

ÉVOLUTION DES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX DURANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Impact du statut social, du sexe et de l'âge



Une publication des Mutualités Libres

Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

T. : 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Rédaction > Luk BRUYNEEL, Murielle LONA, Sébastien ALEXANDRE, Güngör KARAKAYA,
Emmanuel GUILLAUME, Astrid JANSSENS, Philippe MARNETH, Marc ALBERTY

www.mloz.be

(©)Mutualités Libres / Bruxelles, décembre 2020

(Numéro d'entreprise 411 766 483)

ÉVOLUTION DES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX DURANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

IMPACT DU STATUS SOCIAL, DU SEXE ET DE L'ÂGE

TABLE DES MATIERES

01	INTRODUCTION	4
02	OBJECTIF DE L'ETUDE	6
03	METHODOLOGIE	7
	03.01 Design de l'étude	7
	03.02 Période de l'étude	7
	03.03 Variables de l'étude	7
	03.04 Analyse statistique	8
04	RESULTATS	10
	04.01 Nouvelles entrées en incapacité de travail en 2018 : chiffres et caractéristiques.10	
	04.02 Diagnostics à travers le temps.....	11
	04.03 Statut social, sexe, âge et diagnostics dans le temps	16
05	DISCUSSION	20
	05.01 Résumé des résultats	20
	05.02 Limitations de l'étude	21
	05.03 Comparaison des résultats avec de précédentes études	21
	05.04 Recommandations pour la poursuite de la recherche	22
	05.05 Recommandations générales pour la politique relative à l'incapacité de travail .23	
06	REFERENCES	26
07	ANNEXES.....	27

01 INTRODUCTION

De nombreuses personnes ressentent une forte tension entre travail, bien-être et santé mentale. Le travail est source de revenus, mais c'est notre santé physique et mentale qui nous permet de travailler. Les chiffres récents concernant notre santé mentale sont assez alarmants. L'Enquête de Santé 2018 a ainsi montré qu'environ un Belge sur dix souffre d'un trouble anxieux, et autant d'un trouble dépressif [1]. Entre 2009 et 2016, le pourcentage de travailleurs ayant régulièrement vécu un stress d'un niveau inacceptable au cours des 12 derniers mois est passé de 26,5 % à 30,8 %. Le niveau de stress est fortement influencé, entre autres, par la charge mentale et émotionnelle du travail et par le degré de préoccupation de l'organisation professionnelle à l'égard du bien-être de ses collaborateurs [2]. Selon les employeurs, la moitié au moins des causes de burn-out trouvent racine dans leurs propres organisations. Pour expliquer l'augmentation des burn-out, ils pointent notamment le phénomène de disponibilité quasi permanente du personnel grâce à l'utilisation des moyens de communication modernes, ainsi que le flux continu d'informations et les nombreux choix auxquels les collaborateurs sont confrontés aujourd'hui [3]. Les troubles psychosociaux sont également très répandus parmi les travailleurs indépendants. Dans leur cas aussi, un sur trois souffre de stress ou de fatigue en permanence ou la plupart du temps [4].

L'Enquête de Santé 2018 a ainsi montré qu'environ un Belge sur dix souffre d'un trouble anxieux, et autant d'un trouble dépressif.

Cette augmentation des troubles psychosociaux se traduit par une hausse des demandes d'indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité. C'est le cas en Belgique, mais aussi dans d'autres pays. **L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a également constaté une augmentation du nombre de troubles psychiques, en plus d'un glissement structurel vers des maladies du système musculaire osseux** [5]. Pour la Belgique, l'INAMI a calculé que le pourcentage d'entrées en invalidité pour cause de troubles mentaux a augmenté de près de 8 % chez les hommes (passant de 22 % en 1995 à 30 % en 2016) et de plus de 4 % chez les femmes (passant de 30 % en 1995 à 34 % en 2016) [6]. En 2019, l'INAMI a fait état de 400.745 personnes en invalidité, soit environ 5 % de la population âgée de 15 à 64 ans. 66.030 cas étaient dus à une dépression et 25.408 à un burn-out [7]. Dans ces cas, le terme « invalidité » désigne une personne en âge de travailler, mais malade depuis plus d'un an. En outre, il faut y ajouter un nombre similaire de personnes en incapacité de travail primaire, c'est-à-dire des personnes en âge de travailler qui restent chez elles pendant moins d'un an pour cause de maladie [8]. Ces chiffres sont en augmentation constante depuis longtemps, bien que la courbe semble s'être quelque peu stabilisée ces dernières années. De plus, la durée des périodes en assurance maladie et invalidité augmente. Ici aussi, les troubles psychosociaux jouent un rôle important. Une étude belge récente a par exemple calculé que, sur environ 5.000 personnes qui recevaient des indemnités de maladie et d'invalidité, les patients atteints d'un cancer sont ceux qui traversent les périodes les plus longues, suivis de ceux souffrant de troubles mentaux et comportementaux, puis de ceux confrontés à des facteurs qui influencent leur état de santé. La catégorie des troubles mentaux et comportementaux comprend notamment la dépression, tandis que la catégorie des facteurs affectant l'état de santé comprend entre autres le burn-out [9]. En raison de la problématique des troubles psychosociaux, l'INAMI a érigé en fer de lance son projet pilote de réintégration adaptée aux travailleurs en incapacité de travail pour motif de problèmes de santé mentale. Ce projet pilote est basé sur les principes

de l'aide et du placement individuels (Individual Placement and Support - IPS), qui stipule notamment que les personnes doivent être accompagnées le plus tôt possible dans leur recherche d'emploi et recevoir un soutien personnalisé même après avoir trouvé du travail [10,11].

Dans un souci d'exhaustivité, il est important de mentionner que les troubles psychosociaux ne sont pas la seule raison qui explique l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail et en invalidité. Une analyse effectuée par la Banque nationale de Belgique a également identifié les facteurs suivants : une modification de la structure d'âge, une modification de la population assurée contre l'invalidité, une modification de l'état de santé moyen de la population, l'apparition de nouveaux risques et de nouveaux motifs d'invalidité, ainsi qu'un cycle économique et des facteurs institutionnels [12].

Bien que de nombreux chiffres sont déjà disponibles au sujet de l'impact des troubles psychosociaux sur la capacité de travail, des questions persistent, nécessitant d'entamer des recherches plus approfondies. Par exemple, l'impact sur la santé mentale lors du passage en incapacité de travail n'a pas encore été quantifié. L'utilisation de la Classification Internationale des Maladies (CIM), qui permet de clarifier le diagnostic, n'est en effet obligatoire qu'au 7^e mois, moment à partir duquel une indemnité minimale est garantie. Il est néanmoins possible de dresser un tableau des maladies au début de l'incapacité de travail en établissant une correspondance entre les codes de pathologie et les codes CIM. Cette opération permet de retracer le parcours de la personne concernée dans les codes CIM à trois moments clés : au début de l'incapacité de travail, à 7 mois, puis au début de l'invalidité.

Une perspective complémentaire consiste en l'étude de la relation entre les caractéristiques personnelles, les troubles psychosociaux et l'incapacité de travail et l'invalidité. Il est ainsi apparu que les femmes qui ont participé à l'Enquête de Santé souffrent de troubles anxieux et dépressifs à un degré plus élevé que les hommes [1]. Dans l'étude belge susmentionnée, portant sur environ 5.000 personnes qui recevaient une indemnité de maladie et d'invalidité, les femmes semblent en outre traverser une période d'incapacité de travail nettement plus longue que les hommes. Il en va de même pour les personnes plus âgées par rapport aux personnes plus jeunes [9]. Par contre, les jeunes travailleurs (âgés de moins de 35 ans ou entre 35 et 39 ans) encourent un risque accru de burn-out par rapport aux travailleurs plus âgés [13]. Le rôle du statut social mérite également un examen plus approfondi : une analyse de l'Agence Intermutualiste (AIM) a ainsi montré que l'état de santé des indépendants qui traversent une période d'incapacité de travail primaire est moins bon que celui des salariés [14].

02 OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est double.

Tout d'abord, nous décrivons la proportion et l'évolution des maladies liées aux troubles psychosociaux au début de l'incapacité de travail, à 7 mois d'incapacité et lors du passage en invalidité.

Ensuite, nous étudions dans quelle mesure la proportion et l'évolution de ces pathologies varient en fonction du statut social, du sexe et de l'âge.

03 METHODOLOGIE

03.01 Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude longitudinale rétrospective.

03.02 Période de l'étude

Nous étudions tous les dossiers relatifs aux entrées en incapacité de travail entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018 parmi les membres des Mutualités Libres. Nous ne nous intéressons ici qu'à l'incapacité de travail primaire classique. Cela signifie que nous n'incluons pas, par exemple, le congé de maternité ou de paternité. Une rechute éventuelle fait partie du même dossier.

L'extraction des données inclut la progression de ces dossiers jusqu'au 31 décembre 2019 inclus. De cette manière, nous disposons d'une vue des maladies lors de l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois d'incapacité de travail et lors du passage en invalidité (c'est-à-dire à 12 mois). Il va sans dire que l'évolution des maladies à 7 ou 12 mois n'est pas connue pour les personnes dont le dossier a déjà été clôturé à ce moment-là.

03.03 Variables de l'étude

Le principal élément est le diagnostic CIM-10. Celui-ci est disponible pour l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois d'incapacité de travail et pour le passage en invalidité (à 12 mois). Cependant, l'utilisation de la CIM n'est obligatoire qu'à partir du 7^e mois d'incapacité de travail. Pour l'entrée en incapacité de travail, un diagnostic ou une symptomatologie et/ou des troubles fonctionnels sont établis par le médecin traitant et soumis à l'organisme assureur par le biais du certificat d'incapacité de travail. Sur cette base, nous attribuons un label de pathologie et déduisons un diagnostic CIM-10 par une mise en correspondance interne au sein des Mutualités Libres.

