

L'incapacité de travail en Belgique : un état des lieux critique

L'augmentation du nombre de personnes écartées du marché du travail pour raisons de santé a explosé ces dernières années en Belgique, amenant des perspectives inquiétantes pour la population comme pour les finances publiques. Cette contribution propose de mesurer l'ampleur et, surtout, d'explorer les causes de cette augmentation. Elle oppose également cette hausse aux réformes menées ces dernières années, qui semblent incapables de répondre à cet enjeu de société.

À l'instar de nombreux pays européens, la Belgique est confrontée depuis plusieurs années à l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail, tant en incapacité primaire qu'en invalidité. Les débats de plus en plus nombreux sur cette problématique concernent le plus souvent les conséquences financières de cette hausse mais réussissent rarement à articuler les différentes causes de cette augmentation dans un récit cohérent. Ce phénomène s'inscrit en effet dans un système d'interactions complexes avec le marché du travail, la structure démographique et la structure

institutionnelle de la Belgique fédérale, qu'il est impératif de démêler pour pouvoir élaborer des solutions durables.

Cette contribution propose une synthèse des différentes causes de **l'augmentation du taux d'incapacité de travail en Belgique** ainsi qu'une comparaison du cas belge avec d'autres pays de l'OCDE ayant connu récemment des tendances semblables. À la lumière de ces explications, nous proposons d'analyser les trajectoires actuellement suivies par le gouvernement fédéral belge pour endiguer cette augmentation.

Qu'est-ce que l'incapacité de travail ?

L'assurance maladie-invalidité mise en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale a permis d'assurer les travailleurs contre le risque d'une détérioration de leur santé, entraînant une réduction de leurs capacités physiques ou cognitives nécessaires pour exercer leur activité professionnelle. Aujourd'hui, les conditions d'octroi de cette assurance

appelée « assurance invalidité » sont fixés par l'article 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :

« Est reconnu **incapable de travailler** au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles

*fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une **réduction de sa capacité de gain**, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans*

les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle¹. »

Cette définition prévoit que la reconnaissance de l'incapacité de travail suppose au préalable une cessation totale des activités professionnelles et repose sur une notion juridique centrale qu'est la **capacité de gain**. Cette notion permet de distinguer l'incapacité de travail de l'état de santé ; pour une même pathologie, deux personnes exerçant des métiers différents ne seront pas traitées de façon identique au regard de la loi.

Cependant, des difficultés peuvent apparaître lorsque la capacité de gain est déterminée non plus par rapport au métier exercé (comme c'est le cas lors des six premiers mois d'incapacité de travail) mais à toute autre profession que l'intéressé e pourrait exercer compte tenu de sa formation et son expérience professionnelle.

Dès lors, l'incapacité de travail peut être refusée au motif que la personne peut exercer d'autres professions. Nombreux sont les cas où la capacité de gain n'est plus reconnue sur cette base, ce qui mène souvent la personne dont l'incapacité de travail n'est plus reconnue vers l'assurance chômage.

Bien que la jurisprudence ait tenté de distinguer le plus clairement l'assurance invalidité de l'assurance chômage², il est évident que la frontière entre ces deux régimes est parfois floue (en particulier pour des douleurs chroniques ou des troubles mentaux) en raison de la difficulté de mesurer l'atteinte de la pathologie à la capacité de gain. On peut également supposer que des différences existent entre les médecins et les juridictions du travail dans la stricte mise en application de cette définition³.

En pratique, **l'évaluation de l'incapacité de travail** est certifiée par plusieurs acteurs de la santé : le médecin traitant réalise l'évaluation sur la base de l'examen du patient et éventuellement du rapport d'autres spécialistes (kinésithérapeutes, psychologues, etc.) et transmet le certificat médical au médecin conseil de la mutualité. Après la première année d'incapacité, le médecin conseil transmet un rapport au Conseil médical de l'invalidité (CMI), qui peut décider de prolonger l'incapacité de travail (qui prend alors le nom d'invalidité), demander des éléments d'information supplémentaires ou convoquer le patient à un examen médical.

