mutualités libres

ÉTUDE

Evolution des entrées en incapacité de travail entre 2018 et 2024 :

forte présence et progression des troubles psychosociaux et des affectations musculosquelettiques

Une publication des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Rédaction > Güngör KARAKAYA, Thomas OTTE, Katrien DE REU et Philippe MARNETH

www.mloz.be
(©) Mutualités Libres / Bruxelles, juin 2025
(numéro d'entreprise 411.766.483)

mutualités libres

Evolution des entrées en incapacité de travail entre 2018 et 2024 :

forte présence et progression des troubles psychosociaux et des affectations musculosquelettiques

01 Introduction 3
02 Données et méthodologie 4
03 Résultats 5
Les diagnostics médicaux les plus fréquents d'entrée en incapacité de travail en 2018 et en 2024 6
Répartition des entrées en incapacité de travail en 2023 et de leur passage en invalidité par groupe de maladies 8
Répartition des entrées en incapacité de travail pour cause de troubles mentaux et du comportement, de troubles musculosquelettiques ou de burn-out et des titulaires indemnisables selon les caractéristiques des assurés 11
04 Conclusion 14
05 Recommandations 15

01 Introduction

Actuellement, la Belgique compte plus d'un demi-million de personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an, c'est-à-dire en situation d'invalidité. Ce nombre ne cesse d'augmenter année après année. Depuis 2017, le nombre de personnes en incapacité de travail est supérieur à celui des chômeurs. Il en va de même pour les dépenses relatives à l'incapacité de travail qui pèsent de plus en plus lourdement sur le budget de la sécurité sociale. Cette situation d'incapacité de travail impacte également de manière négative les travailleurs concernés étant donné qu'elle conduit à une perte de revenus et de contacts sociaux et souvent à davantage de problèmes de santé. Elle peut également perturber l'organisation des entreprises (plannings, projets, délais, etc.) et ainsi entrainer une perte de productivité pour notre économie.

Entre 2012 et 2023, le nombre de personnes en invalidité est passé de 304.452 à 526.507 soit une augmentation de 72,9%. Plus interpellant encore que des chiffres absolus, le taux d'invalidité - mesuré par le rapport entre le nombre de personnes en invalidité et le nombre de titulaires indemnisables[1] - est passé de 6,5% à 10,3% au cours de cette période, soit une hausse de 58,9%. Quant aux indemnités d'incapacité de travail, elles ont plus que doublé, passant de 5,5 à 12 milliards d'euros. Plusieurs facteurs ont pu contribuer à expliquer ces évolutions tels que le relèvement progressif de l'âge légal de la pension pour les femmes, la hausse de l'âge moyen de la population active (20-65 ans), le durcissement des conditions d'accès à la prépension, l'accentuation de la dégressivité des allocations de chômage, les évolutions épidémiologiques, le traitement d'affections autrefois fatales, la hausse des problèmes de santé invalidants (troubles psychiques, troubles musculosquelettiques, cancers). Les troubles mentaux et du comportement (troubles de l'humeur et troubles anxieux essentiellement) et les troubles musculosquelettiques constituent les deux principaux groupes de maladies pour l'invalidité. Ensemble, ils représentent environ les deux tiers du nombre total d'invalides. Entre 2012 et 2023, leur part a significativement augmenté (surtout chez les femmes), passant de 62% à 70%.

Pour faire face à cette problématique, plusieurs réformes ont eu lieu ces dernières années. Force est de constater que, au vu de la hausse continue des chiffres relatifs à l'incapacité de travail de longue durée, l'impact réel de ces réformes demeure limité à ce jour. Le gouvernement a annoncé récemment une série de nouvelles mesures comme par exemple l'obligation pour l'employeur de maintenir le contact avec les travailleurs en incapacité de travail, la possibilité de sanctionner les médecins qui auraient un comportement de prescription de périodes d'incapacité jugé déviant ou la réduction de l'indemnité maladie de 10% (en cas de non-respect des formalités administratives) pouvant aller jusqu'à sa suspension complète.

La présente étude a pour objectif d'identifier les diagnostics d'entrée en incapacité de travail (c'est-à-dire des nouveaux dossiers) les plus fréquents, de mieux comprendre ceux qui mènent à une invalidité et d'en analyser leur évolution au cours des dernières années, à partir des données des Mutualités Libres. Nous analyserons

[1] Les titulaires indemnisables sont les personnes titulaires assurées en cas d'incapacité de travail. Ils incluent les titulaires reconnus en incapacité de travail, mais également les travailleurs (salariés et indépendants) actifs, les chômeurs et les travailleurs en période de salaire garanti.