Jusqu'en 2015, les mutualités et l'INAMI se sont basés sur la 9^e édition (CIM-9) de ce système de classification. La 10^e édition (CIM-10) a été introduite en Belgique en 2016. Depuis 2017, seule la CIM-10 est encore utilisée pour les nouvelles entrées et les réévaluations en invalidité.

La CIM-10 comporte 21 chapitres (I à XXI), divisés en blocs (3 caractères), catégories (3 caractères alphanumériques) et sous-catégories (4 à 5 caractères alphanumériques). Par exemple, le chapitre IX « Maladies de l'appareil circulatoire » contient 10 blocs. Les maladies hypertensives I10-I15 en sont un exemple. Ce bloc comprend à son tour 5 catégories. Par exemple : la cardiopathie hypertensive I11, elle-même divisée en 2 sous-catégories, dont la cardiopathie hypertensive sans insuffisance cardiaque (congestive) I11.9.

Les autres variables de l'étude sont la date d'ouverture et la date de clôture du dossier, qui nous permettent de calculer la durée de l'incapacité de travail.



Nous étudions tous les dossiers relatifs aux entrées en incapacité de travail entre le 1.01.2018 et le 31.12.2018 parmi les membres des Mutualités Libres.

Par ailleurs, nous disposons également d'un numéro d'identification unique et connaissons le sexe de la personne, son âge, son statut social et le type d'incapacité de travail.

03.04 Analyse statistique

Nous décrivons les caractéristiques personnelles (sexe, âge, statut social, type d'incapacité de travail) pour les dossiers retenus.

Pour le premier objectif de la recherche, qui consiste à décrire la proportion et l'évolution des maladies liées aux troubles psychosociaux au début de l'incapacité de travail, à 7 mois d'incapacité et lors du passage en invalidité, nous suivons trois étapes.

Tout d'abord, nous décrivons les chapitres, blocs et (sous-)classifications CIM-10 relatifs aux troubles psychosociaux. Nous retenons trois blocs qui se trouvent dans deux chapitres. Il s'agit des « Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs », des « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » et des « Troubles de l'humeur ». Le Tableau 1 indique les catégories reprises dans ces blocs, ainsi que quelques exemples de sous-catégories. En ce qui concerne les « Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs », nous ne considérons que la catégorie Z73 « Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie ». Nous utiliserons donc ce nom dans la suite de ce document. Pour l'aperçu complet des sous-catégories liées aux troubles psychosociaux, nous renvoyons à l'Annexe 1.

Ensuite, nous décrivons le lien entre les codes de pathologie au début de l'incapacité de travail et la cartographie CIM-10. Ces résultats confirment la nécessité d'une telle cartographie et donnent une idée de son exactitude. Pour des conclusions spécifiques, nous renvoyons à l'Annexe 2.

Enfin, nous décrivons la répartition en pourcentage des chapitres CIM-10 à travers le temps, ainsi que la part qu'y tiennent les blocs et (sous-)catégories liés aux troubles psychosociaux. Nous décrivons aussi le pourcentage de ces chapitres à 7 et 12 mois, ainsi que la durée médiane des dossiers. Pour terminer, nous décrivons l'évolution dans le temps des blocs liés aux troubles psychosociaux et des autres (sous-)catégories CIM-10.

Pour le second objectif de la recherche, l'étude de toute variation pouvant survenir dans les maladies en raison du statut social, du sexe et de l'âge, nous répétons l'analyse descriptive détaillée dans le paragraphe ci-dessus pour ces caractéristiques personnelles. Ensuite, nous terminons par une régression logistique multiple qui nous permet d'estimer l'association entre le statut social, le sexe et l'âge, d'une part ; et la proportion de troubles psychosociaux, d'autre part. Dans ce modèle, nous tenons compte de mesures répétées chez les personnes (début de l'incapacité, 7^e mois, passage en invalidité) grâce à une équation d'estimation généralisée. Nous utilisons $p < 0,05$ comme limite de la signification statistique.

Tableau 1. Blocs, catégories et sous-catégories CIM-10 liés aux troubles psychosociaux

Blocs CIM-10	Catégories CIM-10	Sous-catégories CIM-10
Z70-Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs Ce bloc fait partie du Chapitre XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.	Z73 Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie	P. ex. Z73.0 Surmenage
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes Ce bloc fait partie du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement.	F40 Troubles anxieux phobiques	P. ex. F40.0 Agoraphobie
	F41 Autres troubles anxieux	P. ex. F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]
	F42 Trouble obsessionnel-compulsif	P. ex. F42.0 Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
	F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	P. ex F43.1 Etat de stress post-traumatique
	F44 Troubles dissociatifs [de conversion]	P. ex. F44.5 Convulsions dissociatives
	F45 Troubles somatoformes	P. ex. F45.2 Trouble hypocondriaque
	F48 Autres troubles névrotiques	P. ex. F48.1 Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation
F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs] Ce bloc fait partie du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement.	F30 Episode maniaque	P. ex. F30.2 Manie avec symptômes psychotiques
	F31 Trouble affectif bipolaire	P. ex. F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
	F32 Episodes dépressifs	P. ex. F32.1 Episode dépressif moyen
	F33 Trouble dépressif récurrent	P. ex. F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents
	F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants	P. ex. F34.1 Dysthymie
	F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]	P. ex. F38.1 Autres troubles de l'humeur [affectifs] récurrents
	F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision	Pas de subdivision en sous-catégories.

04 RESULTATS

04.01 Nouvelles entrées en incapacité de travail en 2018 : chiffres et caractéristiques

Nous avons extrait 93.076 dossiers relatifs aux entrées en incapacité de travail entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2018 parmi les membres des Mutualités Libres. Parmi ceux-ci, nous avons retenu 73.151 dossiers pour lesquels la durée est suffisamment longue pour que la personne puisse prétendre à des indemnités de la part de sa mutualité. Certains dossiers ne comportent pas de diagnostics pour une ou plusieurs périodes, principalement pour l'entrée en incapacité de travail (n=8482). **Au final, nous avons retenus 59.760 dossiers**, qui concernent 56.805 personnes uniques. Le Tableau 2 présente les caractéristiques de ces dossiers et de ces personnes. Nous voyons qu'il y a un peu plus de nouveaux dossiers pour les femmes (52,6 %) que pour les hommes (47,4 %). L'âge moyen est d'environ 43 ans. Avec un peu plus de la moitié des dossiers, les ouvriers (52,4 %) constituent le groupe le plus important, suivi des employés avec près de quatre dossiers sur dix (38,9 %). Une petite minorité (6,6 %) des dossiers concerne des travailleurs indépendants.

Tableau 2. Nouveaux dossiers d'incapacité de travail en 2018 : caractéristiques personnelles

	Ensemble de données, nombre de dossiers	Ensemble de données, nombre de personnes uniques
Nombre	59.760	56.805
Sexe		
Femmes, %(n)	52,6 (31.435)	52,9 (29.879)
Hommes, %(n)	47,4 (28.325)	47,1 (29.879)
Age moyen (médian)	42,9 (43)	42,9 (43)
Statut social		
Ouvrier	52,4 (31.290)	51,3 (29.006)
Employé	38,9 (23.266)	39,7 (22.418)
Indépendant	6,6 (3.960)	6,8 (3.848)
Ouvrier chômeur	1,2 (735)	1,3 (734)
Employé chômeur	0,6 (351)	0,6 (351)
Autres	0,3 (157)	0,3 (157)
Conjoint aidant	0,0 (1)	0,0 (1)
Type d'incapacité de travail		
Incapacité de travail	98,2 (58.691)	98,1 (55.449)
Mixte	1,8 (1.064)	1,9 (1.061)

04.02 Diagnostics à travers le temps

La Figure 1 montre la répartition des chapitres par période, ainsi que la durée médiane des dossiers et le pourcentage de dossiers clôturés par diagnostics à 7 et 12 mois.

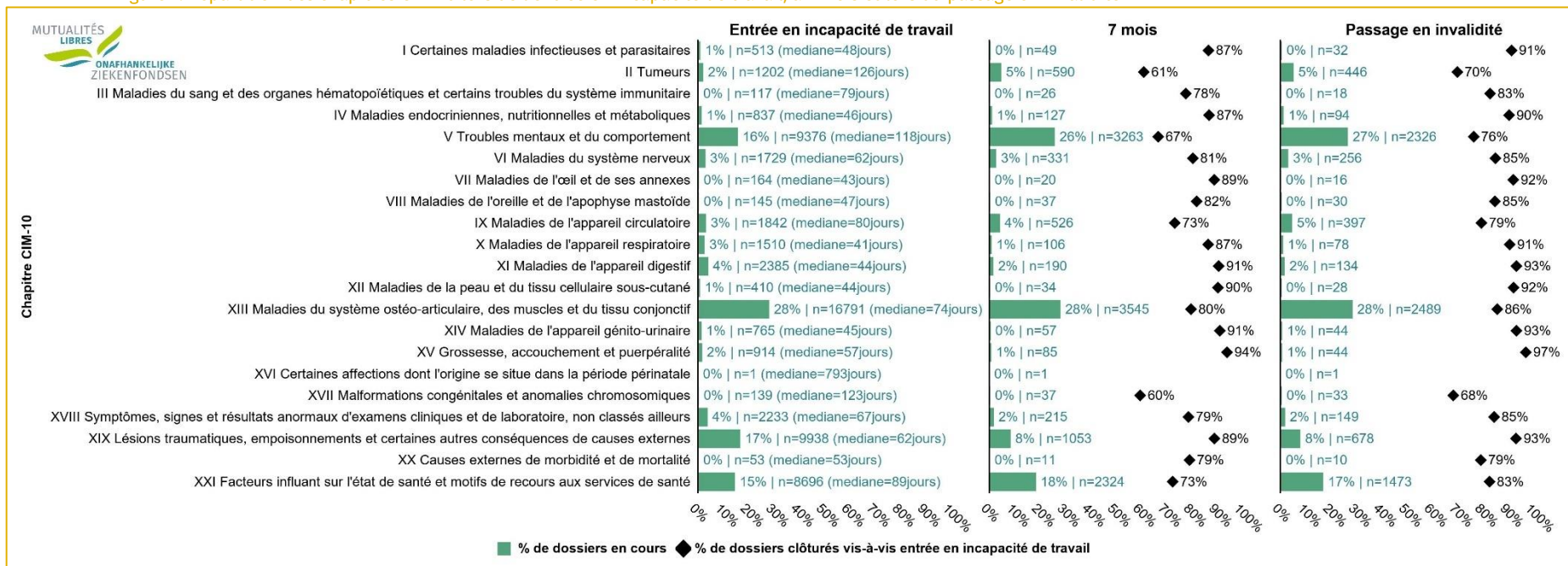
Les chapitres V Troubles mentaux et du comportement (16 %, n=9376) et XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (15 %, n=8696) sont fortement représentés lors de l'entrée en incapacité de travail. Ces chapitres comprennent les diagnostics liés aux troubles psychosociaux.

