme (de longue durée) ont en outre pesé lourdement sur le budget de l'INAMI. Combinées à l'attention croissante portée aux initiatives en matière de réintégration et au rôle important de rétablissement que peut jouer le travail, cette situation a conduit à la prise de nouvelles initiatives légales visant à réduire les incertitudes et à favoriser la réintégration.

## 1.2. CONTEXTE DE L'ARRETE ROYAL RELATIF A LA REINTEGRATION

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, une nouvelle réglementation est entrée en vigueur par laquelle le médecin traitant doit mentionner sur le certificat d'incapacité de travail de la mutuelle quelle est la date de fin présumée de l'incapacité. L'objectif de cette nouvelle réglementation était de lancer le débat sur les difficultés et possibilités de réintégration lors de la rédaction de l'attestation. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, cette législation a encore été complétée par deux AR sur la réintégration. Les deux AR veulent promouvoir et soutenir les possibilités de réintégration en définissant plus clairement le cadre et les tâches du médecin-conseil de la mutuelle et du médecin du travail. Les deux médecins jouent un rôle important dans le suivi et l'accompagnement du travailleur en incapacité de travail dans son trajet de réintégration. Dans le cadre de l'AR du 8 novembre 2016 portant modification de l'AR du 3 juillet 1996 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle (publié au Moniteur belge du 24 novembre 2016, Ed. 2), l'INAMI va évaluer sur une base régulière l'efficacité et les effets du présent arrêté dans la pratique.

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'AR relatif au trajet de réintégration des travailleurs en incapacité de travail est en vigueur, art. I.4-72 à I.4-82 du code du bien-être au travail (chapitre VI du livre I, titre 4). Le but du trajet de réintégration (TRI) est de favoriser la réintégration du travailleur en incapacité qui ne peut pas exercer le travail convenu. Le TRI tente d'accompagner le travailleur vers une reprise du travail, éventuellement en lui proposant temporairement ou définitivement un travail adapté ou un autre travail. Dans cet AR, le médecin du travail joue un rôle important en tant que médiateur entre les différents acteurs et en vue d'évaluer l'incapacité de travail du travailleur. L'AR s'applique à tous les travailleurs, mais ne s'applique pas à la reprise du travail après un accident du travail ou une maladie professionnelle. Le TRI peut être démarré par :

- le travailleur ou son médecin traitant pendant sa période d'incapacité de travail ;
- le médecin-conseil, si celui-ci estime que le travailleur entre en ligne de compte pour une réintégration ;
- l'employeur, au plus tôt à partir de quatre mois après le début de l'incapacité de travail de son travailleur, ou dans le cas où le travailleur lui remet une attestation de son médecin traitant attestant de l'incapacité définitive du travail convenu.

En cas de démarrage d'un TRI, le médecin du travail invite le travailleur à une consultation afin de vérifier si le travailleur pourra reprendre le travail à terme, en

prévoyant éventuellement des adaptations. Avec l'autorisation du travailleur, le médecin du travail peut se concerter avec le médecin traitant du travailleur, le médecin-conseil ou d'autres personnes qui peuvent contribuer à la réintégration. Le médecin du travail examine également le poste de travail. Le médecin du travail doit prendre une décision dans les 40 jours ouvrables suivant la demande du TRI. La décision peut être la suivante :

- A : il est possible que le travailleur puisse reprendre à terme le travail convenu (éventuellement moyennant une adaptation du poste de travail) ; entre-temps, un travail adapté ou un autre travail est possible chez l'employeur (éventuellement moyennant une adaptation du poste de travail) ;
- B : il est possible que le travailleur puisse reprendre à terme le travail convenu (éventuellement moyennant une adaptation du poste de travail) ; entre-temps, un travail adapté ou un autre travail n'est pas possible ;
- C : le travailleur est définitivement inapte à reprendre le travail convenu chez l'employeur, mais est en mesure d'effectuer un travail adapté ou un autre travail chez l'employeur (éventuellement moyennant une adaptation du poste de travail) ;
- D : le travailleur est définitivement inapte à reprendre le travail convenu chez l'employeur et n'est pas en mesure d'effectuer un travail adapté ou un autre travail chez cet employeur ;
- E : il n'est pas opportun, pour des raisons médicales, de démarrer actuellement un TRI ; une réévaluation suivra au bout de deux mois (cette décision ne peut être prise si la demande de TRI émane du médecin-conseil).

Si une décision autorisant un travail adapté a été prise, l'employeur devra établir un plan ou un rapport de réintégration. Le plan de réintégration contient une ou plusieurs mesures, de la façon la plus concrète et détaillée possible, concernant : les adaptations raisonnables du poste de travail, la description du travail adapté, la durée du plan, ... Ce plan doit être remis au travailleur dans les 55 jours ouvrables s'il s'agit d'une incapacité temporaire (décision A) et dans les douze mois s'il s'agit d'une incapacité définitive (décision C). Le travailleur dispose de cinq jours ouvrables pour accepter ou non le plan de réintégration. S'il n'est pas d'accord, il doit noter le motif de son refus sur le plan. Si, selon l'employeur, il est impossible pour des raisons techniques ou objectives d'établir un plan de réintégration pour le travailleur, l'employeur établira alors un rapport expliquant pourquoi les adaptations ne peuvent pas être exigées.

En cas d'évaluation de l'incapacité définitive pour le travail convenu (décision C ou D) et si aucun travail adapté ne peut être prévu selon l'employeur en cas de décision C, le travailleur ou l'employeur peuvent invoquer la force majeure médicale. Dans ce cas, le contrat de travail est rompu pour cause de force majeure médicale. Dans ce cas, l'employeur n'est pas tenu de payer une indemnité de rupture et le travailleur n'a pas de délai d'attente pour recevoir une allocation de l'ONEM. Un travailleur déclaré définitivement inapte peut introduire un recours dans les sept jours ouvrables suivant la décision prise.

Le travailleur dont le contrat de travail est rompu par l'employeur pour cause de force majeure médicale a droit à charge de l'employeur à un accompagnement au reclassement professionnel de 1.800 EUR (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, 2020). Cette réglementation n'a été publiée dans le

Moniteur belge qu'après l'introduction de l'AR et est en vigueur depuis le 29 avril 2019. L'accompagnement au reclassement professionnel a pour but d'accompagner les travailleurs dans leur recherche d'un nouvel emploi.

### 1.3. CONTEXTE DE L'ETUDE ACTUELLE

Depuis l'introduction de l'AR réintégration, il apparaît qu'une grande partie des décisions concerne un C ou D, de sorte qu'une rupture du contrat pour cause de force majeure médicale peut être invoquée. CoPrev, l'organisation de coordination des services externes pour la prévention et la protection au travail (SEPPT) a publié un rapport sur les chiffres relatifs à 16 000 trajets de réintégration réalisés en 2017 (Nationale Arbeidsraad, 2018). Ce rapport indique que 10 % des trajets sont initiés par le médecin-conseil, 61 % par le travailleur, 27 % par l'employeur et 2 % par le médecin traitant. Le TRI conduirait à la décision A pour 6 % des cas, à la décision B pour 5 %, à la décision C pour 12 %, à la décision D pour 68 % et à la décision E pour 9 %. Dans 68 % des cas, il apparaît donc que le médecin du travail estime que le travailleur est définitivement inapte et incapable d'effectuer un autre travail ou un travail adapté. Cette décision peut entraîner la fin du contrat avec le travailleur pour cause de force majeure médicale. De telles situations ont déjà conduit à plusieurs reprises les syndicats à se prononcer très négativement sur l'AR et le TRI. Il est allégué que les employeurs abusent de l'AR pour pouvoir licencier le travailleur et il a même été demandé de ne pas collaborer au TRI et de ne pas se rendre chez le médecin du travail (ACLBV Liberale Vakbond, 2018 ; Het Laatste Nieuws, 2018).

Par conséquent, il est très pertinent d'évaluer l'impact de cette nouvelle législation sur la réintégration au travail des travailleurs en incapacité de travail, principalement pour voir ce qu'il advient des travailleurs pour lesquels une réintégration dans l'entreprise n'est pas possible à la suite de la décision C ou D et de formuler éventuellement des recommandations pour adapter cette nouvelle législation et son application dans la pratique. C'est la raison pour laquelle le groupe de recherche Environnement et Santé du Département Soins de santé sociaux et Soins de première ligne de la KU Leuven a examiné, à la demande du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (SPF ETCS), l'AR TRI de manière quantitative et qualitative (Boets, 2020).

## 2. EVALUATION QUANTITATIVE

### 2.1. METHODE

#### 2.1.1. Procédure

Pour l'évaluation quantitative, nous avons voulu répondre aux questions suivantes à l'aide d'un questionnaire :

- Quel pourcentage du nombre total de cas traités reçoit une décision A, B, C, D ou E ?
- Combien de personnes travaillent (encore) après le TRI ?
- Quel pourcentage reçoit une décision de force majeure médicale ?
- Combien de personnes ayant un contrat résilié pour cause de force majeure médicale ont repris le travail après le TRI ?

Un questionnaire a été élaboré avec différentes questions socio-économiques, liées au travail et liées à l'incapacité de travail en néerlandais et en français (voir annexe du rapport de recherche (Boets, 2020)). Cinq SEPPT – Groupe IDEWE, Mensura, Liantis, Attentia et CESI – ont distribué le questionnaire à un échantillon aléatoire de leurs travailleurs qui ont suivi un TRI chez l'un de leurs médecins du travail en 2017 ou au premier trimestre de 2018. Les questionnaires ont été envoyés par la poste début mai 2019, un rappel a été envoyé fin mai 2019. Au total, 3.192 travailleurs qui ont suivi un TRI ont reçu une invitation par la poste.

Le questionnaire pouvait être rempli en ligne, via la plateforme Qualtrics. Les réponses des participants ont pu être couplées via des données provenant du SEPPT à des données relatives au TRI (demandeur du TRI et avis du médecin du travail). Le couplage de ces données a eu lieu au niveau de CoPrev, de sorte que la confidentialité a toujours été garantie. L'étude a été déposée comme amendement de l'étude G-2018 07 1286 déjà approuvée et introduite par la Commission d'éthique sociale de la KU Leuven (SMEC).

### **2.1.2. Examen des hypothèses**

Une analyse descriptive des participants a d'abord été réalisée sur la base de leurs caractéristiques sociodémographiques, liées au travail et de l'incapacité de travail. Nous avons également vérifié combien de personnes reprennent le travail après leur TRI.