également le profil des personnes concernées pour les principaux groupes de maladies les plus fréquemment à l'origine d'une entrée en incapacité de travail.

02 Données et méthodologie

Pour rappel, les travailleurs salariés, les demandeurs d'emploi (les chômeurs) et les travailleurs indépendants qui ne peuvent plus travailler en raison d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle ont droit à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité versées par l'assurance maladie-invalidité à condition que leur incapacité de travail soit reconnue par le médecin-conseil. L'invalidité correspond à la période d'incapacité de travail qui débute après l'année d'incapacité de travail primaire. Les fonctionnaires relèvent d'un régime spécial et ne sont donc pas pris en considération dans cette étude.

Les données administratives des Mutualités Libres, sur lesquelles nos analyses se basent, contiennent les périodes d'incapacité de travail avec paiement d'indemnités par l'assurance maladie-invalidité (date de début et date de fin éventuelle), ainsi que la date de début d'invalidité (et la date de fin si l'invalidité prend fin). Les absences de courte durée (sans paiement d'indemnités), qui ne vont pas au-delà de la période de salaire garanti (30 jours pour les salariés et 14 jours pour les ouvriers) ou de 7 jours pour les indépendants, sont donc exclues de cette étude. Les congés de maternité ou de paternité sont également exclus.

Les données exploitées dans cette étude sont celles des personnes qui entrent en incapacité de travail primaire (avec paiement d'indemnités) entre le 01/01/2018 et le 31/12/2024.

Nos données permettent également d'identifier le diagnostic médical d'entrée en incapacité de travail. Celui-ci est basé sur la classification internationale des maladies CIM/ICD-10 (International Classification of Diseases, 10ème révision) qui comporte au total 21 chapitres recouvrant plusieurs dizaines de milliers de codes.

Il faut noter que le code Z73.0 de la classification CIM-10 s'intitule « burn-out » dans sa version anglaise et « surmenage » dans sa version française. Au niveau clinique, le burn-out doit nécessairement être en lien avec des situations de travail. Or, la définition du code Z73.0 de la CIM-10 associé au burn-out se limite à « état d'épuisement ». Le code Z73.0 englobe donc d'autres affections que les burn-out au sens strict. Dans cette étude, nous utiliserons le terme « burn-out » en référence au code Z73.0. Il ne nous est pas possible d'avoir des chiffres précis des cas de burn-out au sens clinique, c'est-à-dire ceux liés à un épuisement lié à la sphère professionnelle, en raison des limitations de la classification CIM-10. La version 11 de la CIM prévoit quant à elle une définition précise du burn-out (épuisement professionnel) mais cette version plus moderne n'est actuellement pas utilisée.

03 Résultats

Description des personnes entrées en incapacité de travail primaire et des titulaires indemnisables en 2018 et en 2024

Environ 80% des personnes entrant en incapacité de travail primaire sont âgées de 30 à 59 ans (tableau 1). La comparaison de la répartition par classes d'âge entre les personnes qui entrent en incapacité et les titulaires indemnisables révèle que les moins de 40 ans sont sous-représentés parmi les entrées en incapacité, tandis que les 50 à 59 ans y sont largement surreprésentés. Toutefois, entre 2018 et 2024, la proportion des personnes de moins de 40 ans et de plus de 59 ans parmi celles qui entrent en incapacité a augmenté de manière plus marquée que celle observée chez les titulaires indemnisables dans ces mêmes tranches d'âge. A l'inverse, la part des 40-59 ans a diminué plus fortement chez les personnes entrant en incapacité que parmi l'ensemble des titulaires.

Tableau 1 : Description des personnes entrées en incapacité de travail primaire et des titulaires indemnisables pour les années 2018 et 2024

	Personnes entrées en incapacité primaire			Titulaires indemnisables		
	2024	2018	Variation relative entre 2018 et 2024	2024	2018	Variation relative entre 2018 et 2024
Age						
18-29 ans	14,1%	13,6%	*3,5%*	18,5%	18,9%	*-2,1%*
30-39 ans	26,3%	24,2%	*8,6%*	28,1%	26,9%	*4,5%*
40-49 ans	25,6%	28,4%	*-9,7%*	24,8%	26,3%	*-5,7%*
50-59 ans	26,2%	28,3%	*-7,5%*	21,7%	21,9%	*-0,9%*
>= 60 ans	7,8%	5,5%	*42,2%*	7,0%	6,0%	*16,7%*
Sexe						
Femme	52,7%	51,8%	*1,6%*	46,5%	45,7%	*1,8%*
Homme	47,3%	48,2%	*-1,7%*	53,5%	54,3%	*-1,5%*
Statut professionnel						
Ouvrier	42,7%	52,2%	*-18,3%*	26,3%	30,6%	*-14,1%*
Employé	45,6%	39,9%	*14,2%*	53,4%	48,9%	*9,2%*
Indépendant	11,7%	7,9%	*49,0%*	20,3%	20,5%	*-1,0%*
Nombre total	***70.546***	***58.563***	***20,5%***	***1.057.149***	***978.077***	***8,1%***