En ce qui concerne le chapitre V en particulier, le pourcentage de dossiers actuellement en cours augmente fortement à 7 et 12 mois, pour atteindre plus d'un quart du nombre total de diagnostics. Il atteint ainsi le même niveau que le chapitre XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

L'augmentation en pourcentage de ces chapitres CIM-10 ne peut être attribuée à une altération du diagnostic principal des individus au fil du temps : nous y reviendrons plus tard. C'est plutôt le grand degré de variation entre les chapitres CIM-10 en ce qui concerne le pourcentage de dossiers clôturés à ces moments précis, qui joue un rôle dans cette évolution. En général, 78,9 % des dossiers ont été clôturés à 7 mois. A 12 mois, ce pourcentage s'élève à 85,3 %. Cependant, le chapitre V Troubles mentaux et du comportement (76 %) présente le pourcentage le plus faible de dossiers clôturés à 12 mois, c'est-à-dire le pourcentage le plus élevé de passages en invalidité, après les chapitres II Tumeurs (70 %) et XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (68 %). Dans le même ordre d'idées, la même conclusion peut être tirée en ce qui concerne l'impact sur la durée médiane du dossier. Elle s'élève généralement à 72 jours. De nouveau, les chapitres V (118 jours) et XXI (89 jours) dépassent à cet égard largement les autres chapitres.

Le chapitre V Troubles mentaux et du comportement présente le pourcentage le plus faible de dossiers clôturés à 12 mois, c'est-à-dire le pourcentage le plus élevé de passages en invalidité, après les chapitres II Tumeurs et XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques.

Figure 1. Répartition des chapitres CIM-10 lors de l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité



La Figure 2 est un diagramme solaire de tous les chapitres, catégories et sous-catégories lors de l'entrée en incapacité de travail. Ce graphique montre que les troubles psychosociaux pèsent lourd dans leurs chapitres respectifs. Dans le chapitre V, la proportion de troubles de l'humeur est de 73,2 % (n=6863), et la proportion de troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes est de 20,2 % (n=1889). Au sein du chapitre XXI, la proportion de difficultés liées à l'orientation de son mode de vie est de 70,4 % (n=6123).

Les troubles de l'humeur (11,5 %, n=6863) et les difficultés liées à l'orientation de son mode de vie (10,3 %, n=6123) représentent tous deux plus d'un diagnostic sur dix. Les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes représentent 3,2 % (n=1889) du nombre total de diagnostics.

Ensemble, ces trois blocs liés aux troubles psychosociaux représentent 24,9 % de tous les diagnostics lors de l'entrée en incapacité de travail. Comme le montre la Figure 1, le poids des chapitres V et XXI augmente au fil du temps. Le poids des affections psychosociales augmente également au sein de l'ensemble des diagnostics, pour atteindre 41,2 % à 7 mois et 40,3 % lors du passage en invalidité.

Les catégories Z73.0 Surmenage (n=5493) et F32 Épisode dépressif (n=5409 (y compris les sous-catégories qui sont rarement spécifiées, voir également la Figure 2)) représentent respectivement 9,2 % et 9,1 % du nombre total de diagnostics au début de l'incapacité de travail. Elles constituent donc les diagnostics les plus fréquents à ce niveau de détail, suivies de loin par la catégorie M54.5 Lombalgie basse (3,8 %, n=2294). A 7 mois, la catégorie Z73.0 Surmenage représente 16,8 % (n=2122) du nombre total de diagnostics, et la catégorie F32 Episode dépressif, 8,1 % (n=1024). Après 12 mois, elles représentent respectivement 15,3 % (n=1340) et 8,3 % (n=732). Tout comme pour le début de l'incapacité de travail, ce sont ces deux diagnostics qui sont (et restent) les plus fréquents.

Ensemble, ces trois blocs liés aux troubles psychosociaux représentent 24,9 % de tous les diagnostics lors de l'entrée en incapacité de travail.

Ensuite, nous visualisons l'évolution des codes CIM-10 sur les 3 périodes à l'aide d'un diagramme de Sankey (Figure 3) pour vérifier si le diagnostic principal est soumis à des altérations. Nous n'appliquons cette méthode que pour les personnes en invalidité (n=8776, soit 14,7 % des nouvelles entrées en incapacité de travail en 2018). En d'autres termes, uniquement pour les personnes pour lesquelles nous disposons d'un code CIM-10 pour chacune des trois périodes. Afin de garder une vue d'ensemble, nous effectuons cette analyse au niveau des trois blocs liés aux troubles psychosociaux. Toutes les (sous-)catégories qui n'entrent pas dans l'un de ces blocs seront classées dans la catégorie Autres (sous-)catégories CIM-10.

À 7 mois et lors du passage en invalidité, presque 100 % des personnes se retrouvent dans le même groupe. Seuls 9 dossiers ne présentent pas cette évolution.

Toutefois, les changements de classification sont plus fréquents entre le début de l'incapacité de travail et le 7^e mois. Nous constatons que des personnes évoluent dans les deux sens entre les trois blocs liés aux troubles psychosociaux d'une part et les autres (sous-)catégories CIM-10 d'autre part. Nous observons également que des personnes évoluent d'un bloc à l'autre parmi les trois blocs liés aux troubles psychosociaux.

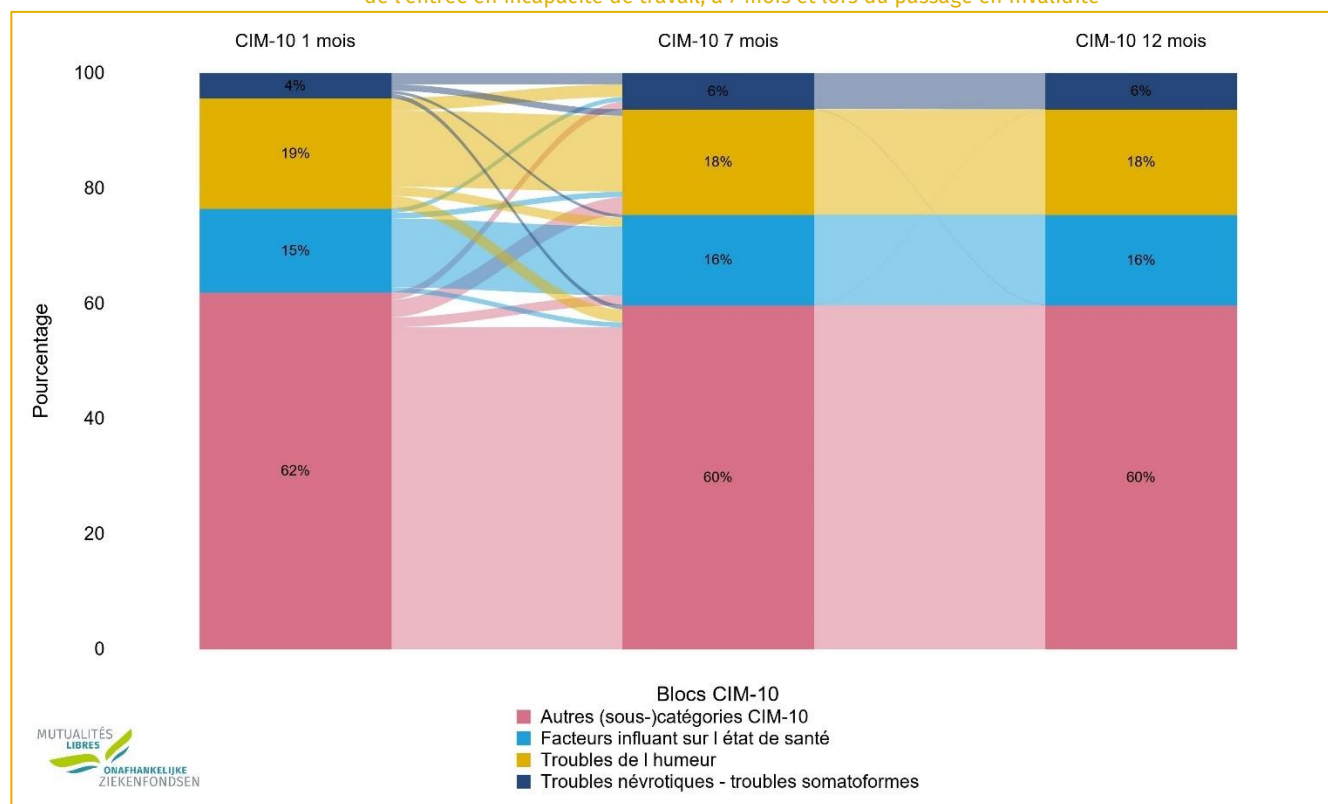
Dans le plus petit bloc, les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, nous voyons que seules 45,6 % des personnes qui sont classées dans ce bloc au moment de leur entrée en incapacité de travail s'y retrouvent également à 7 mois. Une personne sur quatre souffrant de tels troubles au moment du début de son incapacité de travail se retrouve dans le bloc des troubles de l'humeur à 7 mois. À l'inverse, on constate que 11,4 % des personnes souffrant de troubles de l'humeur au début de leur incapacité de travail se retrouvent dans le bloc des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes à 7 mois. Un pourcentage similaire de personnes sont transférées dans le bloc concernant les difficultés liées à l'orientation de son mode de vie (8,2 %) ou dans d'autres (sous-)catégories CIM-10 (11,9 %). En ce qui concerne le bloc des troubles de l'humeur, 68,5 % restent classés comme tels à 7 mois. Le bloc le plus constant est celui relatif aux difficultés liées à l'orientation de son mode de vie, 82,0 % restent classés comme tels à 7 mois.