Ensuite, on a testé quels prédicteurs contribuaient significativement à la reprise du travail. Pour ce faire, nous avons effectué une régression logistique multinomiale. Nous avons opté pour une variable dépendante (VD) « reprise du travail » avec trois résultats possibles : 1) non (pas de reprise du travail), 2) reprise du travail chez le même employeur et 3) reprise du travail chez un autre employeur. Le modèle a été construit à partir de différentes variables indépendantes (VI) ou prédicteurs (facteurs) : caractéristiques sociodémographiques (sept prédicteurs), caractéristiques liées au travail (six prédicteurs) et caractéristiques de l'incapacité de travail (quatre prédicteurs).

Le modèle répondait aux hypothèses de régression logistique multinomiale : chaque VI avait une valeur pour chaque cas et il n'était pas question de multicollinéarité entre les VI.

## **2.2. RESULTATS**

### **2.2.1. Analyse descriptive**

#### *a) Réponse*

481 personnes sur 3.192 personnes invitées ont rempli le questionnaire en ligne, soit un taux de réponse de 15 %.

#### *b) Caractéristiques sociodémographiques*

60 % des participants étaient néerlandophones. La majorité était féminine (72 %). L'âge moyen des participants était de 46 ans.

La plupart des participants étaient mariés (45 %). 35 % vivaient seuls ou étaient veufs et 20 % étaient cohabitants de fait ou légaux. 74 % des personnes qui avaient un partenaire ont déclaré que leur conjoint était travailleur salarié ou indépendant

et 26 % que leur conjoint était au chômage, en incapacité de travail ou pensionné. 54 % des participants avaient des enfants vivant sous le même toit, les 46 % restants n'avaient pas d'enfants (vivant sous le même toit).

10 % des participants étaient issus de l'immigration. Le fait d'être issu de l'immigration a été accordé lorsqu'une personne est née en dehors de l'UE ou lorsque les deux parents sont nés en dehors de l'UE.

#### *c) Caractéristiques liées au travail*

Il a été demandé aux participants d'indiquer quelques caractéristiques de leur travail avant de suivre le TRI.

41 % des participants ont indiqué avoir un emploi en tant qu'ouvrier. Les autres participants avaient une fonction administrative ou commerciale (26 %), une fonction de prestataire de services (23 %) ou une profession scientifique, une fonction de spécialiste ou une fonction dirigeante (10 %). La majorité des participants n'avaient pas bénéficié d'un enseignement supérieur (primaire ou secondaire, 70 %). Les 30 % restants avaient suivi un enseignement supérieur, un bachelier ou un master.

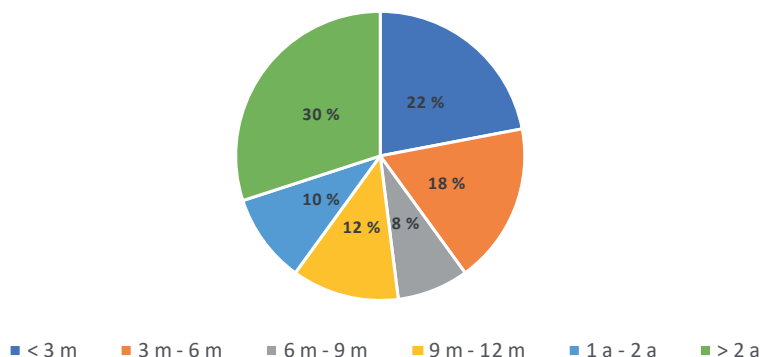
La majorité des participants (70 %) avaient au moins un avantage extralégal. 30 % n'avaient pas d'avantages extralégaux. La plupart des participants (56 %) ont déclaré travailler 90 % à temps plein. 28 % ont travaillé entre 50 et 90%, 16 % ont travaillé moins qu'à mi-temps (moins de 50 %).

En ce qui concerne le secteur, sur la base des codes NACE, il y avait trop de variables manquantes pour pouvoir effectuer une analyse.

#### *d) Caractéristiques de l'incapacité de travail*

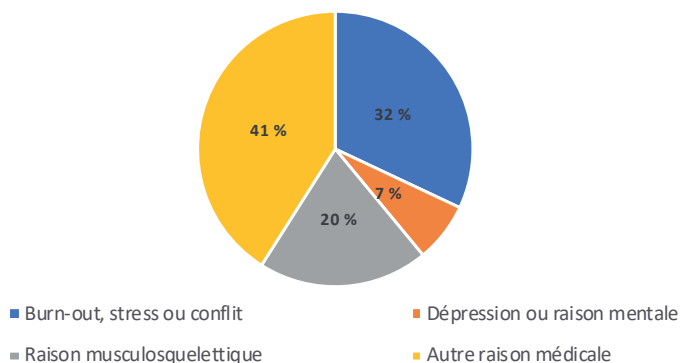
Il a été demandé aux participants pendant combien de temps ils étaient déjà en incapacité de travail au moment où leur TRI a débuté (Figure 1). Plus de 50 % étaient en incapacité de travail depuis plus d'un an au début de leur TRI, dont 30 % depuis plus de deux ans.

**FIGURE 1 : DUREE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL AU DEMARRAGE DU TRAJET**



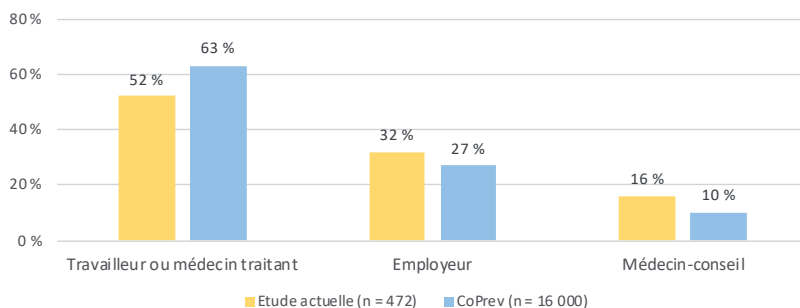
Le motif de l'incapacité de travail a également été demandé (Figure 2). La plupart des participants ont indiqué être absents pour des raisons médicales, par exemple un cancer, une maladie cardiaque, un syndrome de fatigue chronique... 32 % ont indiqué être absents pour cause de burn-out, de stress ou de conflit.

**FIGURE 2 : MOTIF DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL**



A partir des données fournies par le SEPT, nous avons pu identifier le demandeur du TRI et l'évaluation du médecin du travail. Des données étaient disponibles pour 472 participants. La majorité des trajets (52 %) ont été demandés par le travailleur lui-même ou son médecin traitant. Les autres trajets ont été demandés par l'employeur (32 %) et dans une moindre mesure par le médecin-conseil (16 %). Ces chiffres correspondent aux chiffres sur le TRI publiés par CoPrev en 2017 (période similaire à celle de cette étude), mais sont légèrement différents (moins de demandes par les travailleurs) (Figure 3) (Nationale Arbeidsraad, 2018).

**FIGURE 3 : LES DEMANDEURS DE LA PRESENTE ETUDE PAR RAPPORT AUX CHIFFRES COPREV**

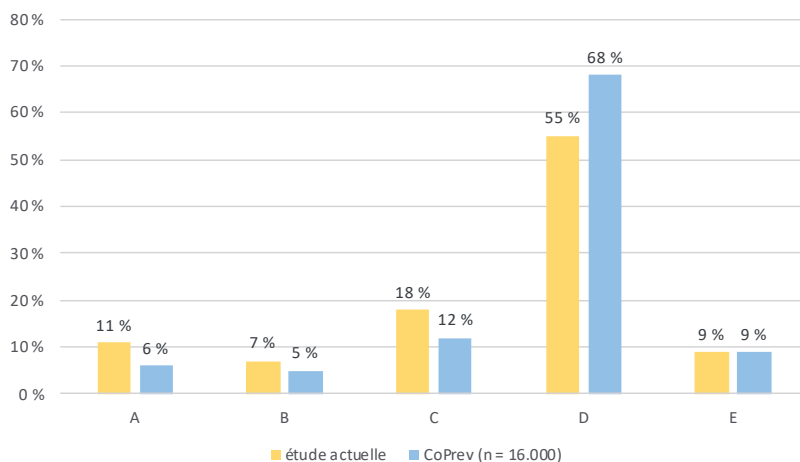


La plupart des cas ont fait l'objet d'une décision d'incapacité de travail définitive (jugement C ou D). Dans 18 % des cas, le médecin du travail a estimé que les



travailleurs étaient en mesure d'effectuer un travail adapté chez l'employeur (décision C). Pour 55 %, un travail adapté n'était pas possible non plus (décision D). Pour 18 % des travailleurs, le médecin du travail a estimé que le travail pouvait reprendre à terme, avec ou sans travail adapté temporaire (décision A ou B). Les 9 % restants des travailleurs ont reçu la décision E. Dans ce cas aussi, les chiffres étaient similaires à ceux de CoPrev, mais avec un plus grand nombre de décisions A et C et un plus petit nombre de décisions D dans notre étude (Figure 4) (Nationale Arbeidsraad, 2018).

**FIGURE 4 :** AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL DANS LA PRESENTE ETUDE PAR RAPPORT AUX CHIFFRES COPREV



#### e) Reprise du travail

Après leur TRI, 201 travailleurs (42 %) travaillaient au moment de l'enquête (minimum un an après le TRI). 280 travailleurs ne travaillaient pas (58 %). La majorité des travailleurs qui avaient repris le travail travaillaient chez un autre employeur qu'avant leur TRI (69 %).

Lorsque le travail a été repris chez un autre employeur (n = 139), 73 % (n = 101) ont eu leur contrat chez l'employeur précédent rompu pour cause de force majeure médicale après le TRI.

En ce qui concerne le groupe de travailleurs qui ne travaillaient pas au moment de l'enquête (58 %, n = 280), la majorité n'a plus travaillé depuis leur TRI (86 %, n = 241). 170 d'entre eux déclarent que le contrat chez l'employeur a été rompu pour cause de force majeure médicale après le TRI (71 %). Un petit groupe (14 %) a repris le travail, mais a rechuté. La majorité des personnes qui ne travaillent plus reçoivent une allocation (93 %), généralement une allocation de la mutuelle (72 %). Près d'un sur trois perçoit une allocation de l'ONEM (28 %). 84 personnes ont indiqué être activement à la recherche d'un nouvel emploi (30 %).