Les femmes représentent une proportion plus élevée que les hommes parmi les personnes entrant en incapacité de travail (52,7% contre 47,3% en 2024), alors qu'elles sont moins nombreuses parmi les titulaires indemnisables (46,5% contre 53,5% en 2024). Elles sont donc surreprésentées parmi les personnes qui entrent en incapacité. Toutefois, sur la période 2018-2024, aucune évolution significative de cette surreprésentation n'a été constatée, puisque l'évolution de la proportion de femmes parmi les entrées en incapacité a suivi une tendance similaire à celle des titulaires indemnisables.

En 2018, les ouvriers représentaient plus de la moitié des personnes entrant en incapacité de travail primaire (52,2 %), suivis des employés avec près de quatre entrées sur dix (39,9%). Les travailleurs indépendants constituaient une minorité (7,9%) parmi ces entrées. En 2024, la situation est un peu plus différente puisque les

employés deviennent le groupe le plus important (45,6% contre 42,7% pour les ouvriers). Ce changement s'explique principalement par l'augmentation du nombre d'employés et la diminution du nombre d'ouvriers parmi les titulaires indemnisables. Cependant, tant en 2018 qu'en 2024, les ouvriers sont restés surreprésentés parmi les personnes entrant en incapacité. Quant aux travailleurs indépendants, leur part parmi les nouvelles entrées en incapacité a augmenté de manière significative entre 2018 et 2024 (+49%), alors que leur proportion parmi les titulaires indemnisables est restée quasiment stable (-1%). La diminution de la période de carence qui est passée d'un mois à deux semaines début 2018 puis supprimée en juillet 2019 (pour les incapacités de travail d'au moins 8 jours) explique environ un tiers de cette forte hausse.

Les diagnostics médicaux les plus fréquents d'entrée en incapacité de travail en 2018 et en 2024

La figure 1 reprend les 20 causes d'entrée en incapacité de travail primaire les plus fréquentes entre le 01/01/2024 et le 31/12/2024. Elle permet également de montrer comment celles-ci ont évolué entre les années 2018 et 2024.

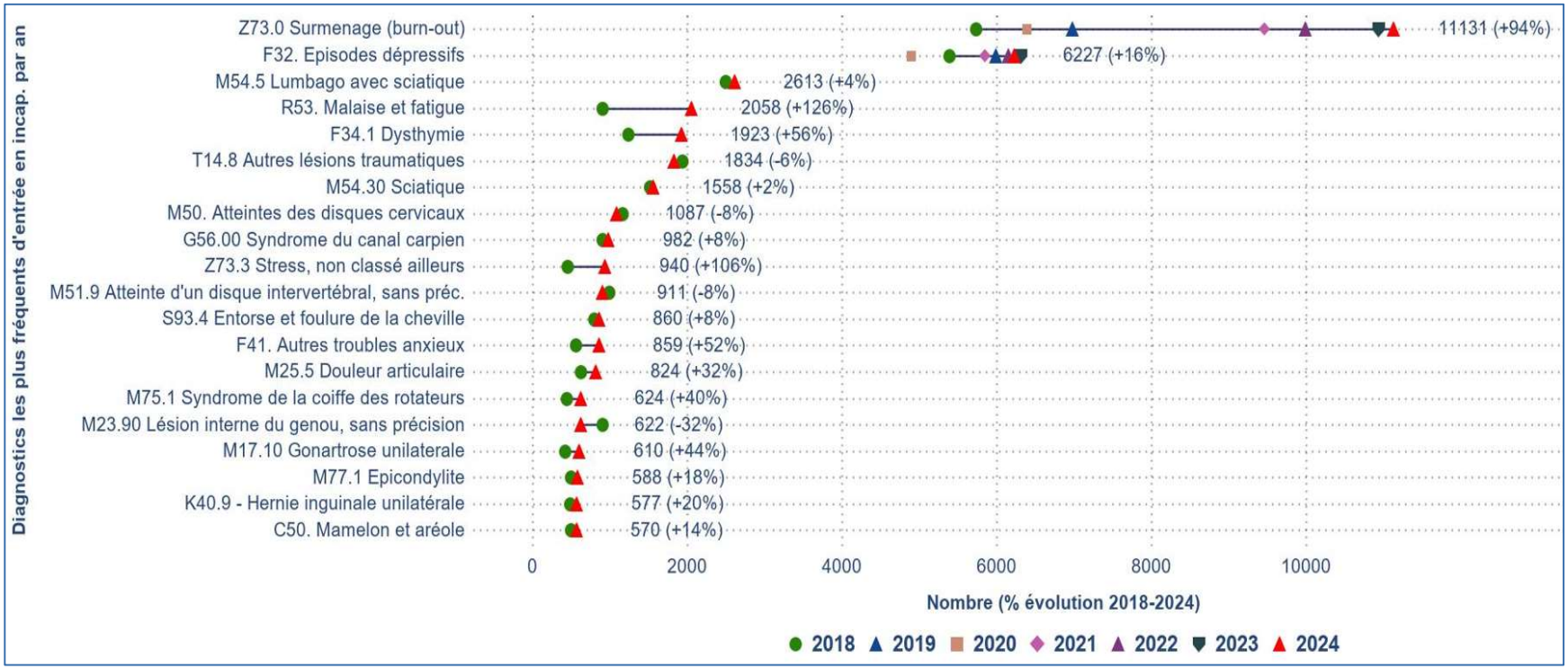
En 2024, la majorité des 20 diagnostics médicaux les plus fréquents d'entrée en incapacité de travail primaire concerne les troubles psychosociaux et les troubles musculosquelettiques. Ces groupes de maladies sont également ceux qui sont les plus représentés parmi les personnes en situation d'invalidité.