Enfin, une fois l'incapacité de travail reconnue, une ou des réévaluations auront lieu ensuite et seront réalisées par le médecin conseil. Des accompagnements existent pour que l'assuré retrouve sa capacité

1 Article 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

2 Voir notamment Hove K., *Étude pratique de certains éléments jouant un rôle dans l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés*, Service d'études juridiques de l'INAMI, https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/bi2015_1_etude_1_incacacite_travail.pdf (consulté le 08/08/2022)

3 Bien qu'aucune étude n'ait étayé cette hypothèse en Belgique, plusieurs études dans d'autres pays montrent que les taux de rejet diffèrent substantiellement entre les médecins et les juges en charge des dossiers. Voir par exemple pour la Norvège : Kostøl A., Mogstad M., Setzler B., "Disability Benefits, Consumption Insurance, and Household Labor Supply", in *American Economic Review*, 109(7), 2019, pp. 2613-54



Jean-Paul Laurens, *Les mineurs*, 1904 (Préfecture, St-Étienne)

de gain. Depuis la fin de l'année 2016, un trajet de réintégration plus systématique et dirigé par le médecin conseil a également été progressivement mis en place.

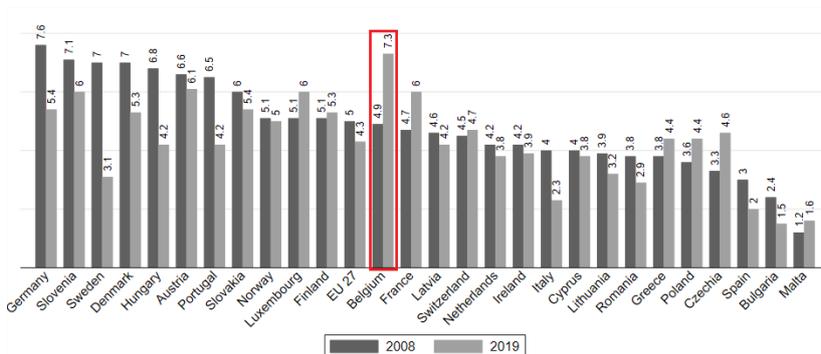
Évolution du taux d'invalidité et perspectives internationales

La Figure 1 illustre le résultat d'un questionnaire standardisé envoyé annuellement à un échantillon de la population de chaque pays européen. Les personnes y étaient interrogées pour déterminer si elles estimaient être « sévèrement limitées », « limitées » ou « non limitées » dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé étant apparu au moins six mois auparavant. Bien que l'on puisse s'attendre à ce que des facteurs culturels, ou liés à la réalisation de l'enquête, puissent influencer ces résultats, il est tout de même marquant d'observer qu'en 2019, la Belgique montrait un pourcentage de personnes ayant coché la case « sévèrement limité » largement au-dessus des autres

pays européens. Plus interpellant encore, ce pourcentage est passé de 4,9% à 7,3% en à peine 11 ans tandis que la majorité des pays européens voyaient ce taux baisser.

Cette tendance à la hausse, particulièrement marquée en Belgique, se traduit par une **augmentation du nombre de personnes en invalidité** plus forte que dans les autres pays européens. Ce constat nous

Figure 1 : Pourcentage de limitations sévères perçues dans les activités quotidiennes



Note : Cette figure montre la proportion de personnes de 16-64 ans ayant répondu être « sévèrement limitées » dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé de longue durée. Source : Eurostat.

amène à déterminer comment ce phénomène interagit avec le marché du travail, et notamment si une hausse du nombre de personnes en invalidité peut provoquer une baisse du taux d'emploi⁴.