Dans le groupe total de personnes qui ont suivi un TRI, le contrat de 271 personnes a été rompu pour cause de force majeure médicale. Cela concerne 56 % du groupe total. Néanmoins, 101 personnes de ce groupe (37 %) ont repris le travail, mais chez un autre employeur.

### 2.2.2. Régression logistique multimoniale

Pour vérifier quels prédicteurs contribuent significativement à la reprise du travail, nous avons effectué une régression logistique multimoniale, avec reprise du travail comme variable dépendante (VD) (voir *Méthode*). Cette VD avait trois résultats : non (pas de reprise du travail), reprise du travail chez le même employeur et reprise du travail chez un autre employeur. Le modèle a été construit et testé avec différents prédicteurs (facteurs) : caractéristiques sociodémographiques (sept prédicteurs), caractéristiques liées au travail (six prédicteurs) et caractéristiques de l'incapacité de travail (quatre prédicteurs).

Nous abordons ci-dessous l'influence des prédicteurs significatifs sur la reprise du travail, tant chez le même employeur que chez un autre employeur. Nous exprimons toujours l'influence à l'aide du odds ratio (OR) ou de la probabilité avec laquelle une situation donnée se présente.

Plusieurs prédicteurs significatifs ont émergé du modèle global. Les résultats complets peuvent être consultés dans l'Annexe 1, Tableau 1. La catégorie de référence pour la VI a toujours été indiquée dans le tableau avec le code « référence ». La catégorie de référence pour la VD est « pas de reprise du travail ». Les prédicteurs suivants ont eu une influence significative (valeur  $p$  inférieure à ,05) sur la reprise du travail pour les personnes qui suivaient un TRI :

- prédicteurs significatifs pour la reprise du travail chez le même employeur, par rapport à l'absence de reprise du travail :
  - les personnes dont le taux d'emploi est compris entre 51 % et 90 % ont 0,35 fois moins de chances de reprendre le travail chez le même employeur que les personnes dont le taux d'emploi est compris entre 90 % et 100 % ;
  - les personnes qui ont reçu une décision A ou B ont 28,64 fois plus de chances de reprendre le travail chez le même employeur que les personnes qui ont reçu la décision D ;
  - les personnes qui ont reçu une décision C ont 8,46 fois plus de chances de reprendre le travail chez le même employeur que les personnes qui ont reçu la décision D ;
- prédicteurs significatifs pour la reprise du travail chez un autre employeur, par rapport à l'absence de reprise du travail :
  - les personnes de moins de 45 ans ont 2,60 fois plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes de 45 ans ou plus ;
  - les personnes dont le partenaire était chômeur, en incapacité de travail ou pensionné ont 0,13 fois moins de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes dont le partenaire est travailleur ou indépendant ;
  - les personnes dont la durée de l'incapacité de travail était inférieure à 3 mois ont 3,53 fois plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes dont la durée de l'incapacité de travail est supérieure à deux ans ;

- les personnes dont la durée de l'incapacité de travail était comprise entre 3 et 6 mois ont 2,93 fois plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes dont la durée de l'incapacité de travail est supérieure à deux ans ;
- les personnes dont la durée de l'incapacité de travail était comprise entre 6 et 9 mois ont 3,20 fois plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes dont la durée de l'incapacité de travail est supérieure à deux ans ;
- les personnes souffrant d'une pathologie liée au burn-out, au stress ou au conflit ont 2,12 fois plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes dont le trouble concerne une autre raison médicale ;
- prédicteurs significatifs pour la reprise du travail tant chez le même employeur que chez un autre employeur, par rapport à l'absence de reprise du travail :
  - les personnes issues de l'immigration ont 0,04 fois moins de chances de reprendre le travail chez le même employeur et 0,29 fois moins de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes n'étant pas issues de l'immigration ;
  - les personnes avec un taux d'occupation de 50 % ou moins ont 0,17 fois moins de chances de reprendre le travail chez le même employeur et 0,37 fois moins de chances de reprendre le travail chez un autre employeur que les personnes avec un taux d'occupation compris entre 90 % et 100 %.

En conclusion, nous pouvons affirmer que le fait d'être issu de l'immigration et le taux d'emploi réduisent aussi bien les chances de reprise chez le même employeur que chez un autre employeur. La décision du médecin du travail a eu une influence sur la reprise du travail chez son propre employeur, avec plus de chances de reprise tant en cas d'évaluation A ou B que d'évaluation C. Par contre, l'âge et le travail du partenaire ont uniquement eu une influence sur une reprise du travail chez un autre employeur, avec plus de chances pour les plus jeunes et moins de chances pour les personnes dont le partenaire ne travaillait pas. De même, la durée et la pathologie n'ont eu qu'un impact significatif sur la reprise du travail chez un autre employeur. Lorsque la durée de l'incapacité de travail était inférieure à neuf mois ou lorsque la pathologie était liée au travail, comme le burn-out ou le stress, il y avait plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur.

Il s'est avéré que le demandeur du trajet n'avait pas d'influence significative sur la reprise du travail. Tout comme la langue, le sexe, le statut civil, le fait d'avoir des enfants, le type d'emploi, la formation, les revenus et le fait d'avoir des avantages extralégaux.

### 2.3. DISCUSSION

Dans le volet quantitatif de cette étude, nous avons essayé, outre les données descriptives sur le TRI, d'identifier également les résultats du TRI. Les personnes reprennent-elles le travail et le font-elles chez le même employeur ou chez un autre employeur ? C'est ce que nous avons étudié à l'aide de notre questionnaire.

### 2.3.1. Reprise du travail après le trajet de réintégration

Au moment de l'enquête, au moins un an après le TRI, 42 % des travailleurs avaient repris le travail, certes plus souvent chez un autre employeur (69 %) que chez le même employeur (31 %) (N = 481). Le rapport de recherche (Boets, 2020) fait la comparaison avec des voies informelles de reprise du travail, telles que la visite de pré-reprise du travail (VPR). Dans ce groupe, les travailleurs reprennent plus souvent le travail (73 %) et le font aussi plus souvent chez leur propre employeur (87 %). Cela correspond aux attentes. La durée de l'incapacité de travail est significativement plus longue lors du TRI formel par rapport aux voies informelles, ce qui réduit les chances de reprise du travail (Mylle et al., 2016).

Cela plaide en faveur du choix d'utiliser autant que possible les voies informelles de réintégration. En revanche, cela ne signifie pas que le TRI ne doit pas être conservé. Les résultats démontrent que le TRI permet d'atteindre un groupe de travailleurs en incapacité de travail qui n'est pas accessible par les voies informelles. En outre, il y a encore beaucoup de potentiel dans le suivi des travailleurs qui ne reprendront pas le travail après le TRI, car cet accompagnement ou ce suivi fait encore souvent défaut.

### 2.3.2. Prédicteurs pour la reprise du travail après le trajet de réintégration

Ensuite, nous avons examiné quels sont les facteurs déterminants d'une reprise du travail, tant chez le même employeur que chez un autre employeur. Selon les prévisions, les travailleurs qui ont reçu une évaluation A ou B avaient significativement plus de chances de reprendre le travail chez le même employeur. Ce n'est pas illogique étant donné que ces évaluations impliquent que le travailleur devrait à terme être en mesure de reprendre le travail. Mais les travailleurs qui ont reçu une évaluation C avaient également beaucoup plus de chances (plus de huit fois plus) de reprendre le travail chez le même employeur, par rapport à une évaluation D. Cela peut indiquer qu'en cas de décision C, les employeurs fournissent tout de même des efforts considérables pour pouvoir réintégrer un travailleur en lui proposant un travail adapté.

Toujours selon les prévisions, la durée de l'incapacité de travail a eu un impact significatif sur la reprise du travail. Lorsque le TRI a été entamé dans les neuf mois, les chances de reprendre le travail chez un autre employeur étaient 2,93 à 3,20 fois plus élevées. Lorsque la durée de l'incapacité de travail dépassait neuf mois, les chances de reprendre le travail avec succès diminuaient. C'était également le cas chez le même employeur, certes de manière non significative. Ceci plaide à nouveau pour un démarrage rapide du TRI, surtout en cas d'incapacité de travail définitive pour le travail convenu chez le même employeur.

Lorsque la pathologie autodéclarée de travailleurs qui ont suivi un TRI était liée au travail, comme le stress, le burn-out ou un conflit, les chances de reprise du travail chez un autre employeur augmentaient significativement. Cela peut s'expliquer par le fait que, en cas de situations conflictuelles au travail, tant les employeurs que les travailleurs souhaiteraient rompre le contrat de travail. Ceci est soutenu par les résultats de l'étude qualitative, dans laquelle les médecins du travail ont indiqué qu'en cas de conflit, les travailleurs utilisent le TRI pour pouvoir travailler chez un autre employeur.

En ce qui concerne les caractéristiques liées au travail, seul le taux d'occupation était un prédicteur significatif pour une reprise du travail, certes uniquement chez un autre employeur. Plus le taux d'occupation est faible, plus les chances de reprise du travail sont faibles. Une explication possible pourrait être qu'un emploi à temps partiel qui existait déjà avant le TRI était déjà un signe d'une moins bonne santé et pourrait être utilisé comme un pont vers la pension. A noter que d'autres facteurs liés au travail, comme le type d'emploi, n'ont pas eu d'influence sur la reprise du travail. Néanmoins, on pourrait supposer que les personnes ayant un emploi physiquement pénible peuvent difficilement reprendre le travail. Les résultats ont toutefois montré que les problématiques musculosquelettiques ne pouvaient pas être significativement associées à une reprise du travail après le TRI. Il se peut que les caractéristiques physiques du travail n'aient aucune influence sur le TRI parce que, comme on le pense, d'autres éléments jouent un rôle, comme un conflit ou un contact difficile entre l'employeur et le travailleur, indépendamment du type de travail.

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, quelques résultats étaient attendus. Les travailleurs de moins de 45 ans avaient plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur. Cela peut indiquer que les travailleurs plus âgés ont besoin de mesures de soutien supplémentaires s'ils doivent rechercher un autre emploi après le TRI. Une autre variable importante de contrôle, le sexe, n'a pas eu d'influence sur la reprise du travail, même si on pense souvent que les femmes ont moins de chances de reprendre le travail. Ceci, d'une part, parce qu'elles combinent souvent le travail avec d'autres tâches ménagères, comme la garde d'enfants, et, d'autre part, parce qu'elles sont plus souvent confrontées à une charge psychosociale puisqu'elles exercent plus souvent des professions de soins de santé. Toutefois, dans notre étude, l'absence du rôle du sexe peut être liée à l'absence d'influence de la pathologie (raisons mentales), du type d'emploi (service) et du fait d'avoir des enfants.