Sur un total de 85.704 entrées en incapacité de travail primaire en 2024, le burn-out occupe la première place avec 11.131 cas, représentant ainsi 13% du total. Entre 2018 et 2024, le nombre d'entrée en incapacité pour burn-out a quasiment doublé en passant de 5.738 cas à 11.131 cas (+94%). Notons toutefois qu'entre 2023 et 2024, le nombre d'entrées pour burn-out a très peu évolué. En seconde place, nous y retrouvons la dépression avec 6.227 entrées en incapacité de travail, soit 7,2% de l'ensemble des entrées. Ce diagnostic médical a enregistré une hausse moins forte (+16%) que celle du burn-out (+94%). Ensemble, le burn-out et la dépression représentaient ainsi plus d'une entrée en incapacité de travail sur cinq en 2024 (20,2%) alors qu'ils concernaient 15,8% des entrées en 2018. Leur poids relatif a donc augmenté de près de 30% au cours des 6 dernières années.

Parmi les autres diagnostics médicaux d'entrée en incapacité liés à des troubles mentaux, nous y retrouvons la dysthymie (dépression chronique et durable dans le temps), le stress (tension ou surcharge physique et mentale) et les troubles anxieux. Entre 2018 et 2024, ces pathologies ont enregistré une hausse de 56%, 106% et 52% respectivement. Notons aussi que les entrées en incapacité de travail pour malaise et fatigue (4ème cause d'entrée) ont plus que doublé entre 2018 et 2024 (+126%).

Alors que nous observions une hausse entre 2018 et 2024 des entrées en incapacité pour tous les troubles mentaux les plus fréquents, la situation est un peu différente pour les troubles musculosquelettiques. En effet, au cours de cette période, certains ont enregistré une diminution de leur nombre (de -8% pour les problèmes cervicaux et intervertébraux à -32% pour les lésions internes du genou), alors que d'autres ont vu leur nombre augmenter (de +2% pour la sciatique à +44% pour l'arthrose du genou).

Figure 1 : Les 20 diagnostics médicaux les plus fréquents d'entrée en incapacité de travail pour chaque année entre 2018 et 2024



Répartition des entrées en incapacité de travail en 2023 et de leur passage en invalidité par groupe de maladies

La figure 2 présente la répartition des entrées en incapacité de travail primaire (nouveaux dossiers) en 2023 et de leur passage en invalidité par groupe de maladies constitué à partir des 21 chapitres (I à XXI) de la classification internationale des maladies, 10ème révision (CIM-10). Elle reprend également, par groupe de maladies, le pourcentage de nouveaux dossiers (entrées en incapacité primaire en 2023) clôturés pendant l'incapacité de travail primaire.

Les chapitres XIII (maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ou troubles musculosquelettiques), XXI (facteurs influant sur l'état de santé, incluant le burn-out), V (troubles mentaux et du comportement) et XIX (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes) sont largement représentés parmi les causes d'entrée en incapacité de travail primaire. En 2023, le groupe de maladies du chapitre XIII constitue 25% des entrées en incapacité, celui du chapitre XXI 19% (dont les deux tiers sont attribués au burn-out), celui du chapitre V 16% et celui du chapitre XIX 16%. Ensemble, ces quatre chapitres totalisent les trois quarts des entrées en incapacité de travail primaire.