Au total, 9,7 % des personnes avec d'autres codes CIM-10 lors de leur entrée en incapacité de travail se retrouvent dans l'un des trois blocs liés aux troubles psychosociaux à 7 mois. Toutes restent classées comme telles après 12 mois. Au niveau des catégories par exemple, 7,2 % des personnes atteintes de M54 Dorsalgies lors du 1^{er} mois se retrouvent dans l'un des trois blocs liés aux troubles psychosociaux au 7^e mois. Les autres catégories présentant un pourcentage notable d'évolution similaire sont les M50 Atteintes des disques cervicaux (7,5 %), M25 Autres affections articulaires, non classées ailleurs (7,5 %) et R53 Malaise et fatigue (51,9 %).

Nous complétons cette analyse au niveau des blocs CIM-10 par une analyse au niveau des chapitres et des catégories, de nouveau pour les personnes pour lesquelles nous disposons d'un diagnostic aux trois moments clés. Pour 75 % (n=6610) des personnes,

le diagnostic se situe dans un même chapitre lors des trois moments. Pour 56 % (n=4926), le diagnostic fait partie de la même catégorie lors des trois moments.

Figure 3. Évolution entre les blocs liés aux troubles psychosociaux et les autres sous-catégories CIM-10 lors de l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité



04.03 Statut social, sexe, âge et diagnostics dans le temps

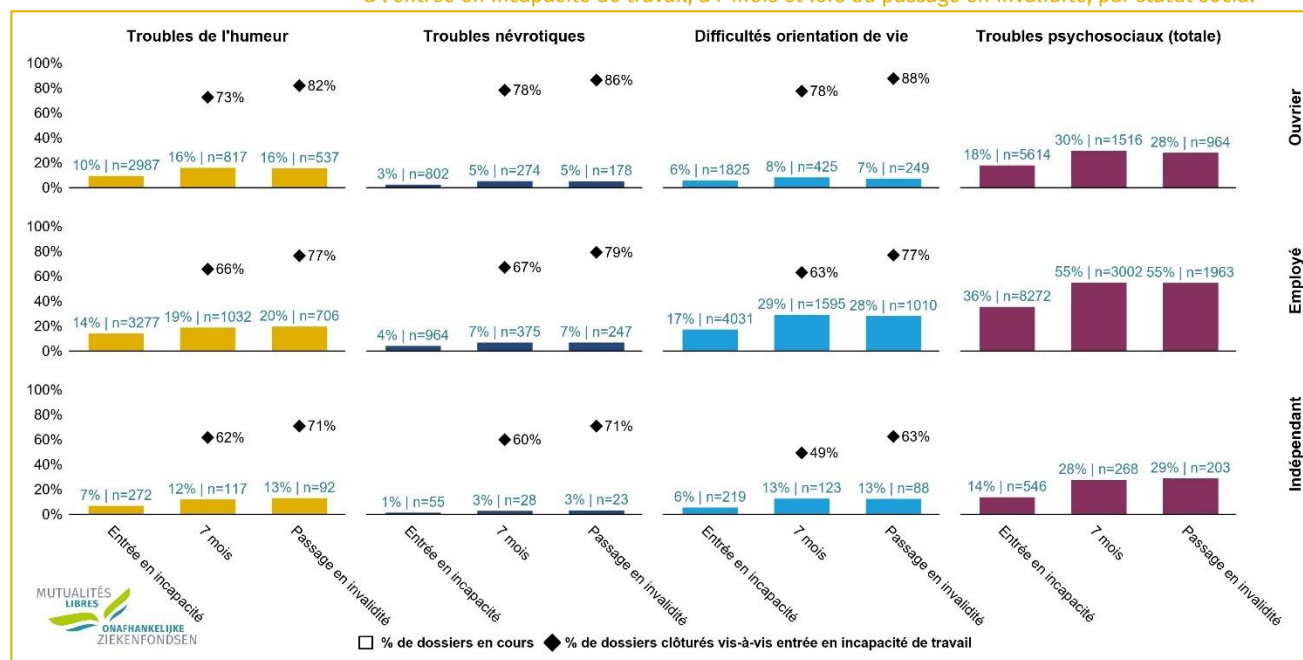
Pour ces analyses, nous nous tenons aux possibilités ouvriers/employés/indépendants pour le statut social. Les dossiers relatifs aux autres statuts sont en nombre insuffisant pour permettre des analyses par sous-groupes. En ce qui concerne l'âge, nous distinguons quatre groupes : les 20 à 29 ans (n=8626), les 30 à 39 ans (n=15 053), les 40 à 49 ans (n=16 662) et les plus de 50 ans (n=19 419).

Les Figures 4, 5 et 6 montrent la proportion des troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et au passage en invalidité, par statut social, sexe et catégorie d'âge.

Il est frappant de constater que la proportion de troubles psychosociaux chez les employés monte jusqu'à 55 % aussi bien à 7 mois que lors du passage en invalidité (Figure 4). Dans le cas des travailleurs indépendants, nous constatons une forte augmentation de la proportion à 7 et 12 mois pour les troubles de l'humeur et les difficultés liées à l'orientation de son mode de vie. Ceci s'explique, comme le montre la Figure 1, par le faible pourcentage de dossiers clôturés par rapport à d'autres chapitres. Ce n'est d'ailleurs pas seulement le cas pour les troubles psychosociaux.

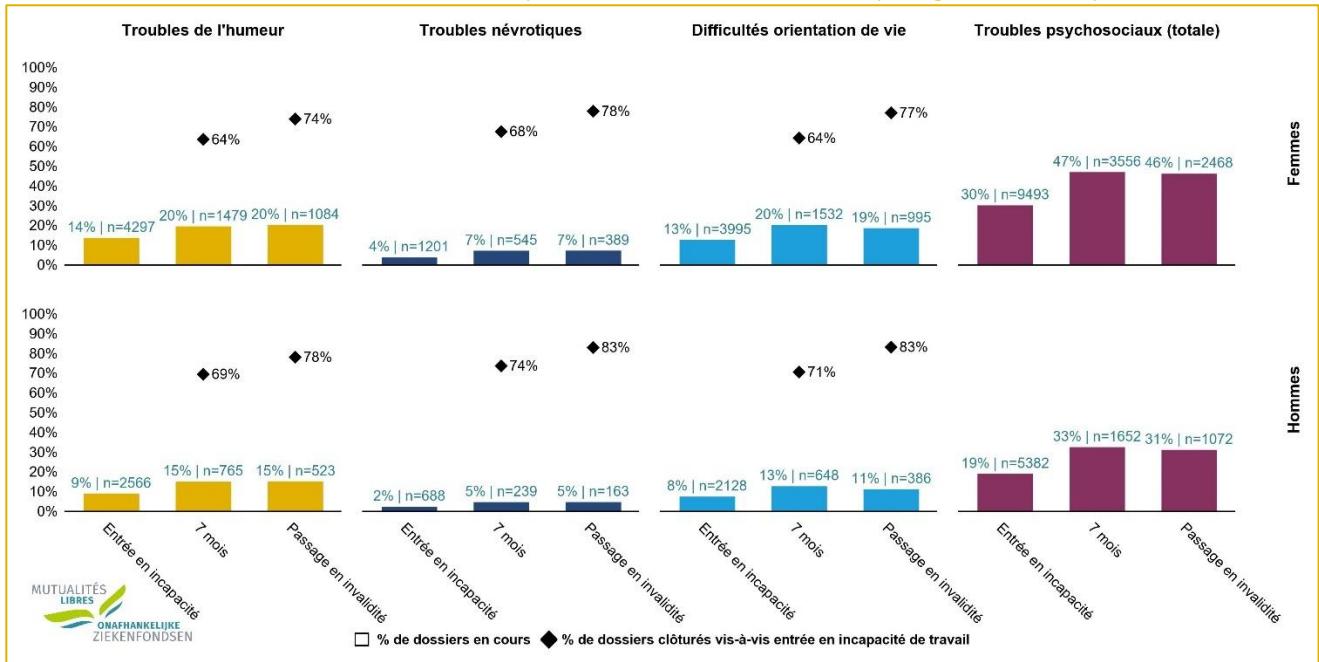
Il est frappant de constater que la proportion de troubles psychosociaux chez les employés monte jusqu'à 55 % aussi bien à 7 mois que lors du passage en invalidité.