Le travail du partenaire s'est avéré significativement prédictif. Lorsque le partenaire était également inactif (chômeur, incapacité de travail ou pensionné), les chances de reprendre le travail chez un autre employeur diminuaient. Une cause possible pourrait être qu'un statut socio-économique (SSE) moins favorable au sein du ménage empêche les chances d'une réintégration réussie (Schuring, Robroek, Otten, Arts et Burdorf, 2013). Autre prédicteur attendu d'une reprise du travail : l'origine migratoire. Les travailleurs issus de l'immigration avaient beaucoup moins de chances de reprendre le travail. Le petit nombre de personnes issues de l'immigration dans cette étude (10 %, n = 49) rend toutefois difficile la généralisation de ces résultats. La donnée SSE et son influence sur la réintégration doivent être examinées plus en détail. Au sein du groupe TRI, d'autres facteurs socio-économiques tels que le ménage, la formation et le revenu n'ont en effet pas eu d'influence significative sur la reprise du travail.

### **2.3.3. Force majeure médicale après le trajet de réintégration**

Sur l'ensemble du groupe interrogé, 58 % (n = 280) ne travaillaient pas depuis au moins un an après leur TRI. Chez 71 % d'entre eux, le contrat a été résilié pour cause de force majeure médicale. Ce nombre élevé est en partie conforme aux prévisions et peut s'expliquer par l'absence de sanctions pour les employeurs. Ils peuvent relativement facilement rompre le contrat d'un travailleur en incapacité de travail pour cause de force majeure médicale. En outre, le rapport de motivation que les employeurs doivent

établir lorsqu'ils ne peuvent pas prévoir un travail adapté n'est guère contrôlé. Ceci a été confirmé dans notre étude qualitative (voir infra).

Toutefois, ces chiffres indiquent également que le contrat du travailleur en incapacité de travail n'a pas été rompu dans tous les cas pour cause de force majeure médicale. Dans certains cas, ces travailleurs peuvent rester sur la masse salariale de l'employeur afin de conserver certains avantages acquis. Dans certains cas, les employeurs choisiraient même de licencier des travailleurs avec indemnité (voir infra). Ces conclusions peuvent en partie contredire les critiques du syndicat. En outre, malgré l'absence de reprise du travail, la majorité des participants percevaient une allocation, généralement de la mutuelle, ce qui indique qu'ils sont toujours reconnus en incapacité de travail.

Sur l'ensemble du groupe, y compris ceux qui avaient repris le travail, 271 personnes, soit 56 % ont été victimes de force majeure médicale. Pourtant, 101 d'entre eux ont repris le travail (37 %), mais chez un autre employeur. Cela indique que la force majeure médicale ne doit pas toujours être négative et que, dans certains cas, elle est même utilisée positivement par les travailleurs, par exemple pour travailler ailleurs. A cet égard, le TRI peut bel et bien atteindre son objectif, la promotion de la réintégration, mais chez un autre employeur. Cette conclusion est également étayée par notre constatation que la catégorie du demandeur du trajet n'a pas eu d'influence significative sur la reprise du travail. Cela peut à nouveau (en partie) parer les critiques du syndicat, car en d'autres termes, la probabilité d'une reprise du travail ne diffère pas lorsque le TRI est demandé par l'employeur ou par le travailleur.

#### **2.3.4. Forces et faiblesses de l'étude**

La faiblesse de l'enquête menée par questionnaire est qu'elle décrit des données autodéclarées plutôt que des données objectives. De plus, on pourrait parler de « recall bias » (biais de rappel), parce que nous avons interrogé les participants sur leur TRI qui a eu lieu il y a au moins un an. Il se peut qu'il y ait des données dont ils ne se souviennent plus très bien.

L'une des forces de l'enquête réside dans le fait que nous avons pu examiner de nombreux prédicteurs qui nous ont permis de mieux comprendre la reprise du travail après le TRI.

En ce qui concerne la représentativité de l'étude, une force de l'étude réside dans le fait que nous avons pu interroger un échantillon important à l'aide de cinq SEPPT. Nos chiffres correspondaient aux chiffres de CoPrev pour l'ensemble du groupe TRI en 2017.

#### **2.3.5. Suggestions pour le suivi de l'étude**

Des études quantitatives supplémentaires, à grande échelle et avec des données objectives, sont recommandées. Pour ce faire, l'étude auprès de la Banque-Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) constitue un point de départ important (voir rapport d'étude Boets, 2020). Ces données nous donneront un meilleur aperçu du TRI et nous donneront également des perspectives économiques et organisationnelles.

### 3. EVALUATION QUALITATIVE

#### 3.1. METHODE

##### 3.1.1. Procédure

Pour l'évaluation qualitative, cinq groupes de parties prenantes pertinents ont été interrogés dans des groupes de discussion homogènes : patients ou travailleurs ayant suivi un TRI, médecins généralistes, médecins-conseils, médecins du travail et employeurs. Pour chaque groupe, nous avons essayé d'organiser un groupe de discussion néerlandophone et un groupe de discussion francophone. L'objectif était d'évaluer de manière critique le TRI pendant les groupes de discussion et de formuler des recommandations en vue d'optimiser la réglementation en la matière. Nous voulions ainsi obtenir une réponse aux questions suivantes :

- Comment les différentes parties prenantes perçoivent-elles la nouvelle réglementation et le TRI ?
- Comment améliorer la réglementation actuelle selon ces différentes parties prenantes ?

Un guide d'interview a été élaboré par groupe de parties prenantes (voir annexe du rapport de recherche (Boets, 2020)). Les questions ont été élaborées à partir du cadre Attitude Social Influence Self-Efficacy (ASE) appliqué au retour au travail (van Oostrom et al., 2007) et du Normalization Process Model (May, 2006).

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel informatique NVivo. Les principes d'analyse thématique ont été appliqués. Les différents groupes de discussion et parties prenantes ont cherché des thèmes globaux pouvant servir de réponse aux questions de l'étude (Braun et Clarke, 2012). Les thèmes ont été établis à partir de l'analyse des transcriptions et ont été reliés aux questions de l'étude, sur la base des cadres choisis.

##### 3.1.2. Participants

Les parties prenantes ont été recrutées via différents canaux, consultables dans le rapport de recherche complet (Boets, 2020).

Les groupes de discussion suivants ont eu lieu :

- deux groupes de discussion néerlandophones avec des travailleurs (n = 6). Du côté francophone, aucun patient n'a pu être recruté ;
- deux groupes de discussion néerlandophones et un groupe de discussion francophone avec des médecins généralistes (n = 39) ;
- un groupe de discussion néerlandophone et deux groupes de discussion francophones avec des médecins-conseils et des paramédicaux de différentes mutuelles (n = 16) ;
- un groupe de discussion néerlandophone et un groupe de discussion francophone avec des médecins du travail de différents SEPPT (n = 17) ;
- un groupe de discussion néerlandophone et un groupe de discussion francophone, deux entretiens individuels néerlandophones et un francophone avec des employeurs (n = 17) ;

La participation était volontaire. Pour les médecins, la possibilité d'accréditation a été prévue lors de la participation au groupe de discussion. Les participants ont chacun

signé un « consentement éclairé ». Les groupes de discussion et interviews se sont déroulés entre février et juin 2019. Chaque groupe de discussion a duré environ deux heures et un enregistrement sonore a été réalisé pour une analyse plus approfondie des conversations. Les interviews individuelles ont duré d'une demi-heure à une heure. Les résultats ont été anonymisés lors des analyses. Toutes les données à caractère personnel ont été traitées avec la confidentialité nécessaire. L'étude a été approuvée par la Commission d'éthique de recherche UZ/KU Leuven portant le numéro S62212.

### 3.2. RESULTATS

Cinq thèmes globaux ont été abordés dans les groupes de discussion. Les résultats ont été généralisés dans les groupes de discussion néerlandophones et francophones. Nous décrivons successivement les différents thèmes globaux avec leurs sous-thèmes. Pour chaque thème, nous avons examiné quels sont les facteurs favorables ou défavorables à la réintégration.

En Annexe 2, Tableau 2, vous trouverez un aperçu des thèmes et sous-thèmes.

#### 3.2.1. Le cadre/processus légal

Les participants des groupes de discussion ont constaté de nombreux manquements et limitations au cadre légal du TRI. Un grand défaut dans le cadre légal est l'absence d'engagement dans le TRI et l'absence de sanctions. Les médecins du travail ont indiqué que tant les employeurs que les travailleurs ne sont en aucune manière obligés ou mis sous pression pour la participation au trajet. De cette manière, le cadre légal est, selon eux, une « coquille vide ».

Une remarque récurrente est que le TRI engendre une charge de travail très lourde. Dans le cas des médecins du travail, il s'agissait d'un investissement important en termes de temps et également financier pour le SEPPT. Pour les médecins-conseils aussi, le TRI a représenté un important investissement en termes de temps. Bien qu'ils aient été convaincus que les travailleurs devaient être vus le plus tôt possible dans leur période d'incapacité primaire, ils ont indiqué que cela était souvent impossible en raison du manque de médecins :

Si nous n'avons tout simplement pas assez de monde comme c'est la réalité chez nous, l'OA [organisme assureur] veut-il investir suffisamment pour que nous puissions voir les gens prématurément ? On les verra, mais on ne peut tout simplement pas les voir en 2 mois de temps, c'est une réalité, je pense, pour presque tous nos collègues. Et tout le monde est convaincu, y compris dans les études internationales, qu'il faut intervenir tôt en cas d'incapacité de travail car cela donne un meilleur résultat. Car après 6 mois, on voit une habitude se produire chez tout le monde. La réalité est que le délai d'intervention le plus court chez nous est de 16 à 25 semaines. 25 semaines...

*Médecin-conseil*

Les médecins-conseils soutiennent la législation sur le plan du contenu, mais ont indiqué que les conditions préalables nécessaires à la transposition de la législation dans la pratique ne sont pas remplies. Ils ont indiqué avoir davantage besoin d'un soutien



méthodologique, par exemple via un soutien administratif ou des paramédicaux ou médecins supplémentaires. C'était leur priorité absolue. Pour les employeurs, il s'agissait souvent d'une lourde charge administrative et financière. De plus, ils ont trouvé la législation compliquée et complexe. Les PME en particulier devraient être mieux informées.