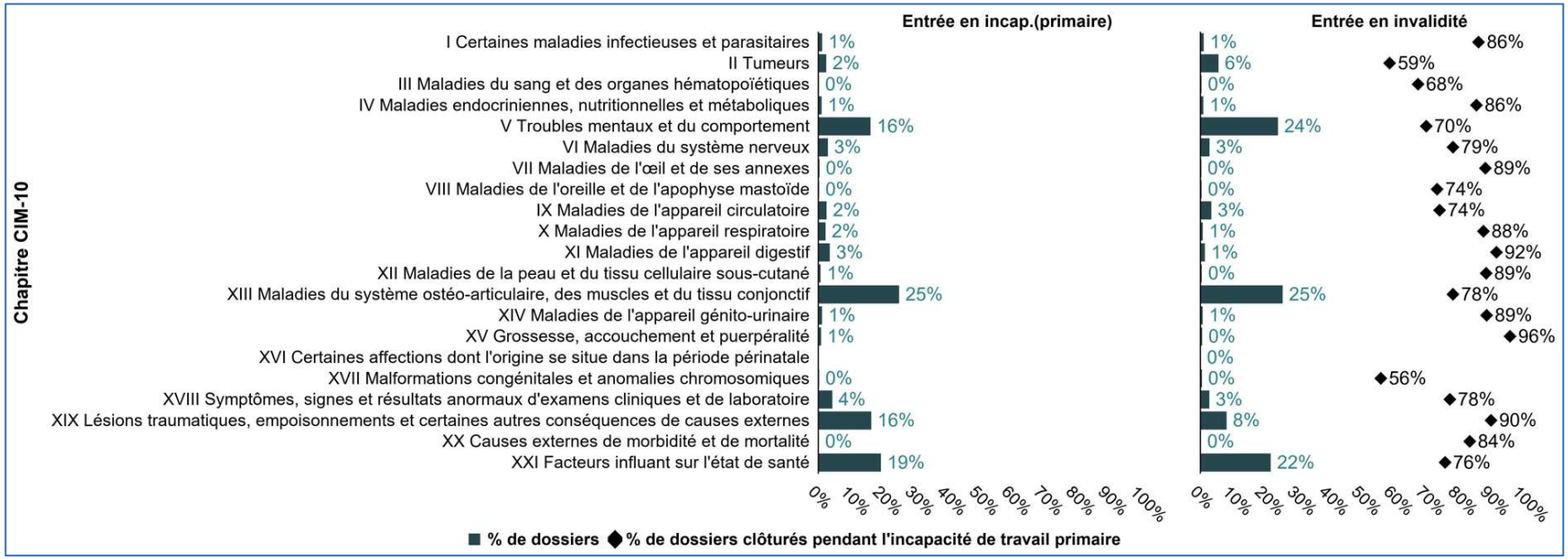
En moyenne, près de 80% des nouveaux dossiers (c'est-à-dire des entrées en incapacité primaire) de 2023 ont été clôturés pendant la période d'incapacité de travail primaire (soit dans les 12 premiers mois de l'incapacité). En d'autres termes, près de 20% des entrées en incapacité de travail en 2023 ont abouti à l'invalidité en 2024. Ainsi, les groupes de maladies dont le pourcentage de clôture (pendant l'incapacité primaire) des nouveaux dossiers de 2023 est inférieur à 80% sont plus susceptibles de voir leur proportion augmenter parmi les passages en invalidité. Autrement dit, plus le pourcentage de clôture (dans les 12 premiers mois d'incapacité) des nouveaux dossiers d'un groupe de maladies est faible par rapport au taux moyen de clôture (dans les 12 premiers mois d'incapacité) de l'ensemble des nouveaux dossiers (80%), plus ce groupe de maladies aura tendance à avoir un poids important dans les passages en invalidité, et inversement. C'est ce qui ressort de la figure 2. Notons que dans une précédente étude nous avions montré que l'altération du diagnostic médical principal au fil du temps ne permet pas d'expliquer (ou très faiblement) l'évolution de la répartition des groupes de maladies entre les entrées en incapacité de travail primaire et les entrées en invalidité. Nous le constatons également dans le cadre de cette étude.