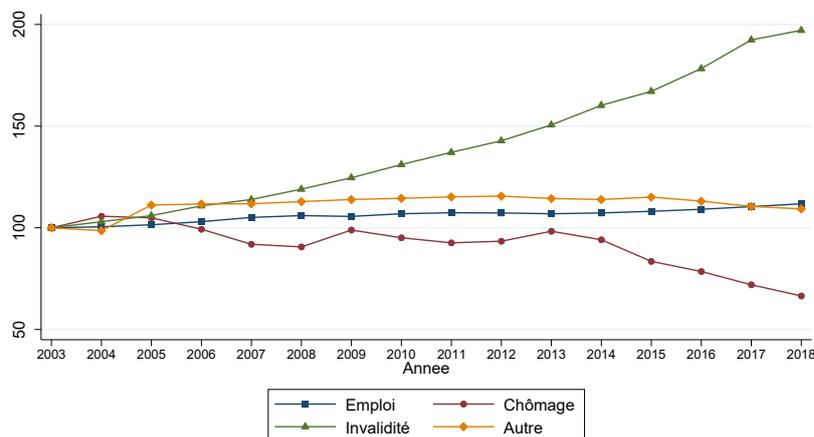
L'analyse de l'évolution du taux d'invalidité au regard de l'évolution du taux d'emploi, du taux de chômage et du taux d'inactivité⁵ permet d'apporter une première piste. La Figure 2 montre l'évolution de la proportion de la population des 20-64 ans dans ces différents statuts au 31 décembre de chaque année, par rapport à l'année 2003. Elle indique que la part de personnes invalides dans la population a doublé entre 2003 et 2018 (passant de 3,2% à 5,7%). Dans le même temps, les pourcentages de la population en emploi et en inactivité sont restés plus ou moins constants, passant de 62,2% à 62,7%⁶ pour le premier et de 27,9% à 27,5% pour le second. En revanche, le pourcentage de la population au chômage a fortement diminué

sur la même période, en particulier depuis 2013, passant de 6,7% à 4%.

Ces premières statistiques permettent de relativiser quelque peu les inquiétudes – en termes de finances publiques notamment – liées à

cette augmentation récente : bien que le taux d'invalidité ait fortement augmenté, le taux d'emploi est en très légère hausse dans le même temps tandis que le taux de chômage a fortement diminué. Il est cependant raisonnable de penser que **l'augmentation du**

Figure 2 : Évolution du ratio de la population 20-64 ans en emploi, chômage, invalidité et autre (base 100 = 2003)



Note : Cette figure montre l'évolution de la proportion de la population résidant en Belgique âgée entre 20 et 64 ans dans les statuts suivants : (1) en emploi, (2) au chômage, (3) en invalidité et (4) dans un autre statut. Notons que les catégories ci-dessus sont mutuellement exclusives. Nous classifions un individu en emploi seulement si celui-ci n'est pas en même temps en invalidité. Source : BCSS Datawarehouse.

4 Le taux d'emploi est calculé en divisant le nombre de personnes qui ont un emploi d'une tranche d'âge par la population totale de la même classe d'âge au 31 décembre de l'année considérée.

5 C'est-à-dire ici du taux de personnes qui ne sont pas dans une des trois autres catégories (emploi, chômage, invalidité).

6 Notons que la différence de ces pourcentages avec les pourcentages officiels (64,5% en 2003 et 69,7% en 2018) est due à une autre définition du taux d'emploi. Officiellement, le taux d'emploi est construit en comptabilisant comme « en emploi » toute personne ayant travaillé effectivement au minimum une heure sur l'année de référence.

taux d'emploi a été ralentie par l'augmentation du taux d'invalidité.

Il est également intéressant de mettre en évidence les mécanismes qui expliquent la corrélation entre ces tendances. Ainsi, la baisse du taux de chômage est-elle due à des flux d'entrées directs vers l'invalidité ou bien les trajectoires sont-elles plus complexes (comme un parcours chômage – emploi – invalidité) ? Les premiers résultats d'une étude menée actuellement par le DULBEA⁷ montrent qu'environ **20% des entrées en invalidité sont observées depuis le chômage**, un pourcentage conséquent étant donné que le nombre de chômeurs est 15 fois moins élevé que le nombre de personnes en emploi. Notons cependant que ce taux élevé peut être expliqué en partie par le fait que des personnes en attente d'allocations d'incapacité ou d'invalidité sont indemnisées provisoirement par l'assurance chômage.