En outre, la connaissance du TRI et des processus légaux n'était pas la même chez toutes les parties. Les médecins généralistes n'étaient pas au courant de la législation. Ils ont indiqué avoir besoin de plus d'informations. Aujourd'hui, ils ne sont pas souvent impliqués lorsqu'un TRI est initié pour un de leurs patients. Les médecins généralistes ont pourtant estimé qu'ils jouaient un rôle important dans le TRI :

Oui, je trouve un peu étrange qu'en tant que médecin généraliste, nous ne soyons pas impliqués étant donné que nous sommes souvent ceux qui prescrivent l'incapacité de travail. C'est tout à fait logique, je pense, que nous soyons mis au courant, donc oui... c'est un peu une occasion manquée.

*Médecin généraliste*

Il y a quelques lacunes ou limitations dans la législation. Une limitation selon les médecins du travail est que les médecins-conseils travaillent sur la base d'une autre législation qu'eux. Les médecins-conseils travaillent sur la base de l'article 100 de la loi sur l'assurance maladie, qui stipule que l'incapacité de travail des patients à partir de six mois doit être examinée par rapport à l'ensemble du marché du travail, tandis que les médecins du travail ne regardent que l'incapacité par rapport au poste de travail.

Concernant le cadre légal, les médecins-conseils ont également abordé spécifiquement le Quick Scan. Au moment des groupes de discussion, le questionnaire Quick Scan n'était pas encore souvent utilisé dans le cabinet des médecins-conseils. Les différentes mutuelles ont utilisé le questionnaire de différentes manières. Certaines mutuelles ont envoyé automatiquement le Quick Scan au bout de huit semaines et ont appelé les patients sur la base de ces résultats, tandis que d'autres n'ont été appelés que sur la base du diagnostic. Une autre mutuelle n'a fait compléter le questionnaire que lors d'une consultation avec un praticien paramédical, en complément, parce qu'ils avaient le sentiment que les résultats ne fournissaient pas assez d'informations. Tout le monde pensait que le Quick Scan pouvait être un outil utile, mais seulement en complément. Les médecins-conseils ont estimé que le TRI et leur rôle dans ce domaine étaient un enrichissement de leur pratique :

On est plus là pour accompagner et pas juste pour évaluer et contrôler et mettre fin.

*Médecin-conseil*

### **3.2.2. La disponibilité d'un travail adapté**

La motivation de l'employeur à prévoir un travail adapté peut constituer un facteur empêchant la réintégration. On a l'impression que les employeurs peuvent s'en sortir facilement en rédigeant un rapport de motivation. En outre, ce rapport ne serait pas ou à peine contrôlé. Les employeurs eux-mêmes ont déclaré que ce n'était pas de leur faute si les rapports ne sont pas contrôlés. Ils ont toutefois estimé qu'une instance,

autre que le Contrôle du bien-être au travail (CBT), pouvait suivre les rapports pour sanctionner les employeurs qui ne font pas d'effort. Les employeurs ont toutefois indiqué essayer de motiver dans leur rapport de motivation la raison de l'impossibilité de proposer un travail adapté. Tous les acteurs médicaux ont indiqué qu'il y avait parfois des trajets réussis lorsque les employeurs font preuve de flexibilité et respectent les conditions d'un travail adapté.

Les employeurs insistent sur le fait qu'il n'est pas évident de trouver un travail adapté. Certains travailleurs « exigeraient » un travail adapté et pensent qu'ils peuvent obtenir davantage via le TRI que par la voie informelle. Souvent, il n'y a toutefois pas de travail adapté et seul un nombre limité d'heures et de tâches sont disponibles dans un emploi. Dans le secteur des services ou du nettoyage par exemple, c'est très difficile :

Personne ne veut pour ainsi dire faire [nettoyer] les plinthes partout et se pencher toute la journée parce que l'autre veut faire toutes les tâches en hauteur. J'en connais aussi qui ne peuvent pas faire les tâches en hauteur.

*Employeur*

Une reprise progressive du travail ou une adaptation (temporaire) des heures est souvent autorisée. Les employeurs ont indiqué qu'ils le prévoient souvent. Une adaptation effective des tâches ou du contenu de la fonction est toutefois rare. Un problème à cet égard est la disponibilité du travail adapté. Les employeurs ont par exemple indiqué qu'en raison de problèmes pratiques, des adaptations ne peuvent être apportées que pour une seule personne et non pour tout le monde. A certains moments, il n'y a pas non plus toujours besoin d'un poste de travail adapté. Par conséquent, il a souvent été décidé de ne pas proposer un travail adapté afin d'éviter toute malhonnêteté. Les médecins-conseils ont également signalé que les employeurs ne voulaient pas ou ne pouvaient pas prévoir de travail adapté.

Il faut une concomitance avec [la disponibilité d']un poste à un moment donné. Soit on a vraiment de la chance et y a un poste là et voilà. Mais la plupart du temps ce n'est pas comme ça. Ça prend du temps.

*Employeur*

Parfois, le travail adapté ne pouvait être prévu que temporairement. Les employeurs veulent bien faire un effort lorsqu'ils savent que le travailleur pourra reprendre le travail à temps plein après un certain temps, mais il est souvent impossible de prévoir une nouvelle fonction complète ou des adaptations définitives.

La taille d'une organisation joue également un rôle dans la capacité à fournir un travail adapté. Il est beaucoup plus difficile pour les PME de prévoir un travail adapté. La compréhension est moindre pour les grandes entreprises qui ne peuvent ou ne veulent pas offrir de travail adapté. Pourtant, les médecins du travail ont reconnu qu'une grande entreprise n'était pas nécessairement synonyme d'une réintégration réussie. La culture de l'organisation est également une condition importante à cet égard. Les PME devraient bénéficier d'un soutien tant logistique que financier :

Et que l'employeur d'une toute petite [entreprise] soit vraiment aidé pour une vraie réintégration, je pense. Soit aidé financièrement, plus aussi logistiquement. Il pourrait presque reprendre la personne et que ça ne coûte presque rien.

*Médecin du travail*

### **3.2.3. Communication entre les différents acteurs (médicaux)**

La communication entre les acteurs médicaux est rare ou inexistante. Comme indiqué précédemment, les médecins généralistes n'ont pas été impliqués et ont rarement été consultés. Les médecins-conseils et généralistes ont indiqué ne pas connaître les médecins du travail. En revanche, les médecins du travail disaient ne pas connaître les médecins-conseils et avoir du mal à les joindre.

Avec le médecin du travail, j'ai étonnamment très peu de contacts.

*Médecin-conseil*

Ce manque de communication est dû en partie à des problèmes pratiques tels que le manque de temps et le manque de plateforme de communication formalisée et uniformisée pour tous les acteurs. Les employeurs ont également remarqué que cette communication était difficile et que la procédure était donc parfois compromise. Il y aurait plusieurs plateformes, chacune utilisée séparément. Certains médecins-conseils ont indiqué avoir désormais plus de contacts avec les médecins du travail et avoir ainsi une meilleure vision des implications de la fonction de leurs collègues.

Les médecins du travail eux-mêmes ont remarqué qu'ils considéraient comme une restriction le fait qu'ils ne pouvaient officiellement pas se concerter avec l'employeur dans la phase d'évaluation du TRI. Pour des raisons de confidentialité, la communication entre les médecins ne peut être faite que si le travailleur y donne son consentement.

### **3.2.4. Alternatives au TRI**

Les alternatives informelles au TRI, comme l'examen de reprise du travail ou la visite de pré-reprise du travail (VPR), ont augmenté depuis le TRI. La plupart des parties sont favorables à cette méthode car elle est moins formelle et peut favoriser un contact précoce. Selon elles, l'avantage de l'introduction du TRI était que l'on parle maintenant davantage de réintégration et que les reprises de travail informelles ont augmenté.

Les employeurs privilégient également les trajets informels. Une raison importante à cela était qu'ils ont l'impression que le passage est plus rapide par la voie informelle et que, par exemple, une reprise progressive du travail peut ainsi être entamée plus rapidement.

Une politique claire en matière d'absentéisme au sein d'une organisation joue un rôle important. Lorsqu'une organisation dispose d'une politique en matière d'absentéisme, une réintégration (formelle ou informelle) peut être plus structurée. Les étapes à suivre peuvent être fixées à l'avance, comme le fait de prendre contact après une durée déterminée, d'informer le travailleur de la possibilité de se rendre chez le médecin du travail, etc. Dans le cadre de cette politique, les possibilités de réintégration et de travail adapté peuvent être fixées. Pour les PME, mais aussi pour les grandes organisations,

le soutien des pouvoirs publics est le bienvenu pour contribuer à l'élaboration d'une politique en matière d'absentéisme.

### 3.2.5. Force majeure médicale

Selon les acteurs médicaux, la résiliation du contrat pour cause de force majeure médicale se déroule plus facilement qu'auparavant depuis l'introduction du TRI. En revanche, les employeurs ont l'impression que c'est plus difficile maintenant et qu'il faut faire plus d'efforts pour trouver un travail adapté. La tendance générale des impressions était que la force majeure médicale est une opportunité pour le travailleur mais que les employeurs en abusent. On a le sentiment que les employeurs lancent parfois le TRI pour des travailleurs « non réintégrables » ou invalides. Dans de nombreux cas, les médecins-conseils considéraient la force majeure médicale comme problématique, surtout pour les travailleurs plus âgés ayant une grande ancienneté.

Les travailleurs eux-mêmes ont également constaté que les employeurs invoquaient le TRI afin de pouvoir les licencier de manière simple et moins onéreuse. Ils dénonçaient également le manque de contrôle du rapport et avaient le sentiment que les employeurs pouvaient invoquer la force majeure médicale sans aucune surveillance :

Tout dépend de la possibilité des malades de longue durée d'imposer quelque chose. Et quand je regarde en quoi consiste la motivation ou l'obligation de motivation que vous avez déjà mentionnée, cette mesure incombe uniquement à cet employeur qui peut finalement très facilement adresser la lettre D et procéder au licenciement pour raisons médicales. Il n'y a pas de mesure de contrainte, et donc pas de règle établie pour savoir ce qu'est un ajustement raisonnable. Parce que c'est écrit dans la loi, ça doit être une adaptation raisonnable. Donc, être raisonnable n'est pas du tout défini. Donc, vous pouvez être sûr qu'il le peut utiliser. Et oui, écoutez, pour moi ce n'est pas raisonnable et que ce sera un licenciement après tout.