Parmi les 4 principaux groupes de maladies (chapitres XIII, XXI, V et XIX) à l'entrée en incapacité de travail en 2023, ce sont essentiellement les troubles psychosociaux (chapitres V et XXI) qui ont vu leur proportion augmenter significativement parmi les entrées en invalidité en 2024. Pour ces 2 groupes de maladies, les pourcentages de clôture à 12 mois des nouveaux dossiers étaient respectivement de 70% et 76% (73%

dans le cas du burn-out). Pour les troubles musculosquelettiques (chapitre XIII), le taux de clôture à 12 mois (78%) est très proche de la moyenne, ce qui explique l'absence de variation significative du poids de ce groupe de maladies entre les entrées en incapacité primaire et l'invalidité. Inversement, le chapitre XIX (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes), qui représentait 16% des entrées en incapacité de travail primaire en 2023, a vu sa proportion diminuer de moitié parmi les entrées en invalidité (8%). Cette sous-représentation de ce groupe de maladies au sein des passages en invalidité s'explique par le pourcentage élevé de dossiers clôturés à 12 mois (90%).

La figure 2 montre également que le groupe de maladies du chapitre II (tumeurs/cancers) présente l'un des pourcentages le plus faible de dossiers clôturés à 12 mois (59%), c'est-à-dire le pourcentage le plus élevé de passages en invalidité. Le poids de ce groupe de maladies lors de l'entrée en invalidité (6%) a triplé par rapport aux entrées en incapacité de travail primaire (2%).

Figure 2 : Répartition des entrées en incapacité de travail en 2023 et de leur passage en invalidité par groupe de maladies



Répartition des entrées en incapacité de travail pour cause de troubles mentaux et du comportement, de troubles musculosquelettiques ou de burn-out et des titulaires indemnisables selon les caractéristiques des assurés

La figure 3 présente les principales caractéristiques des personnes qui entrent en incapacité de travail primaire en 2018 et en 2024 en raison de troubles mentaux et du comportement, de troubles musculosquelettiques ou de burn-out. Ces trois catégories de pathologies représentent en effet les causes les plus fréquentes d'entrée en incapacité de travail primaire (55% des cas) ainsi qu'en invalidité (près de 70% des cas).

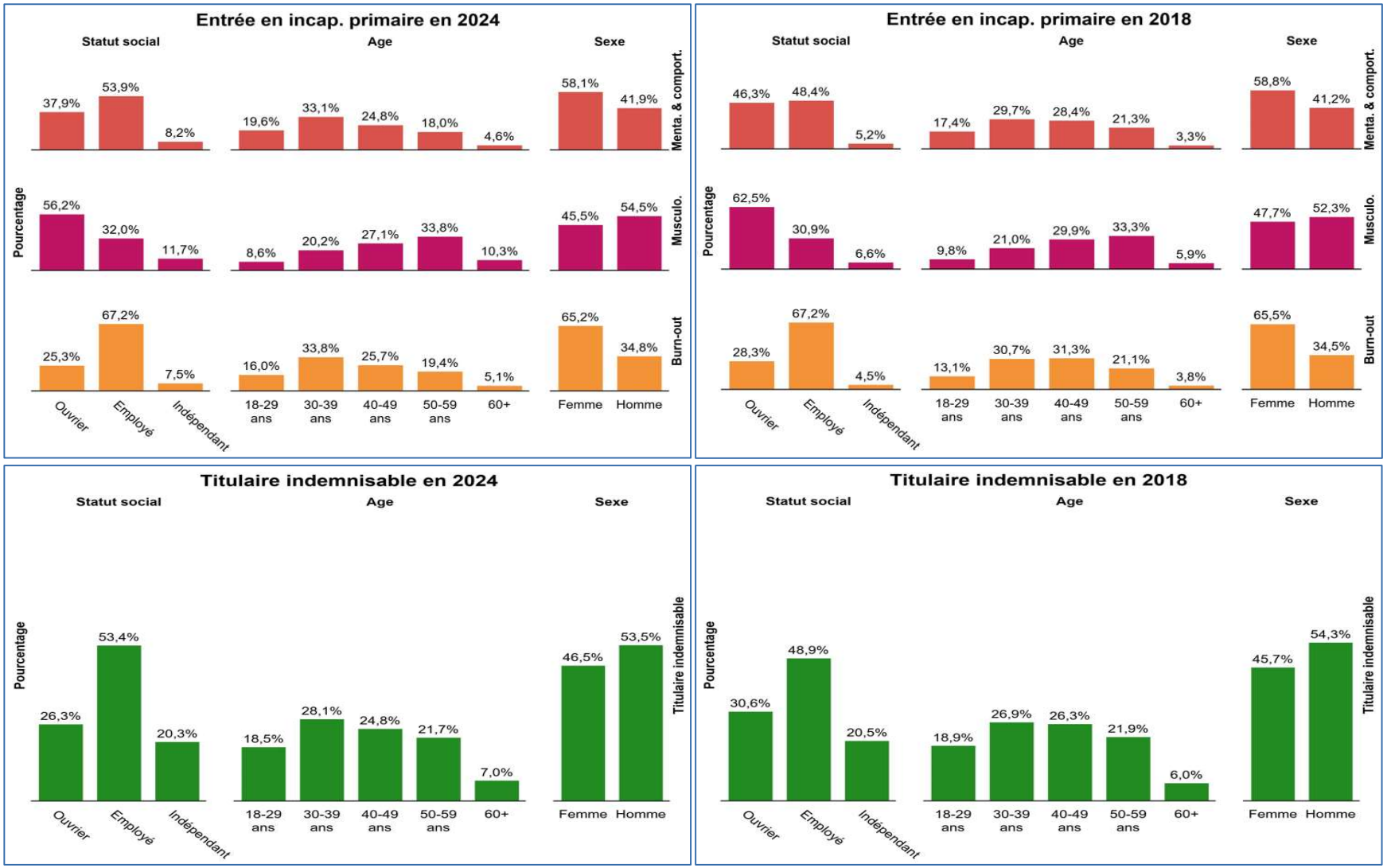
Les femmes sont largement surreprésentées parmi les personnes qui entrent en incapacité de travail primaire en raison de troubles psychosociaux. En effet, tant en 2018 qu'en 2024, elles représentent deux tiers des entrées pour burn-out (65%) et près de six sur dix pour des troubles mentaux et du comportement (58%), alors qu'elles constituent moins de la moitié des titulaires indemnisables sur ces deux années. En revanche, dans le cas des troubles musculosquelettiques, leur proportion parmi les nouvelles entrées en incapacité est comparable à celle observée parmi les titulaires indemnisables.