Figure 4. Proportion des blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité, par statut social



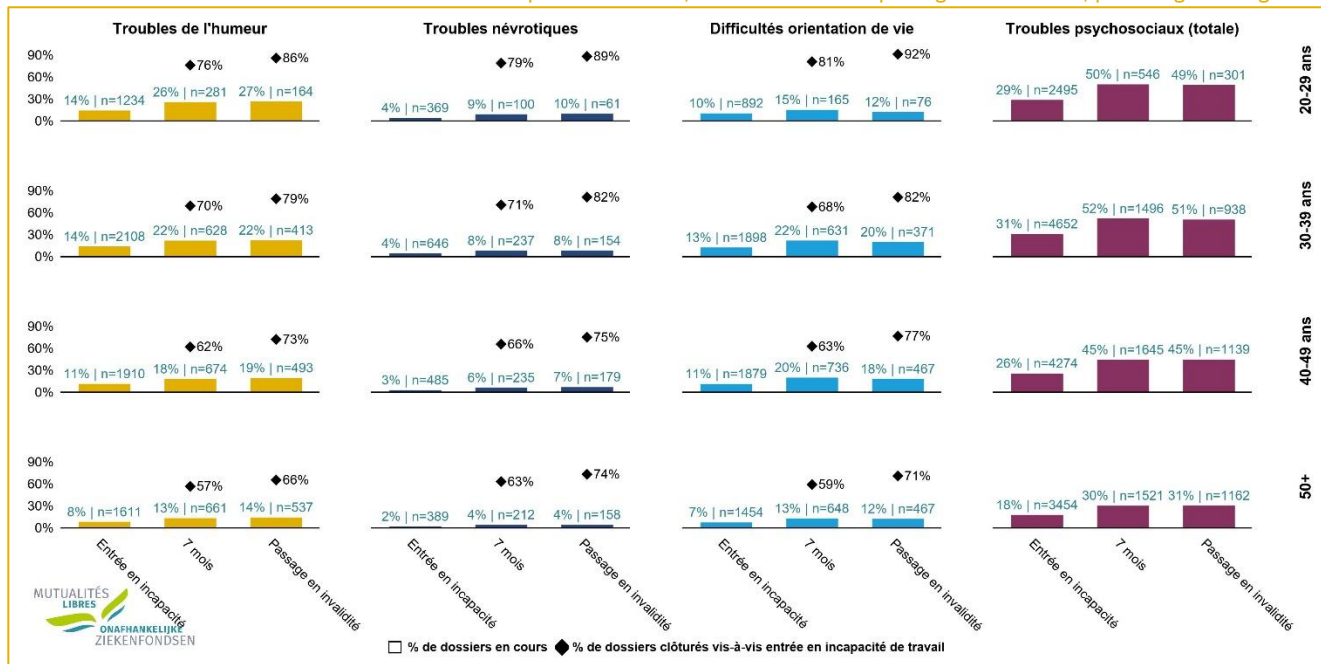
Les trois blocs liés aux troubles psychosociaux représentent une proportion du nombre total de diagnostics, plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes (Figure 5). Chez les femmes, 30 % des diagnostics sont liés à des troubles psychosociaux au moment de l'entrée en incapacité de travail, alors que ce pourcentage est de 19 % chez les hommes. De plus, il y a moins de dossiers clôturés à 7 et 12 mois chez les femmes que chez les hommes. Cela s'applique à nouveau aux trois blocs. Chez les femmes, près de la moitié des dossiers sont ouverts à ces périodes en raison de troubles psychosociaux, alors que chez les hommes, cela représente environ un dossier sur trois. Il est important de noter que cet effet est cohérent pour les trois catégories de statut social (Annexe 3, Figures 3A, 3B et 3C).

Figure 5. Proportion des blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité, par sexe



En ce qui concerne l'impact de l'âge, nous constatons que, lors du début de l'incapacité de travail, les dossiers des plus de 50 ans sont généralement liés dans une moindre mesure aux troubles psychosociaux (Figure 6). Plus les personnes sont jeunes, plus le pourcentage de ce type de dossiers d'incapacité de travail clôturés avant 7 mois et le passage en invalidité est élevé. Cependant, la proportion des troubles mentaux augmente également de manière significative chez les jeunes, car, en comparaison, les autres types de dossiers d'incapacité de travail sont clôturés encore plus rapidement.

Figure 6. Proportion des blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité, par catégorie d'âge



L'analyse de régression multiple confirme que les associations observées dans les Figures 4, 5 et 6 sont statistiquement significatives (Annexe 4). En résumé, nous pouvons affirmer que :

- Les employés ont, par rapport aux ouvriers, une probabilité plus élevée d'avoir un trouble psychosocial pour motif d'entrée en incapacité de travail. Pour les indépendants, ce rapport de probabilité est inférieur à celui des ouvriers. La diminution des troubles psychosociaux à 7 mois et lors du passage en invalidité est moins prononcée chez les indépendants que chez les ouvriers.
- Les femmes ont, par rapport aux hommes, une probabilité plus élevée d'avoir un trouble psychosocial pour motif d'entrée en incapacité de travail. La diminution des troubles psychosociaux à 7 mois et lors du passage en invalidité est moins prononcée chez les femmes que chez les hommes.
- Les 30-39 ans ont, par rapport aux 20-29 ans, une probabilité plus élevée d'avoir un trouble psychosocial pour motif d'entrée en incapacité de travail. Pour les 40-49 ans et les 50 ans et plus, ce rapport de probabilité est moins élevé que pour les 20-29 ans. La diminution des troubles psychosociaux à 7 mois et lors du passage en invalidité est moins prononcée chez les personnes plus âgées que chez les plus jeunes.

05 DISCUSSION

05.01 Résumé des résultats

L'objectif de cette étude est d'objectiver la proportion des maladies liées aux troubles psychosociaux au début de l'incapacité de travail, à 7 mois d'incapacité et lors du passage en invalidité. Nous avons également examiné le rôle du statut social, du sexe et de l'âge à cet égard. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur près de 60.000 nouveaux dossiers d'incapacité de travail en 2018, que nous avons suivis jusqu'au 31 décembre 2019.

Nous avons tiré les conclusions suivantes en ce qui concerne la prévalence des maladies liées aux troubles psychosociaux au début de l'incapacité de travail, à 7 mois d'incapacité et lors du passage en invalidité :

1. Un diagnostic principal sur quatre lors de l'entrée en incapacité de travail concerne un trouble psychosocial. Cette proportion passe à un peu plus de 40 % à 7 mois et lors du passage en invalidité. La raison de cette augmentation est la durée plus longue de ces dossiers par rapport à ceux qui ne sont pas liés à des troubles psychosociaux. Le burn-out et la dépression sont toujours les diagnostics les plus fréquents.

En ce qui concerne l'impact du statut social, du sexe et de l'âge sur la prévalence des troubles psychosociaux, nous constatons que :

2. La proportion de troubles psychosociaux et la durée de ces dossiers varient fortement en fonction du statut social, du sexe et de l'âge.

2a. Chez les employés, les troubles psychosociaux représentent environ un tiers du nombre total de diagnostics dès le début de l'incapacité de travail. Cette proportion passe à 55 % à 7 mois et lors du passage en invalidité. C'est beaucoup plus que chez les indépendants et ouvriers. Toutefois, ce type de dossier dure sensiblement plus longtemps pour les indépendants que pour les employés et ouvriers.

2b. Par rapport aux hommes, les femmes sont, en quelque sorte, doublement touchées par les troubles psychosociaux. Tout d'abord, la proportion de troubles psychosociaux lors de l'entrée en incapacité de travail est de 30 % chez les femmes contre 19 % chez les hommes. Ensuite, ce type de dossiers dure sensiblement plus longtemps pour les femmes que pour les hommes.

2c. Nous retrouvons des dossiers d'incapacité de travail due à des troubles psychosociaux dans toutes les catégories d'âge, mais c'est pour les personnes de moins de 50 ans que nous en dénombrons le plus. Les dossiers d'incapacité de travail liés à des troubles psychosociaux connaissent toutefois une durée nettement plus longue au fur et à mesure que l'âge de la personne concernée avance.

Un diagnostic principal sur quatre lors de l'entrée en incapacité de travail concerne un trouble psychosocial.

05.02 Limitations de l'étude

L'interprétation des résultats est quelque peu limitée par diverses lacunes méthodologiques présentées dans le cadre de cette étude.

Tout d'abord, il convient d'être prudent lorsque l'on extrapole des chiffres sur les troubles psychosociaux à la population générale ou à certains sous-groupes de celle-ci. Dans nos chiffres, les troubles psychosociaux sont par exemple un motif d'incapacité de travail plus important chez les femmes que chez les hommes ; plus important chez les employés que chez les ouvriers et indépendants ; ainsi que plus important chez les jeunes que chez les personnes âgées. Cela ne signifie pas nécessairement que les troubles psychosociaux sont plus fréquents dans ces sous-groupes au sein de toute la population. Pour de telles statistiques, nous renvoyons à des recherches basées sur un échantillon représentatif de la population, plutôt que basées sur des dossiers d'incapacité de travail.

Deuxièmement, la distinction entre le burn-out et la dépression n'est pas claire sur le plan conceptuel [15]. Dans la CIM-10, le burn-out est défini comme un état d'épuisement vital. Il ne s'agit pas non plus d'un diagnostic médical officiel, mais d'un syndrome. Selon une étude récente, le burn-out n'est reconnu comme une maladie professionnelle que dans 9 des 23 pays de l'Union européenne [16]. Cela soulève la question de savoir comment les médecins traitants et les médecins-conseils réagissent face à cette lacune et comment ils différencient le burn-out de la dépression. L'INAMI rapporte à ce sujet que les chiffres relatifs au nombre de personnes en invalidité en raison d'un burn-out ne sont que de pures estimations basées sur certains codes de pathologie étroitement liés à la vision du burn-out en pratique [6]. Dans la CIM-11, qui devrait être implémentée en 2022, le burn-out est plus clairement défini, comme un syndrome résultant d'un stress chronique dans l'environnement de travail, caractérisé par l'épuisement, le cynisme et une diminution du sentiment de compétence professionnelle. Il est important que la CIM-11 définisse également le burn-out comme un phénomène spécifiquement lié au contexte professionnel, et qu'elle précise qu'il ne doit pas être utilisé pour référer à des expériences dans d'autres aspects de la vie.

La distinction entre le burn-out et la dépression n'est pas claire sur le plan conceptuel.

05.03 Comparaison des résultats avec de précédentes études

Un élément novateur important de cette étude est que nous avons pu nous appuyer sur une correspondance entre les labels de pathologie lors de l'entrée en incapacité de travail et la CIM-10. La CIM-10 n'est en effet pas disponible par défaut au moment de l'entrée en incapacité de travail. Cette correspondance est spécifique au système informatique des Mutualités Libres et nous a offert l'occasion unique d'examiner la prévalence des troubles psychosociaux au moment de l'entrée en incapacité de travail et de les étudier dans le temps.