*Travailleur*

Certains employeurs ont décrit avoir en effet convoqué quelques travailleurs absents depuis longtemps pour un TRI afin de mettre fin au contrat pour cause de force majeure médicale. Cependant, selon eux, cette situation est maintenant stabilisée parce que les malades de très longue durée ne se trouvent plus dans l'organisation et que le TRI est maintenant utilisé de manière plus constructive.

Je pense qu'ils devraient regarder cette première année indépendamment de tout le reste. Nous avons effectivement utilisé cette première année pour redresser les anciens faits qui s'accumulaient depuis des années. Il n'est pas non plus correct de devoir payer pendant 22 ans une personne qui a travaillé 2 mois chez nous. Ce n'est pas correct non plus.

*Employeur*

Les employeurs ont déjà indiqué qu'ils préféreraient ne pas lancer le TRI, mais qu'ils le font lorsqu'il y a un contact difficile avec un travailleur ou lorsque le pronostic de la situation n'est pas clair. Dans presque tous les cas de lancement du TRI, les employeurs ont indiqué qu'ils le faisaient pour rétablir le contact avec le travailleur en incapacité de travail.

[II] y a des personnes qu'on ne voit pas depuis un an, un an et demi, deux ans, on n'arrive pas à reprendre contact avec eux, c'est très délicat et là nous ça a permis effectivement de nous positionner.

*Employeur*

Les médecins généralistes ont également eu le sentiment qu'en cas de résistance du travailleur ou de l'employeur concernant la réintégration, le TRI pouvait être un bon moyen de lancer le processus de réintégration. Dans certains cas, certains employeurs ont déclaré explicitement ne pas choisir de lancer un TRI, par exemple lorsqu'il s'agissait de problématiques graves telles que le cancer ou de travailleurs âgés qui partaient bientôt à la retraite. Dans de tels cas, ils ont laissé tomber cette possibilité. Un employeur a également indiqué licencier de temps à autre des travailleurs moyennant le paiement d'une indemnité, par exemple pour les travailleurs ayant beaucoup d'ancienneté, afin de compenser cette fidélité.

Bien que la nouvelle législation relative au reclassement professionnel n'était pas encore en vigueur au moment des groupes de discussion, tous les acteurs l'ont considérée comme une réglementation positive, surtout pour les travailleurs âgés ou les travailleurs handicapés. Selon eux, il manquait provisoirement un bon suivi des travailleurs après une force majeure médicale, par exemple par le VDAB, la Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB), le Forem, Actiris ou L'AviQ. Un système de suivi global est nécessaire. Des médecins-conseils ont confirmé ce manque de suivi. D'une part parce que le temps leur manque et d'autre part parce que le lancement d'un trajet chez la GTB suscite parfois des discussions.

Cela a été considéré comme une opportunité pour ces travailleurs par tous les acteurs médicaux et aussi par les employeurs. Lorsqu'un travailleur lance un TRI dans le but d'obtenir une force majeure médicale, il le fait souvent dans le but de pouvoir quitter rapidement son employeur. Dans bon nombre de ces situations, les conflits sur le lieu de travail jouent un rôle important. Cela a été considéré comme une opportunité pour ces travailleurs par tous les acteurs médicaux et aussi par les employeurs. Les travailleurs eux-mêmes ont indiqué que la législation pouvait être utilisée à des fins positives pour eux, mais que la limite d'« utilisation abusive de la législation » était mince, tant par les travailleurs que par les employeurs. Toutefois, les médecins du travail ont indiqué que lorsque les travailleurs obtiennent de cette manière la force majeure médicale et qu'ils travaillent chez un autre employeur, nous pouvons également parler d'une réintégration réussie :

Vous dites : « Ce sont les travailleurs qui en font maintenant la demande pour pouvoir en fait partir », mais ils ont généralement autre chose en vue. Il s'agit en fait aussi d'une réintégration réussie, mais la législation ne sert pas à cela et nous ne devrions pas procéder de cette manière. Mais nous les voyons très souvent venir avec un certificat d'un médecin traitant parce qu'ils ont déjà une idée d'un autre travail. Ce sont aussi des réussites.

*Médecin du travail*

Les médecins du travail ont néanmoins indiqué que les travailleurs arrivaient trop tard chez eux et que, dans de nombreux cas, « il est déjà trop tard ». Une recommandation

importante est que le TRI des travailleurs soit lancé plus rapidement, que ce soit de manière formelle ou informelle.

### 3.3. DISCUSSION

Dans le volet qualitatif de cette étude, nous avons pu identifier, à partir des groupes de discussion et des interviews, les facteurs favorables et défavorables à la réintégration perçus par les différentes parties prenantes. Nous avons pu les regrouper dans différents thèmes et sous-thèmes globaux (Annexe 2, Tableau 2). Sur base de cette analyse et d'une analyse de la littérature internationale, nous avons pu formuler quelques recommandations visant à optimiser la législation en la matière.

#### 3.3.1. Facteurs défavorables, facteurs favorables et recommandations

Les parties prenantes ont malheureusement perçu de nombreux obstacles dans le cadre légal. Pour toutes les parties, le TRI génère une lourde charge administrative et financière. En outre, la connaissance des différentes parties prenantes est insuffisante. Les médecins généralistes ne sont pas au courant de la législation, mais les employeurs de PME ne les connaissent que dans une mesure limitée.

Toutes les parties recommandent donc fortement de mieux informer les parties prenantes. Une étude menée au Royaume-Uni a par exemple montré que les médecins généralistes sont souvent demandeurs d'une meilleure formation sur la santé au travail (Elms et al., 2005). Les médecins généralistes des groupes de discussion ont également œuvré à cette fin et plaident pour une implication active. Ce n'est pas illogique en soi, étant donné que c'est le médecin généraliste qui prescrit l'incapacité de travail et qui est donc aussi dans une position idéale pour entamer l'entretien de reprise du travail. Une condition nécessaire à cet effet est toutefois la connaissance suffisante des processus, recommandée par tous les acteurs médicaux.

De plus, les acteurs médicaux manquent d'une approche telle que celle « de la carotte ou du bâton ». Il n'y a pas de contrôle du rapport de motivation de l'employeur et aucune sanction n'est liée à la non-collaboration du travailleur au TRI. Il serait possible de contrôler davantage ce point et de prévoir des sanctions effectives, comme une réduction des allocations. Une étude a montré que les incitants financiers peuvent bel et bien avoir une influence sur la reprise du travail. Les employeurs pourraient être encouragés à investir dans des politiques de santé préventive. En Finlande, par exemple, les employeurs des grandes entreprises sont obligés de rembourser la pension d'invalidité et aux Pays-Bas, les employeurs doivent payer plus longtemps un salaire garanti (Mittag et al., 2018). Les incitations pour les travailleurs peuvent consister à la fois en sanctions, comme la réduction de l'allocation, et en récompenses, comme des avantages financiers en cas de reprise du travail (Clayton et al., 2011 ; Kostol et Mogstad, 2014 ; Vlachou et al., 2018). Actuellement, la législation belge comporte toutefois quelques lacunes qui font que les travailleurs gagnent moins s'ils veulent reprendre le travail, ce qui limite considérablement la réintégration. Une recommandation à cet égard est de mieux harmoniser l'AR réintégration et la loi sur l'assurance maladie, et ce dans l'intérêt du travailleur.

D'éventuelles sanctions devraient permettre de lutter contre les abus de la législation, tant par l'employeur que par le travailleur. Les employeurs utiliseraient le TRI pour « nettoyer la masse salariale » et les travailleurs l'utiliseraient pour pouvoir quitter rapidement et facilement l'employeur, principalement en cas de situations conflictuelles. Les chiffres de l'enquête sur le questionnaire ont confirmé cette présomption. Il s'est avéré que les travailleurs avaient plus de chances de reprendre le travail chez un autre employeur lorsque leur pathologie était liée au burn-out, au stress ou au conflit. Dans ces situations, les acteurs médicaux et les employeurs ont qualifié la force majeure médicale d'opportunité pour le travailleur. Même si le contrat prend fin dans ces cas, il peut tout de même être question d'une réintégration réussie lorsque le travailleur demande le TRI en vue d'un nouvel emploi chez un autre employeur. En revanche, les employeurs ont reconnu avoir utilisé le TRI pour un certain nombre de travailleurs absents de longue durée problématiques, mais ont ajouté que la situation s'est désormais normalisée. Le TRI est même préférable à présent et ne peut être lancé que dans quelques cas lorsque le contact avec un travailleur en incapacité de travail est difficile.

Selon eux et selon les acteurs médicaux, un suivi ou un accompagnement sérieux font souvent défaut lorsque les travailleurs font l'objet d'une force majeure médicale. Cette situation est particulièrement problématique pour les travailleurs âgés ou handicapés. La législation en matière de reclassement professionnel qui est entrée en vigueur peu de temps après les groupes de discussion (Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg, 2020) constitue à cet égard un pas important dans la bonne direction.

Une cause importante des obstacles dans le cadre légal semble être que les parties prenantes importantes n'ont pas été impliquées dans leur élaboration. La législation a été élaborée « top-down » (approche descendante) au lieu de « bottom-up » (approche ascendante). Les médecins-conseils ont indiqué que leur pratique ne leur permet pas, notamment en raison d'une pénurie de médecins, de remplir les conditions-cadres pour réussir le TRI. Les acteurs médicaux ne parviennent pas à lancer un TRI à temps, ce qui réduit les chances de reprise réussie du travail. Ceci est confirmé par la recherche scientifique (Mylle et al., 2016) ainsi que par les chiffres de notre étude quantitative basée sur le questionnaire. Une recommandation importante à cet égard est de maintenir le contact avec le travailleur en incapacité de travail, de préférence dès les six premières semaines de la période d'incapacité de travail (Hoefsmit, Houkes et Nijhuis, 2012 ; Mittag et al., 2018). C'est ce que tente de faire le Quick Scan : détecter précocement le risque d'incapacité de travail de longue durée (Goorts et al., 2019) ; mais cette méthode n'est pas encore totalement mise en œuvre dans la pratique des médecins-conseils. Une politique en matière d'absentéisme et de réintégration joue ici un rôle important. Maintenir le contact avec le travailleur en incapacité de travail peut constituer une partie substantielle d'une telle politique.