Les entrées en incapacité de travail pour troubles musculosquelettiques touchent davantage les personnes âgées. En 2018 comme en 2024, une personne sur trois (33%) entrant en incapacité avec ce type de pathologie était âgée de 50 à 59 ans. Sur la même période, la part des plus de 59 ans parmi les entrées a presque doublé, atteignant 10,3% en 2024 (5,9% en 2018). Cette évolution accentue la surreprésentation des personnes de plus de 49 ans parmi celles qui entrent en incapacité pour troubles musculosquelettiques. En 2018, la répartition par classes d'âge des personnes entrant en incapacité pour troubles mentaux et du comportement ou burn-out est globalement similaire à celle des titulaires indemnisables. Toutefois, les personnes âgées de 30 à 49 ans y sont surreprésentées, représentant environ 60% des entrées. Entre 2018 et 2024, on observe un glissement du poids des entrées en incapacité pour troubles mentaux et du comportement ou burn-out vers les tranches d'âge plus jeunes : les personnes de moins de 40 ans représentent désormais une entrée sur deux, alors qu'elles constituaient 43,8% des entrées pour le burn-out et 47,1% pour les troubles mentaux et du comportement. En termes relatifs, l'évolution au cours de cette période est nettement plus forte parmi les moins de 30 ans qui entrent en incapacité pour burn-out (+22% entre 2018 et 2024).

Les ouvriers sont largement surreprésentés parmi les personnes entrant en incapacité de travail en raison de troubles musculosquelettiques. En effet, leur proportion parmi les entrées (62,5% en 2018 et 56,2% en 2024) est plus de deux fois plus élevée que celle parmi les titulaires indemnisables (30,6% en 2018 et 26,3% en

2024). Pour les troubles psychosociaux, les employés sont surreprésentés parmi les personnes entrant en incapacité pour burn-out (environ deux personnes sur trois), alors que pour les troubles mentaux et du comportement ce sont les ouvriers qui le sont par rapport aux titulaires indemnisables (46,3% contre 30,6% en 2018 et 37,9% contre 26,3% en 2024). Bien que les indépendants soient sous-représentés dans les entrées en incapacité de travail, leur proportion parmi les personnes entrant en incapacité a fortement augmenté entre 2018 et 2024 (+77% pour les troubles musculosquelettiques, +67% pour le burn-out et +58% pour les troubles mentaux et du comportement), alors que leur part au sein des titulaires indemnisables n'a pratiquement pas évolué au cours de cette période (20%). Notons toutefois qu'environ un tiers de cette importante augmentation s'explique par la diminution de la période de carence qui est passée d'un mois à deux semaines début 2018 puis supprimée en juillet 2019 (pour les incapacités de travail d'au moins 8 jours).

Figure 3 : Répartition des entrées en incapacité de travail (pour cause de troubles mentaux et du comportement, de troubles musculosquelettiques ou de burn-out) et des titulaires indemnisables selon les caractéristiques des assurés, en 2018 et en 2024



04 Conclusion

Cette étude révèle des évolutions significatives dans les profils des personnes entrant en incapacité de travail primaire entre 2018 et 2024. L'augmentation marquée des cas liés aux troubles psychosociaux, notamment le burn-out et la dépression, reflète l'influence croissante des facteurs psychiques sur le bien-être et la santé des individus et leur rapport au travail. En parallèle, si les troubles musculosquelettiques restent très présents, leur dynamique est plus contrastée, avec des tendances variables selon les pathologies.