Comme mentionné précédemment, l'INAMI a calculé que le pourcentage d'entrées en invalidité dues à des troubles mentaux en 2016 était de 30 % pour les hommes et de 34 % pour les femmes. Dans nos chiffres concernant les nouveaux dossiers d'incapacité de travail en 2018 (et invalidité en 2019), cela représente 31 % pour les

hommes et 46 % pour les femmes. Cependant, une comparaison directe est difficile car l'INAMI a peut-être utilisé d'autres (sous-)catégories de la CIM-10.

Nos résultats confirment en tout cas les différences entre hommes et femmes et précisent, grâce à la dimension des codes CIM-10 utilisés lors de l'entrée en incapacité de travail, que les dossiers relatifs aux troubles psychosociaux durent plus longtemps chez les femmes que chez les hommes. Cette observation est conforme aux conclusions antérieures de Goorts et de ses collègues, qui ont montré que les femmes connaissent une période d'incapacité de travail nettement plus longue que les hommes. Le constat que les personnes plus âgées connaissent une période d'incapacité nettement plus longue que les plus jeunes est également confirmé dans notre focus sur les troubles psychosociaux.

Nos résultats soulignent les conclusions précédentes de l'AIM selon lesquelles l'état de santé des travailleurs indépendants qui tombent en incapacité est plus mauvais que celui des autres statuts sociaux. Néanmoins, dans ses analyses antérieures de l'incapacité de travail, l'AIM n'a fait la distinction qu'entre les salariés (régime général) et les indépendants (régime indépendant). Nos constatations montrent que les troubles psychosociaux diffèrent tellement entre les ouvriers et les employés que cette distinction devrait absolument être réalisée dans les études ultérieures.

05.04 **Recommandations pour la poursuite de la recherche**

Les opportunités de poursuivre la recherche en vue de soutenir les politiques sont légion.

Dans un premier temps, nous envisageons d'étendre les analyses à des diagnostics secondaires. L'analyse actuelle avait été limitée aux principaux diagnostics, ce qui implique une possible sous-estimation de la proportion des troubles psychosociaux. Cette proportion est d'ailleurs inconnue en tant que diagnostic secondaire au début de l'incapacité de travail ou aux moments ultérieurs.

Deuxièmement, la division par statut social n'est sans doute pas assez affinée en ce qui concerne les troubles psychosociaux. Selon toute probabilité, le terme « travailleur indépendant » est trop général. La sixième enquête européenne sur les conditions de travail (2015) a par exemple établi une distinction entre les indépendants qui emploient ou non des salariés et a identifié des différences majeures en termes de conditions psychosociales [17]. Un raisonnement similaire peut être appliqué aux différentes fonctions exercées par les employés et les ouvriers. Il ressort par exemple d'une recherche récente que ce sont les cadres qui semblent ressentir le moins d'impressions de burn-out [18].

Troisièmement, d'autres aspects que le statut social, le sexe et l'âge jouent un rôle dans cette problématique. Une étude belge antérieure a ainsi montré que le secteur dans lequel travaille la personne constitue un élément important. Les cas de burn-out sont les plus nombreux dans les services publics et les moins nombreux dans le secteur des soins de santé, bien qu'une certaine prudence soit conseillée vis-à-vis de cette affirmation qui pourrait être biaisée pour des raisons liées au recrutement [19].

L'inclusion de ces aspects parmi d'autres peut nous donner une meilleure vision des groupes les plus vulnérables aux troubles psychosociaux et des domaines dans lesquels la prévention doit devenir le principal objectif. Dans les trois possibilités de poursuite de la recherche avancées ci-dessus, il est opportun d'évaluer l'impact de la crise actuelle du Covid-19 sur les entreprises et les secteurs en termes de troubles psychosociaux.

05.05 **Recommandations générales pour la politique relative à l'incapacité de travail**

Nous reprenons ici les priorités des Mutualités Libres en matière d'incapacité de travail. Celles-ci dépassent le sujet d'étude actuel, à savoir l'incapacité de travail due à des troubles psychosociaux et leur prévention qui en est sans aucun doute le meilleur remède.

Bien que nous ne puissions pas nous prononcer sur la proportion de troubles psychosociaux qui trouvent principalement leur origine dans l'environnement de travail, investir dans des conditions de travail optimales est une étape indispensable pour prévenir les troubles psychosociaux. La réglementation en matière de réintégration professionnelle a déjà conduit à une prise de conscience croissante de la part des employeurs : investir dans la réduction de la charge psychosociale des travailleurs influence également la prospérité de l'entreprise et toute la société.

Comme précisé dans leur Mémoire 2019, les Mutualités Libres visent une réduction du taux d'invalidité de 20 % d'ici 2025. Les actions suivantes sont nécessaires pour y parvenir :

- **Réviser les concepts d'« incapacité de travail » et d'« invalidité » :**
 - Remplacer le concept de « 1 an » pour distinguer l'incapacité de travail de l'invalidité par le concept de « capacités restantes qui permettent la réintégration professionnelle ». Le passage à l'invalidité dépendra alors de critères médicaux et n'aura lieu que si la personne n'a plus aucune capacité restante. Tant qu'il reste des capacités, la personne sera accompagnée dans un trajet de réintégration.
 - Attribuer aux pathologies des périodes indicatives d'incapacité de travail, et concentrer les contrôles sur les dépassements de ces durées pour les pathologies dont la durée est peu variable.
- **Responsabiliser les employeurs concernant les taux d'incapacité de travail et le développement des possibilités de réintégration.** Diverses actions peuvent encourager les employeurs à mener une politique active en matière de bien-être au travail et de réintégration :
 - Imposer que les employeurs prennent en charge une partie des indemnités, en plus du salaire garanti, si le taux d'incapacité de travail est supérieur à la moyenne du secteur.
 - Introduire des incitations financières pour encourager les employeurs à prendre des mesures en vue de faciliter la reprise du travail.

- **Intensifier les actions préventives contre le burn-out et les maladies osseuses et musculaires dans les entreprises, et suivre leurs indicateurs dans chaque secteur.**
- **S'attaquer à certaines sources d'inégalité sociale :**
 - Augmenter les revenus de remplacement jusqu'au niveau du seuil de pauvreté.
 - Ajuster la période de salaire garanti des ouvriers à celle des employés dans le cadre de l'harmonisation des statuts.
 - Introduire une période de salaire garanti pour les travailleurs dont la maladie est fluctuante.
- **Simplifier l'attribution des droits ainsi que le calcul des indemnités :**
 - Simplifier et automatiser le processus d'ouverture du droit aux indemnités, en rendant obligatoire la transmission électronique des informations médicales (certificat électronique d'incapacité de travail envoyé par le médecin traitant) et des informations sur les revenus (DMFA par l'employeur).
 - Rendre obligatoire la mention du code diagnostic sur les certificats électroniques d'incapacité de travail afin d'accélérer l'analyse des dossiers d'incapacité de travail. Déterminer sur la base des pathologies quelles sont les personnes qui doivent être convoquées à quel moment et définir l'orientation de leur réintégration professionnelle.
 - Simplifier les règles de calcul des indemnités afin de les rendre plus compréhensibles pour les assurés sociaux (simplification de la grille des barèmes pour l'invalidité, suppression de la mesure de neutralisation des revalorisations...).
 - Faciliter l'échange d'informations entre les médecins traitants, les médecins-conseils et les médecins du travail grâce à une vérification croisée des dossiers médicaux informatisés.

Ce plan devrait être basé sur les principes suivants :

- Évaluation et valorisation des capacités restantes des personnes en incapacité de travail.
- Concentration de l'aide sur les personnes pour qui un plan de réintégration pourrait être bénéfique.
- Garantie d'un revenu de remplacement supérieur au seuil de pauvreté.
- Plus grande responsabilisation des employeurs en matière de bien-être au travail et de réintégration professionnelle.
- Échange de données structurées entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail afin de promouvoir la collaboration et de réduire le travail administratif.
- Entamer un travail de consultation auprès des acteurs des différentes branches de la sécurité sociale et du monde judiciaire, afin de mesurer les alliances possibles quant à la possibilité de créer une instance de recours et de médiation interne à la sécurité sociale. Par rapport au recours actuel auprès du Tribunal de Travail, ce recours serait toujours gratuit, mais la décision serait rendue plus rapidement. L'effet attendu serait une plus-value aussi bien pour les institutions de sécurité sociale que pour les assurés sociaux.

06 REFERENCES

- [1] Drieskens S, Gisle L, Charafeddine R, Demarest S, Braekman E, Nguyen D, et al. Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano 2018.
- [2] Sdworx. Belgische werknemers hebben meer stress en minder energie 2016. <https://www.sdworx.be/nl-be/pers/2016/2016-11-25-stress>.
- [3] Securex. Werkgevers erkennen verantwoordelijkheid bij burn-out 2015. <https://press.securex.be/werkgevers-erkennen-verantwoordelijkheid-bij-burn-out>.
- [4] Unizo. UNIZO, Liantis en Integraal starten burn-out-preventieproject voor zelfstandigen 2019. <https://www.unizo.be/nieuws-pers/unizo-liantis-en-integraal-starten-burn-out-preventieproject-voor-zelfstandigen>.
- [5] *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. OECD; 2010. <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>.
- [6] RIZIV. IPS (Individual Placement and Support): Een pilootproject van re-integratie aangepast aan werknemers arbeidsongeschikt wegens geestelijke gezondheidsproblemen 2018. <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/jv2017/themas/Paginas/ips.aspx>.
- [7] RIZIV. Langdurige arbeidsongeschiktheid: cijfers invaliditeit door burn-out en depressie 2019.
- [8] RIZIV. Statistieken van de uitkeringen over 2017 2018. <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2017/Paginas/default.aspx>.
- [9] Goorts K, Boets I, Decuman S, Du Bois M, Rusu D, Godderis L. Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: A register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2020. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214181>.
- [10] Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. 2013. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001>.
- [11] Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry* 2020;19:390–1. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>.
- [12] Saks Y. Een beter inzicht verwerven in het verloop van het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering. *Econ Tijdschr* 2017.
- [13] Securex. Burn-out: eind dertigers en voltijds werkenden lopen hoogste risico 2017. <https://press.securex.be/burn-out-eind-dertigers-en-voltijds-werkenden-lopen-hoogste-risico>.
- [14] Intermutualistisch Agentschap. Sociaaleconomisch profiel en zorgconsumptie van personen in (...) 2019. <https://aim-ima.be/Sociaaleconomisch-profiel-en?meta=oui> (accessed November 15, 2020).
- [15] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>.
- [16] Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjoberg L, De Groene GJ, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European union: An exploratory study. *Ind Health* 2018;56:160–5. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0132>.
- [17] Eurofound. 6th European Working Conditions Survey : 2017 update. 2017.
- [18] de Beer LT, Schaufeli WB, De Witte H, Hakanen JJ, Shimazu A, Glaser J, et al. Measurement invariance of the burnout assessment tool (Bat) across seven cross-national representative samples. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155604>.
- [19] Van Den Broeck A, Elst T Vander, Baillien E, Sercu M, Schouteden M, De Witte H, et al. Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *J Occup Environ Med* 2017;59:369–76. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000964>.