L'augmentation du taux d'invalidité varie beaucoup

selon les types de pathologies et selon les catégories socio-économiques. Les diagnostics les plus courants et surtout ayant causé la grande majorité de l'augmentation observée ces dernières années sont les catégories des « troubles mentaux » (dépressions, *burn-out*, troubles de la personnalité, etc.) et des « troubles du système locomoteur »⁸ (douleurs chroniques, tendinites, hernies, fibromyalgies, etc.). Ces diagnostics représentaient à eux-seuls 67% du total des personnes invalides en 2017. Parmi les catégories socio-économiques les plus touchées, l'on retrouve les femmes, les ménages isolés, les travailleuses âgées entre 45 et 64 ans, les travailleuses à bas salaires, les personnes résidant dans des régions touchées par des taux de chômage élevés ainsi que les travailleuses de certains secteurs d'activité tels que le secteur de la santé, de la manufacture, du nettoyage et de la grande distribution chez les femmes et les secteurs de la construction, de la

manufacture et du transport chez les hommes.

Cette brève énumération des caractéristiques les plus susceptibles d'influencer la probabilité de se retrouver en invalidité nous permet de dresser deux constats généraux. Premièrement, **l'invalidité touche principalement les personnes les plus exposées aux aléas des conditions économiques et de l'évolution du marché du travail**. En ce sens, l'augmentation des *burn-outs* chez les travailleuses hautement qualifiées dans les entreprises les plus performantes ne constitue en réalité qu'une petite partie du problème. Deuxièmement, les **politiques publiques jouent un rôle prédominant dans l'évolution du taux d'invalidité**. En particulier, la détérioration des conditions de travail dans certains secteurs – en particulier le secteur de la santé – et la faible efficacité des mesures de prévention des risques psycho-sociaux au travail sont un volet important du problème, les entreprises étant actuellement très peu

7 Département d'économie appliquée de l'ULB.

8 Également appelés « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ».

responsabilisées financièrement face à la dégradation de la santé de leurs employé·es.

Les **politiques d'emploi** représentent un autre volet important qui pourrait expliquer la hausse récente du taux d'invalidité. En effet, comme les autres pays européens, la Belgique s'est donnée depuis la fin des années 90 des objectifs ambitieux en matière de taux d'emploi⁹. Pour les atteindre, de nombreuses réformes du marché du travail ont été mises en place. Celles-ci peuvent être résumées de façon suivante :

- la mise en place de nombreuses politiques d'activation, le changement des règles d'éligibilité et du calcul du montant des allocations de chômage ainsi que leur conditionnement ou celles du CPAS à une recherche active d'emploi ou un projet d'insertion sur le marché du travail ;
- la limitation progressive de l'accès aux régimes de

- prépension et de retraite anticipée ;
- le financement massif de secteurs d'emploi peu qualifiés, en particulier le secteur du nettoyage à domicile (titres-services).

Ces politiques ont eu pour effet de (re)mettre sur le marché du travail un grand nombre de personnes situées « à la marge » de l'emploi, c'est-à-dire qui cumulent un certain nombre de difficultés à trouver et à garder un emploi stable. Pour mieux comprendre l'influence de ces réformes sur le taux d'invalidité, plusieurs études ont été menées au DULBEA en partenariat avec l'INAMI¹⁰.

Premièrement, De Brouwer, Leduc & Tojerow (2022)¹¹ montrent que la mise en place du contrôle de la recherche d'emploi des personnes au chômage en 2004 a eu pour conséquence une **augmentation de la probabilité de tomber en invalidité pour les chômeur·euses de longue durée**. Les auteurs montrent

que l'augmentation des dépenses d'incapacité de travail due à la mise en place du dispositif s'élève à environ 5% du montant total des dépenses d'invalidité sur la période analysée (2007-2011), ce qui est conséquent pour une seule réforme, vu le grand nombre d'autres réformes ayant elles aussi compliqué l'accès aux allocations de chômage.