Une approche multidisciplinaire du processus de reprise du travail semble à cet égard un facteur supplémentaire important pour la réussite du TRI. Une étude a montré qu'une approche multidisciplinaire, impliquant des médecins du travail et des médecins-conseils, mais aussi des psychologues et des ergonomes, et avec l'implication de l'employeur et du travailleur, peut constituer une plus-value pour la réintégration

(Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron et Hillage, 2010 ; Hoefsmit et al., 2012 ; Verjans, Lambreghts, Mylle, De Baere et Godderis, 2017). Mais la communication entre les acteurs est actuellement médiocre. Une plateforme de communication unifiée est nécessaire. Dans ce cas, un rôle éventuel peut être réservé à un coordinateur du processus de reprise du travail. Une étude a montré que ce coordinateur peut agir comme lien entre les différents acteurs et favoriser la collaboration et la communication (Franche, Baril, Shaw, Nicholas et Loisel, 2005 ; Lefever, Decuman, Perl, Braeckman et Van de Velde, 2018), ce qui peut faciliter la réintégration.

Une réintégration réussie dépend toutefois de la possibilité de proposer un travail adapté. Les employeurs ont énuméré différents facteurs organisationnels qui peuvent entraver la réintégration. La taille d'une organisation est un élément déterminant. Il existe évidemment moins de possibilités au sein d'une PME, mais une grande organisation ne garantit pas non plus la réussite. Les « grands employeurs » ont également indiqué qu'il était difficile de prévoir en permanence un travail adapté. Une adaptation temporaire en heures ou une reprise progressive du travail font partie des adaptations les plus fréquentes et sont généralement réalisables pour les employeurs. Une étude internationale révèle toutefois qu'une reprise progressive du travail a dans de nombreux cas un effet positif sur la réintégration (Sabariego et al., 2018 ; Viikari-Juntura et al., 2017). Offrir une fonction totalement nouvelle au niveau du contenu est toutefois rarement possible et ces fonctions ne sont souvent pas disponibles au sein d'une organisation. Cependant, il y a aussi plusieurs changements moins radicaux, comme les adaptations ergonomiques, qui peuvent également avoir un effet favorable important (Sabariego et al., 2018).

Un tournant positif depuis l'introduction de l'AR est que l'on parle davantage de réintégration. Cette *sensibilisation* accrue en matière de réintégration a entraîné une augmentation des voies informelles de réintégration, comme l'examen de reprise du travail ou la VPR. Dans de nombreux cas, ces trajets sont couronnés de succès, avec de fortes chances de réintégration chez le même employeur. De plus, la plupart des acteurs sont favorables à ces trajets informels, car ils sont moins soumis à des règles et délais fixés. Le TRI est à cet égard principalement utilisé pour les « cas difficiles ». Cela pourrait expliquer en partie le succès des trajets informels. Cependant, des réintégrations réussies sont également possibles au sein du TRI, mais plus souvent chez un autre employeur. Le choix entre la voie formelle et informelle doit donc être maintenu. Le point de départ principal reste toutefois que, tant dans le cadre formel qu'informel, le processus de réintégration doit être lancé à temps afin d'augmenter les chances de réussite.

### 3.3.2. Forces et faiblesses de l'étude

Il convient également de tenir compte du fait que l'enquête qualitative date de 2019, de sorte que certaines constatations évoquées sont peut-être obsolètes. Cependant, de nombreuses conclusions sont toujours d'actualité et les résultats et recommandations restent pertinents.

Un point fort de cette étude réside dans le fait que nous avons pu interroger toutes les parties prenantes pertinentes au sein de la législation. Nous avons également mené cette



étude au-delà des frontières linguistiques, ce qui nous donne une image globale de la situation en Belgique. Seuls les travailleurs francophones n'ont pas pu être interrogés.

Un autre point fort de l'étude réside dans le fait que les groupes de discussion et les interviews nous ont permis d'approfondir les sujets et d'améliorer de cette manière la qualité de l'étude. Les causes sous-jacentes et les points névralgiques de nombreux facteurs favorables et défavorables mentionnés ont ainsi pu être expliqués plus en détail.

### 3.3.3. Suggestions pour le suivi de l'étude

De nombreux points sensibles peuvent être abordés dans le cadre légal. Il est préférable d'impliquer activement les parties prenantes concernées afin que la législation puisse être optimisée dans une approche ascendante. Cette approche peut faire en sorte que le cadre légal corresponde aux besoins individuels et sociaux effectifs des parties prenantes.

## 4. CONCLUSION GLOBALE, RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

Lorsque nous rassemblons les résultats et les analyses du volet quantitatif et qualitatif, nous pouvons affirmer que l'AR TRI conduit bel et bien à la réintégration des travailleurs en incapacité de travail, certes plus souvent chez un autre employeur. Malgré la connotation négative relative au TRI et à la « force majeure médicale », ils conduisent dans de nombreux cas à une reprise du travail réussie. Pour les travailleurs, le TRI est en outre souvent utilisé comme opportunité pour pouvoir travailler chez un autre employeur. Dans le cas des employeurs, mais aussi de certains travailleurs, on parle également d'abus. D'éventuelles sanctions ou récompenses pourraient empêcher ces abus, par exemple sous la forme d'incitations financières encourageant les employeurs à investir dans des politiques de santé préventive ou encourageant les travailleurs à réintégrer le marché du travail.

Selon les parties prenantes interrogées, certaines conditions préalables susceptibles d'assurer une exécution réussie de l'AR ne sont toutefois pas remplies. L'un des principaux points névralgiques est le lancement trop tardif du processus de réintégration, de sorte que le TRI ne peut plus non plus apporter de solution. Ceci est également confirmé dans le volet quantitatif. Une recommandation prioritaire est donc de prendre des mesures qui favorisent une réintégration précoce et peuvent faciliter une reprise du travail. Concrètement, cela peut signifier : l'élaboration obligatoire pour chaque employeur d'une politique de réintégration étendue, dans laquelle une collaboration multidisciplinaire et une prise de contact précoce avec le travailleur en incapacité de travail occupent une place centrale. Les pouvoirs publics peuvent également jouer un rôle de soutien important à cet égard. Ils peuvent encourager et soutenir les employeurs dans l'offre de travail adapté.

Dans le cadre d'une telle politique, la réintégration doit en outre être interprétée comme un processus qui peut avoir lieu tant chez le même employeur que chez un autre employeur. Pour ce faire, il est possible d'adopter une approche par paliers, qui permet d'abord de réagir rapidement et de manière informelle. Si certains éléments situationnels empêchent une voie informelle, le TRI peut offrir une solution aux

travailleurs en incapacité de travail et à leurs employeurs qui ne trouvent pas de solution par la voie informelle. Une condition importante à cet égard est toutefois que ces personnes soient bien suivies pendant et après le TRI, ce qui n'est pas encore suffisamment le cas à ce jour. Le VDAB, le FOREM, ACTIRIS et l'INAMI ont notamment un rôle important à jouer à cet égard.

L'AR a fait du thème de la réintégration un point important à l'ordre du jour de nombreux employeurs et acteurs médicaux, alors que ce n'était pas le cas auparavant. De nombreuses *bonnes pratiques* ont ainsi été formalisées dans différentes initiatives politiques. En outre, cette *sensibilisation* accrue a entraîné une augmentation des processus de réintégration informels, qui favorisent bel et bien la réintégration. En d'autres termes, il est intéressant de se rendre chez le médecin du travail.

Nous suggérons aux autorités et aux cabinets concernés de travailler sur les résultats de l'étude quantitative et qualitative. Tout d'abord, il convient de poursuivre les recherches quantitatives à grande échelle et sur la base de données objectives. Par ailleurs, de nombreux points sensibles dans le cadre légal peuvent être abordés. Il est préférable d'impliquer activement les parties prenantes concernées afin que la législation puisse être optimisée dans une approche ascendante. Cette approche peut faire en sorte que le cadre légal corresponde aux besoins individuels et sociaux effectifs des parties prenantes. Nous recommandons d'utiliser le mouvement positif qui s'est formé, comme l'augmentation des trajets informels, en tant que point de repère pour continuer à attirer l'attention sur la réintégration.

En ce qui concerne les résultats complets de l'étude, nous vous renvoyons au rapport de recherche (Boets, 2020). Pour les résultats de l'évaluation juridique de l'AR, nous vous renvoyons au rapport du prof. De Greef de l'ULB (De Greef, 2020). Les deux sont consultables sur le site web du SPF ETCS.

*(Traduction)*

---

**BIBLIOGRAPHIE**

ACLBV Liberale Vakbond, *Re-integratie langdurig zieken schiet doel voorbij*. Consulté sur <https://www.aclbv.be/nl/artikels/re-integratie-langdurig-zieken-schiet-doel-voorbij>, 2018.

Boets, I. et Godderis, L., *Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk: Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie*, 2020. Consulté sur <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2020-evaluatie-van-de-impact-van-de-nieuwe-reglementering-op-de-re-integratie>: <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2020-evaluatie-van-de-impact-van-de-nieuwe-reglementering-op-de-re-integratie>.

Braun, V. et Clarke, V., *Thematic analysis*, 2012.

Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J. et Hillage, J., Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions, *Disability and Rehabilitation*, 32(8), pp. 607-621, 2010.

Clayton, S., Barr, B., Nylen, L., Burström, B., Thielen, K., Diderichsen, F. et al., Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers, *European Journal of Public Health*, 22(3), 434-439. doi:10.1093/eurpub/ckr101, 2011.

De Greef, V. et Deroubaix, H., *Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail*, 2020. Consulté sur [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/RTW\\_Rapport\\_WP3\\_ULB\\_2020.pdf](https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-%C3%AAtre%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/RTW_Rapport_WP3_ULB_2020.pdf).

Depuydt, K., *Vraag aan een expert: zijn 'zieke' werknemers beschermd tegen ontslag?* 2015. Consulté sur <https://www.partena-professional.be/nl/knowledge-center/infoshots/vraag-aan-een-expert-zijn-zieke-werknemers-beschermd-tegen-ontslag>.

Elms, J., O'Hara, R., Pickvance, S., Fishwick, D., Hazell, M., Frank, T. et al., The perceptions of occupational health in primary care, *Occupational medicine*, 55(7), pp. 523-527, 2005. doi:10.1093/occmed/kqi123.

Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg, *Outplacement: specifieke regeling bij medische overmacht*, 2020. Consulté sur <https://werk.belgie.be/nl/themas/arbeidsovereenkomsten/outplacement/outplacement-specifieke-regeling-bij-medische-overmacht#edit-group-content>.