Les écarts observés en fonction du sexe, de l'âge et du statut socioprofessionnel soulignent des vulnérabilités spécifiques : les femmes et les ouvriers, mais aussi les plus jeunes dans le cas des troubles mentaux, apparaissent comme des groupes particulièrement exposés. De plus, la part croissante des travailleurs indépendants parmi les nouvelles entrées en incapacité semble suggérer une fragilisation de cette population face aux contraintes professionnelles.

La transition entre incapacité de travail primaire et invalidité montre que certaines pathologies, en particulier les troubles psychosociaux et les cancers, ont un potentiel plus élevé d'aboutir à une incapacité de travail de longue durée, ce qui appelle à une vigilance accrue en matière de prévention, de dépistage et d'accompagnement.

Ces constats mettent en avant des évolutions sociétales et invitent à adapter les politiques de santé liées au travail. Il nous parait nécessaire d'adopter une approche personnalisée pour les groupes vulnérables. La prévention des troubles liés au travail doit être renforcée en impliquant tous les acteurs concernés. Une plus grande responsabilisation des employeurs, ainsi que des politiques adaptées pour les travailleurs en fin de carrière, nous paraissent également indispensables. Enfin, une meilleure compréhension des affections mentales chez les jeunes travailleurs et une clarification des données sur le burn-out sont essentielles pour permettre des interventions plus ciblées.

05 Recommandations

1. Nous préconisons l'élaboration et l'implémentation de recommandations médicales de qualité à destination des médecins, afin de leur fournir des repères clairs concernant la durée optimale des arrêts maladie — favorisant à la fois une récupération rapide et un retour au travail aussi précoce et complet que possible — pour les affections les plus courantes, en particulier les troubles psychosociaux et les troubles musculosquelettiques.
   Ces durées recommandées pourraient être établies à partir de données empiriques sur les absences généralement constatées, complétées par l'avis de médecins-experts. Les recommandations pourraient également inclure des informations sur les traitements, les pronostics de guérison et les délais de récupération attendus. Ces recommandations serviraient uniquement de soutien car il est évident que d'autres déterminants que le diagnostic peuvent influencer l'évolution d'une pathologie.

2. Il semble nécessaire sur base des chiffres repris dans notre étude et compte tenu des moyens limités alloués à l'accompagnement, d'adopter des approches différenciées en matière d'accompagnement en fonction de l'affection. En effet, certains groupes vulnérables semblent avoir besoin d'une attention et d'un accompagnement ad hoc spécifiques tandis que d'autres sont plus susceptibles de retourner au travail spontanément ou moyennant un accompagnement plus léger.

3. Développer davantage la prévention des troubles psychosociaux et musculosquelettiques au travail et au niveau plus général. Il s'agit en effet d'une responsabilité sociétale partagée. Les employeurs doivent être soutenus dans la mise en place d'une politique de bien-être. Les médecins du travail disposent des compétences nécessaires pour jouer un rôle important dans ce domaine. Par ailleurs, les entités fédérées compétentes pour la prévention doivent y consacrer plus de moyens.

4. Une responsabilisation plus forte et efficace des employeurs semble nécessaire. A ce titre, un contact obligatoire avec le médecin du travail par exemple au 3ème mois d'incapacité de travail pour certaines affections serait pertinent. Ceci pourrait aller de pair avec un système de responsabilisation à plus long terme des employeurs comme par exemple un système de bonus/malus qui tienne compte du taux de retour au travail (même à temps partiel) dans l'entreprise par rapport à la moyenne dans le secteur d'activité et l'arrondissement géographique de l'entreprise.

5. Développer des politiques d'aménagements de fin de carrière pour les groupes de travailleurs les plus à risques d'incapacité de travail.

6. Investiguer davantage les raisons de l'augmentation plus forte des affections mentales chez les travailleurs plus jeunes par rapport aux travailleurs plus âgés.

7. Étant donné l'augmentation importante du nombre de cas dans la catégorie « burn-out », il s'avère important de disposer de chiffres précis concernant cette affection spécifique car la codification utilisée actuellement ne permet pas de discriminer précisément cette affection aux côtés d'autres.

mutualités libres
Route de Lennik 788 A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, juin 2025
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Les Mutualités Libres regroupent :

part&namut Mutualité Libre
helan Mutualité libre
freie krankenkasse