07 ANNEXES

ANNEXE 1. APERCU DES BLOCS, CATEGORIES ET SOUS-CATEGORIES CIM-10 LIES AUX TROUBLES PSYCHOSOCIAUX

Blocs, catégories et sous-catégories CIM-10

Z70-Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs (fait partie du Chapitre XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé)

Z73 Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie

Z73.0 Surmenage

Z73.1 Accentuation de certains traits de la personnalité

Z73.2 Manque de repos et de loisirs

Z73.3 Stress, non classé ailleurs

Z73.4 Compétences sociales inadéquates, non classées ailleurs

Z73.5 Conflit sur le rôle social, non classé ailleurs

Z73.6 Limites imposées aux activités par une incapacité

Z73.8 Autres difficultés liées à l'orientation de son mode de vie

Z73.9 Difficulté liée à l'orientation d'un mode de vie non précisé

F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (fait partie du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement)

F40 Troubles anxieux phobiques

F40.0 Agoraphobie

F40.1 Phobies sociales

F40.2 Phobies spécifiques (isolées)

F40.8 Autres troubles anxieux phobiques

F40.9 Trouble anxieux phobique, sans précision

F41 Autres troubles anxieux

F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]

F41.1 Anxiété généralisée

F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte

F41.3 Autres troubles anxieux mixtes

F41.8 Autres troubles anxieux précisés

F41.9 Trouble anxieux, sans précision

F42 Trouble obsessionnel-compulsif

F42.0 Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan

F42.1 Avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan

F42.2 Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs

F42.8 Autres troubles obsessionnels-compulsifs

F42.9 Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision

F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

F43.1 Etat de stress post-traumatique

F43.2 Troubles de l'adaptation

F43.8 Autres réactions à un facteur de stress sévère

F43.9 Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision

F44 Troubles dissociatifs [de conversion]

F44.0 Amnésie dissociative

F44.1 Fugue dissociative

F44.2 Stupeur dissociative

F44.3 Etats de transe et de possession

F44.4 Troubles moteurs dissociatifs

F44.5 Convulsions dissociatives

F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles

F44.7 Trouble dissociatif [de conversion] mixte

F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]

F44.9 Trouble dissociatif [de conversion], sans précision

F45 Troubles somatoformes

F45.0 Somatisation

F45.1 Trouble somatoforme indifférencié

F45.2 Trouble hypocondriaque

F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant

F45.8 Autres troubles somatoformes

F45.9 Trouble somatoforme, sans précision

F48 Autres troubles névrotiques

F48.0 Neurasthénie

F48.1 Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation

F48.8 Autres troubles névrotiques précisés

F48.9 Trouble névrotique, sans précision

F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs] (fait partie du Chapitre V Troubles mentaux et du comportement)

F30 Episode maniaque

F30.0 Hypomanie

F30.1 Manie sans symptômes psychotiques

F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

F30.8 Autres épisodes maniaques

F30.9 Episode maniaque, sans précision

F31 Trouble affectif bipolaire

F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte

F31.7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission

F31.8 Autres troubles affectifs bipolaires

F31.9 Trouble affectif bipolaire, sans précision

F32 Episodes dépressifs

F32.0 Episode dépressif léger

F32.1 Episode dépressif moyen

F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

F32.8 Autres épisodes dépressifs

F32.9 Episode dépressif, sans précision

F33 Trouble dépressif récurrent

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission

F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents

F33.9 Trouble dépressif récurrent, sans précision

F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

F34.0 Cyclothymie

F34.1 Dysthymie

F34.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants

F34.9 Trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision

F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]

F38.0 Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés

F38.1 Autres troubles de l'humeur [affectifs] récurrents

F38.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés

F39 Persistent mood affective disorder, unspecified

ANNEXE 2. CORRESPONDANCE ENTRE LES LABELS DE PATHOLOGIE AU DEBUT DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL ET LA CMI-10

Lors de l'entrée en incapacité de travail, on observe 1.922 valeurs uniques pour les labels de pathologie. Le Tableau 2A donne un aperçu des dix labels les plus fréquents. Ceux-ci représentent près de 23 % du nombre total de labels de pathologie. Ce tableau indique immédiatement l'importance de la correspondance avec les codes CIM-10. Parmi ces 10 labels de pathologie les plus fréquents, on distingue immédiatement plusieurs labels indiquant un burn-out.

Tableau 2A. Dix labels les plus fréquents lors de l'entrée en incapacité de travail

Codes CMI-10 et labels de pathologie	n	%
Dépression	2.756	4,6
Burn-out (burn out)	2.382	4,0
Burn-out	1.634	2,7
Fracture	1.620	2,7
Lombalgies	1.406	2,4
Hospitalisation	938	1,6
Décompensation psychique	920	1,5
Surmenage	755	1,3
Lombosciatique	677	1,1
Entorse à la cheville	665	1,1

Ces labels de pathologie sont associés à 1.118 codes CMI-10 uniques. Nous examinons cette correspondance en détail pour certaines (sous-)catégories CIM-10 dans les trois blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux. 38 labels de pathologie sont associés à la catégorie F32 Episodes dépressifs, 10 à la Z73.0 Surmenage et 19 à la F43 Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation. Le Tableau 2B présente les dix labels de pathologie les plus fréquents pour chacune de ces (sous-)catégories CIM-10. Ce mapping semble correct d'un point de vue conceptuel.

Tableau 2B. Codes CMI-10 et labels de pathologie liés à la dépression, au burn-out lors de l'entrée en incapacité de travail

Codes CMI-10 et labels de pathologie	n	%	% cumulatif
F32 Episodes dépressifs			
Dépression	2.748	50,2	50,2
Anxio-dépression	448	8,2	58,4
Dépression réactionnelle	374	6,8	65,2
Syndrome dépressif	261	4,8	70,0
Humeur dépressive	256	4,7	74,6
Dépression nerveuse	167	3,1	77,7
Dépression post-partum	159	2,9	80,6

Dépression majeure	138	2,5	83,1
Dépression anxieuse	114	2,1	85,2
Dépression post-partum/Dépression postnatale	112	2,0	87,2
Z73.0 Burn-out			
Burn-out	2.382	43,4	43,4
Burn-out	1.634	29,8	73,1
Surmenage	755	13,7	86,9
Epuisement, surcharge, surmenage	346	6,3	93,2
Burn-out - Dépression	185	3,4	96,5
Surmenage et décompensation psychique	91	1,7	98,2
Surmenage au travail	68	1,2	99,4
Surmenage et dépression	27	0,5	99,9
Stress burn-out	4	0,1	99,9
Chute au travail et burn-out au travail	1	0,0	100
F43 Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation			
Stress post-traumatique	96	22,8	22,8
Trouble de l'adaptation et humeur dépressive	57	13,5	36,3
Trouble de l'adaptation	53	12,6	48,9
Trouble de l'adaptation	42	10,0	58,9
Deuil pathologique	34	8,1	67,0
Réaction aiguë à un facteur de stress	31	7,4	74,4
Epuisement dépression	31	7,4	81,7
Syndrome de stress post-traumatique	23	5,5	87,2
Choc psychique	20	4,8	91,9
Autres troubles aigus à un facteur de stress	8	1,9	93,8

ANNEXE 3. IMPACT DU SEXE SUR LES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX, PAR STATUT SOCIAL

Figure 3A. Proportion des blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité, par sexe, chez les employés