Franche, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. et Loisel, P., Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), pp. 525-542, 2005.

Goorts, K., Boets, I., Decuman, S., Du Bois, M., Rusu, D. et Godderis, L., Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study, *J Epidemiol Community Health*, 74(11), pp. 913-918, 2020.

Goorts, K., Vandenbroeck, S., Vander Elst, T., Rusu, D., Du Bois, M. et Godderis, L., Quicksan assesses risk of long-term sickness absence: a cross-sectional validation study, *J Occup Environ Med*, 61(2), e43, 2019.

Het Laatste Nieuws, ACV: “Langdurig zieken, blijf weg bij de arbeidsgeneesheer”, 2018. Consulté sur <https://www.hln.be/nieuws/binnenland/acv-langdurig-zieken-blijf-weg-bij-de-arbeidsgeneesheer-afb024cb/>.

Hoefsmit, N., Houkes, I. et Nijhuis, F., Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), pp. 462-477, 2012.

Kostol, A. R. et Mogstad, M., How financial incentives induce disability insurance recipients to return to work, *American Economic Review*, 104(2), pp. 624-655, 2014.

Lefever, M., Decuman, S., Perl, F., Braeckman, L. et Van de Velde, D., The efficacy and efficiency of Disability Management in job-retention and job-reintegration. A systematic review, *Work*, 59(4), pp. 501-534, 2018.

May, C., A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care, *BMC Health Serv Res*, 6(1), 86, 2006.

Mittag, O., Kotkas, T., Reese, C., Kampling, H., Groskreutz, H., de Boer, W. et Welti, F., Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany: a comparative analysis, *International journal of public health*, 63(9), pp. 1081-1088, 2018.

Moerland, I. et Romanus, L., *Opvolging van werknemers in een re-integratietraject en resultaten van voorafgaand werkherlevingsonderzoeken bij langdurig zieken* (mémoire de master inédit), KU Leuven, UGent, UAntwerpen, VUB, 2019.

Mortelmans, K., Werken is genezen: over de bijwerkingen van het doktersbriefje, *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, 25(10), pp. 501-501, 2017.

Mylle, G., Henckens, P., Verbeek, C., Wijns, D., Bulterys, S., Coene, M. et al., *Kenmerken van het chronisch ziekteverzuim. Hoe langer afwezig, hoe moeilijker terug aan het werk*, White paper IDEWE et Acerta, 13, 2016.

Nationale Arbeidsraad, *Advies nr 2.099: Overlegplatform voor de actoren die betrokken zijn bij het proces van de vrijwillige terugkeer naar werk van personen met een gezondheidsprobleem - Evaluatie en voorstellen in verband met de reglementering inzake re-integratie*, 2018.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, *Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2018*, 2018a. Consulté sur <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2018/Paginas/statistieken-invaliditeit.aspx>.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, *Statistieken van de uitkeringen over 2018*, 2018b. Consulté sur <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2018/Paginas/default.aspx>.

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, *Historiek van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*, 2020. Consulté sur <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/financiering/begroting-rekeningen/Paginas/historiek.aspx>.

Sabariego, C., Coenen, M., Ito, E., Fheodoroff, K., Scaratti, C., Leonardi, M. et al., Effectiveness of integration and re-integration into work strategies for persons with chronic conditions: A systematic review of European strategies, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 552, 2018.

Schuring, M., Robroek, S. J., Otten, F. W., Arts, C. H. et Burdorf, A., The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands, *Scand J Work Environ Health*, pp. 134-143, 2013.

van Oostrom, S. H., Anema, J. R., Terluin, B., Venema, A., de Vet, H. C. et van Mechelen, W., Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool, *BMC Health Serv Res*, 7(1), 127, 2007.

Verjans, M., Lambreghts, C., Mylle, G., De Baere, E. D. et Godderis, L., Er terug-zijn, *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 25(1), pp. 21-23, 2017. doi:10.1007/s12498-017-0008-5.

Viikari-Juntura, E., Virta, L. J., Kausto, J., Autti-Rämö, I., Martimo, K.-P., Laaksonen, M. et al., Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland, *Scand J Work Environ Health*, pp. 447-456, 2017.

Vlachou, A., Stavroussi, P., Roka, O., Vasilou, E., Papadimitriou, D., Scaratti, C. et al., Policy guidelines for effective inclusion and reintegration of people with chronic diseases in the workplace: national and European perspectives, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 493, 2018.

Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H. et al., Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial, *J Med Internet Res*, 17(5), e116, 2015. doi:10.2196/jmir.4097.

Zabkiewicz, D., The mental health benefits of work: do they apply to poor single mothers?, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), pp. 77-87, 2010.

## ANNEXE

TABLEAU 1 : RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA REGRESSION LOGISTIQUE MULTINOMIALE DU TRAJET DE REINTEGRATION

**Variable dépendante : « Reprise du travail »** (Non *(référence)*)  
 Oui chez le même employeur/Oui chez un autre employeur).  
 Mesure de résultat : OR et valeur p

	Travaille chez le même employeur	Travaille chez un autre employeur
<b>Langue</b>		
Français	1.201	0.751
	$p = .691$	$p = .351$
Néerlandais ( <i>référence</i> )		
<b>Sexe</b>		
Homme	0.860	1.136
	$p = .778$	$p = .726$
Femme ( <i>référence</i> )		
<b>Age</b>		
Moins de 45 ans	0.655	2.559
	$p = .350$	$p = .002^{**}$
45 ans ou plus ( <i>référence</i> )		
<b>Statut civil</b>		
Vivant seul	0.841	0.578
	$p = .723$	$p = .110$
Cohabitant de fait ou légal	0.583	1.038
	$p = .340$	$p = .920$
Marié ( <i>référence</i> )		
<b>Enfants</b>		
Pas d'enfants sous le même toit	0.466	0.611
	$p = .075$	$p = .099$
Enfants ( <i>référence</i> )		
<b>Statut de travail du partenaire</b>		
Chômeur, en incapacité de travail ou pensionné	0.539	0.134
	$p = .316$	$p = .001^{***}$
Partenaire qui travaille ou indépendant ( <i>référence</i> )		
<b>Origine migratoire</b>		
Origine migratoire	0.040	0.285
	$p = .009^{**}$	$p = .036^*$
Pas d'origine migratoire ( <i>référence</i> )		
<b>Type d'emploi</b>		
Profession scientifique, spécialiste ou dirigeant	0.189	1.613
	$p = .106$	$p = .415$
Profession administrative ou commerciale	1.096	1.172
	$p = .880$	$p = .697$
Métier de service	2.159	0.971
	$p = .165$	$p = .945$
Ouvrier ( <i>référence</i> )		

<b>Formation</b>		
Enseignement supérieur, bachelier ou master	2.000 $p = .158$	1.690 $p = .126$
Enseignement secondaire ou inférieur ( <i>référence</i> )		
<b>Revenu net par mois (continu)</b>		
	1.001 $p = .212$	1.000 $p = .571$
<b>Avantages extralégaux</b>		
Aucun	0.648 $p = .389$	1.044 $p = .896$
Au moins 1 ( <i>référence</i> )		
<b>Taux d'occupation</b>		
50 % ou moins	0.165 $p = .013^*$	0.372 $p = .032^*$
51-90 %	0.349 $p = .039^*$	0.526 $p = .057$
90 %-100 % ( <i>référence</i> )		
<b>Durée de l'incapacité de travail</b>		
IT <3 m	2.050 $p = .249$	3.533 $p = .002^{**}$
IT 3-6 m	2.356 $p = .189$	2.932 $p = .015^*$
IT 6-9 m	0.492 $p = .374$	3.202 $p = .030^*$
IT 9-12 m	1.139 $p = .848$	1.044 $p = .934$
IT 1 a-2 a	0.752 $p = .695$	1.736 $p = .279$
IT > 2 a ( <i>référence</i> )		
<b>Pathologie</b>		
Burn-out, stress ou conflit	1.859 $p = .237$	2.128 $p = .036^*$
Dépression ou autre raison mentale	1.065 $p = .945$	0.822 $p = .747$
Raison musculosquelettique	0.707 $p = .531$	0.782 $p = .543$
Autre raison médicale ( <i>référence</i> )		
<b>Demandeur TRI</b>		
Employeur	1.493 $p = .410$	0.922 $p = .814$
Médecin-conseil	0.805 $p = .695$	0.793 $p = .571$
Travailleur ou médecin traitant ( <i>référence</i> )		
<b>Evaluation TRI</b>		
A ou B	29.643 $p = .000^{***}$	0.456 $p = .096$
C	8.463 $p = .000^{***}$	1.309 $p = .450$
D ( <i>référence</i> )		
<b>Intercept</b>	$p = .001^{***}$	$p = .055$

**TABLEAU 2 : THEMES ET SOUS-THEMES GLOBAUX**

<b>Thèmes globaux</b>	<b>Sous-thèmes</b>
Le cadre/processus légal	Sanctions Charge de travail Connaissance des processus Lacunes Quick Scan
La disponibilité d'un travail adapté	Motivation de l'employeur Rapport de motivation Disponibilité d'un travail adapté Secteur et taille de l'organisation
Communication entre les différents acteurs (médicaux)	Plateforme de communication Confidentialité
Alternatives au TRI	Réintégration informelle Politique d'absentéisme
Force majeure médicale	Abus de l'employeur Pression de l'employeur Reclassement professionnel ou suivi Opportunité pour le travailleur



## TABLE DES MATIERES

**LE TRAJET DE REINTEGRATION ET SON IMPACT SUR LA REPRISE DU TRAVAIL EN BELGIQUE :  
UNE EVALUATION QUANTITATIVE ET QUALITATIVE**

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>521</b>
1.1.	PROBLEMATIQUE SOCIALE	521
1.2.	CONTEXTE DE L'ARRETE ROYAL RELATIF A LA REINTEGRATION	523
1.3.	CONTEXTE DE L'ETUDE ACTUELLE	525
<b>2.</b>	<b>EVALUATION QUANTITATIVE</b>	<b>525</b>
2.1.	METHODE	525
2.2.	RESULTATS	526
2.3.	DISCUSSION	531
<b>3.</b>	<b>EVALUATION QUALITATIVE</b>	<b>535</b>
3.1.	METHODE	535
3.2.	RESULTATS	536
3.3.	DISCUSSION	542
<b>4.</b>	<b>CONCLUSION GLOBALE, RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS</b>	<b>545</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>547</b>
	<b>ANNEXE</b>	<b>550</b>