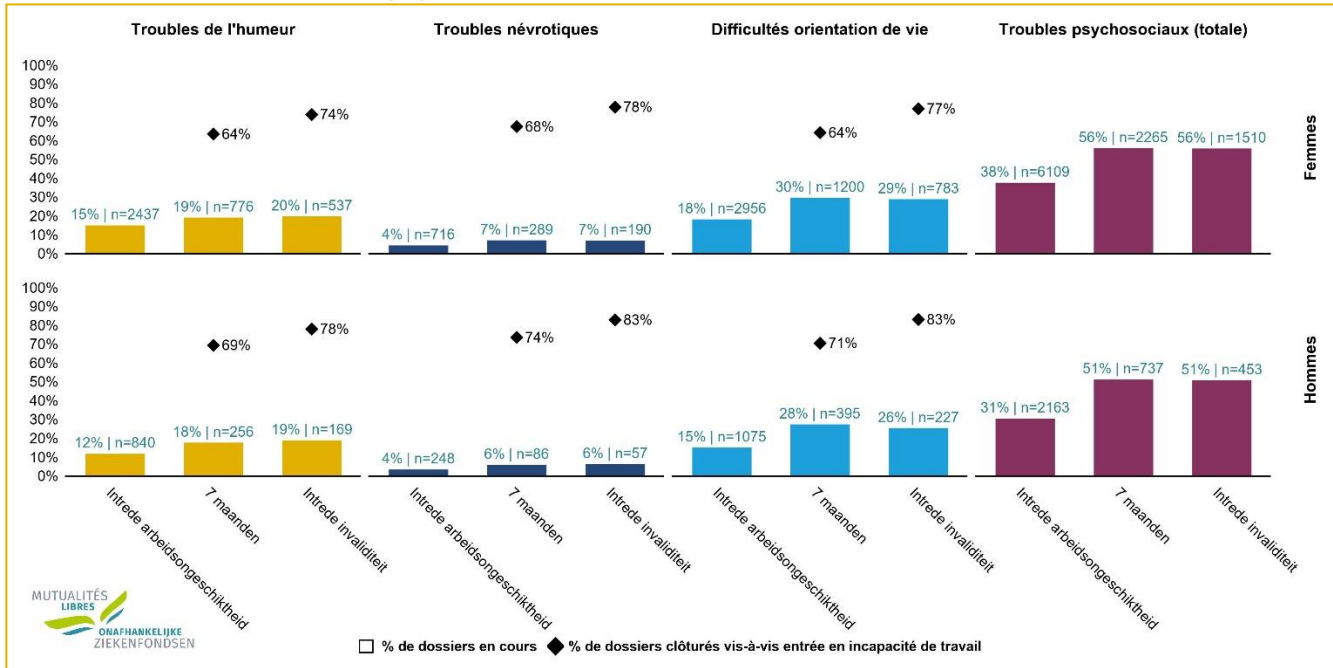


Figure 3B. Proportion des blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité, par sexe, chez les indépendants

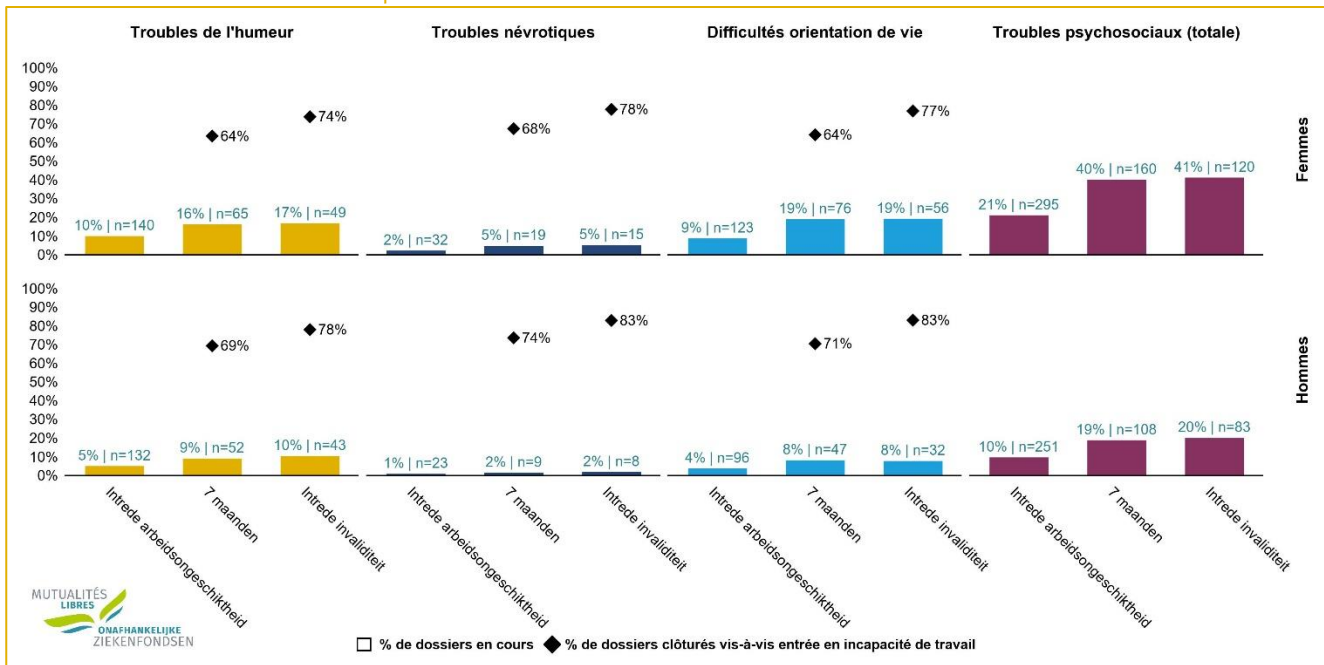
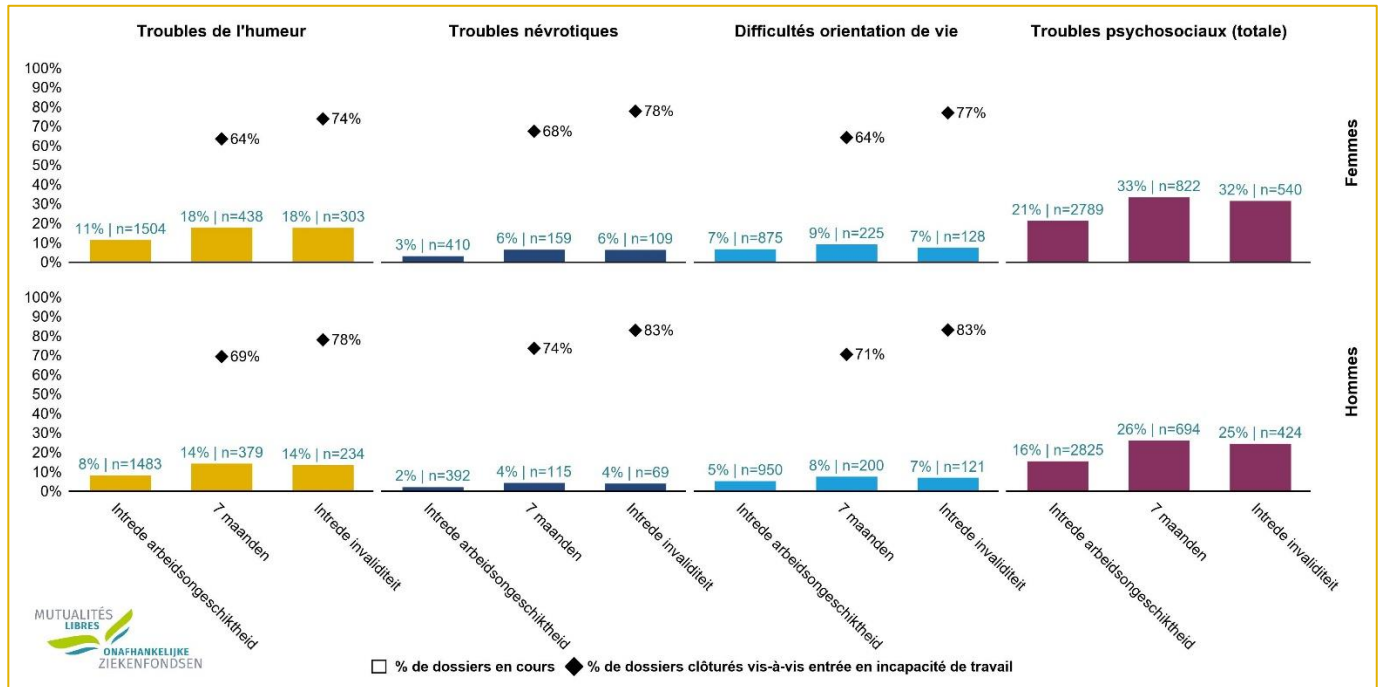


Figure 3C. Proportion des blocs CIM-10 liés aux troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en invalidité, par sexe, chez les ouvriers



ANNEXE 4. IMPACT DU SEXE SUR LES TROUBLES PSYCHOSOCIAUX, PAR STATUT SOCIAL

Tableau 4A. Effet du statut social, du sexe et de l'âge sur la proportion de blocs CIM-10 liés à des troubles psychosociaux dans le nombre total de diagnostics à l'entrée en incapacité de travail, à 7 mois et lors du passage en incapacité : régression logistique multiple avec mesures répétées

	Estimate	Standard error	P-Value
Statut social			
Ouvrier	Réf	--	--
Employé	0,854	0,021	<0,0001
Indépendant	-0,201	0,049	<0,0001
Sexe			
Homme	Réf	--	--
Femme	0,370	0,021	<0,0001
Age			
20-29	Réf	--	--
30-39	0,080	0,031	0,010
40-49	-0,183	0,031	<0,0001
50+	-0,673	0,032	<0,0001
Statut social (Réf = ouvrier)*Temps			
Employé, entrée en incapacité de travail	Réf	--	--
Employé, 7 mois	0,084	0,032	0,008
Employé, entrée en invalidité	0,053	0,040	0,190
Indépendant, entrée en incapacité de travail	Réf		
Indépendant, 7 mois	0,568	0,067	<0,0001
Indépendant, entrée en invalidité	0,701	0,079	<0,0001
Sexe (Réf = homme)*Temps			
Femme, entrée en incapacité de travail	Réf	--	--
Femme, 7 mois	0,092	0,032	0,003
Femme, entrée en invalidité	0,171	0,040	<0,0001
Age (Réf = 20-29)*Temps			
30-39, entrée en incapacité de travail	Réf	--	--
30-39, 7 mois	0,392	0,051	<0,0001
30-39, entrée en invalidité	0,522	0,069	<0,0001
40-49, entrée en incapacité de travail	Réf	--	--
40-49, 7 mois	0,646	0,050	<0,0001
40-49, entrée en invalidité	0,882	0,068	<0,0001
50+, entrée en incapacité de travail	Réf	--	--
50+, 7 mois	0,874	0,051	<0,0001
50+, entrée en invalidité	1,242	0,068	<0,0001



Route de Lennik 788/A - 1070 Anderlecht
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©)Mutualités Libres / Bruxelles, octobre 2019
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

L'Union Nationale des Mutualités Libres regroupe :