Deuxièmement, De Brouwer & Tojerow (2022)¹² montrent que l'augmentation de l'âge d'accès à la prépension de 58 à 60 ans en 2008 a eu des effets très différents selon certaines catégories de travailleur·euses. Les effets positifs sur l'emploi sont concentrés chez les hommes au-dessus du salaire médian. En revanche, aucun effet positif sur l'emploi n'est observé chez les femmes (quel que soit le salaire) ou les hommes en dessous du salaire médian, les premières entrant plus souvent au chômage et les

9 En 2020, l'accord du gouvernement De Croo prévoyait d'atteindre un taux d'emploi de 80% à l'horizon 2030.

10 Institut national d'assurance maladie-invalidité.

11 De Brouwer O., Leduc E., Tojerow I., "The Unexpected Consequences of Job Search Monitoring : Disability Instead of Employment ?", in *IZA Working Paper*, 2022

12 De Brouwer O. et Tojerow I., "Old-Age Unemployment and Labor Supply : An Application to Belgium", in *IZA Working Paper*, 2022

seconds en invalidité. Enfin, Leduc & Tojerow (2020)¹³ montrent qu'au niveau individuel, **travailler dans le secteur des titres services a pour effet d'augmenter la probabilité d'être en incapacité de 200%**, un an après l'entrée dans ce secteur.

Des études supplémentaires doivent encore être menées pour identifier précisément les causes de **l'augmentation du taux d'invalidité ces vingt dernières années**. Ces trois études suggèrent toutefois qu'il représente le coût des politiques de ces quinze dernières années visant à augmenter le taux d'emploi de travailleur·euses se situant à la



Série *Le travail et le repos*, 1932 (Hôtel de Ville, Firminy)

marge de l'emploi. Il convient de se demander si des réformes mieux construites auraient pu atteindre le résultat escompté (une augmentation

du taux d'emploi) en limitant les conséquences financières pour l'assurance invalidité.

Les facteurs de l'augmentation de l'incapacité de travail

Comment organiser la réflexion sur les causes des fluctuations du taux d'invalidité dans un schéma cohérent ? Pour répondre à cette question, nous pouvons distinguer **trois catégories de facteurs explicatifs** : (1) la santé de la population assurée¹⁴, (2) les

facteurs socio-économiques et (3) les aspects institutionnels de l'assurance invalidité.

La *première catégorie* englobe une grande variété de facteurs explicatifs, qui se traduisent par une augmentation de la **proportion d'affections**

invalidantes parmi la population assurée. Il est important de bien saisir que l'état de santé agrégé peut varier au cours d'une période donnée soit en raison des flux d'entrées et de sorties des individus du marché du travail, soit en raison de fluctuations

13 Leduc E. et Tojerow I., "Subsidizing Domestic Services as a Tool to Fight Unemployment: Effectiveness and Hidden Costs", in *IZA Working Paper*, 2020

14 Dans le vocabulaire de l'INAMI, on parle de « titulaires indemnissables ».

de l'état de santé de celles et ceux qui se trouvent sur le marché du travail au cours de cette période.

En effet, dans le premier cas, la participation accrue sur le marché du travail d'individus ayant des problèmes de santé pré-existants (en raison notamment de l'augmentation de l'âge du départ à la retraite ou du financement public d'emplois peu qualifiés) peut accroître la prévalence de pathologies parmi la population active sur le marché du travail sans pour autant qu'une détérioration de la santé de la population totale du pays ne soit observée. Dans le deuxième cas, le vieillissement de la population ou l'augmentation de la charge physique et mentale pesant sur certaines travailleuses (en particulier dans certains secteurs comme les soins hospitaliers) ont un effet direct sur la santé des individus sur le marché du travail et ainsi sur le nombre de personnes en incapacité de travail.

La deuxième catégorie englobe tous les facteurs non médicaux qui entrent en compte dans le processus d'obtention d'allocations d'incapacité, parmi lesquels nous pouvons distinguer les **facteurs financiers** et les **facteurs non-financiers**. Le premier type de facteurs est typiquement lié au montant des allocations d'incapacité par rapport aux revenus du travail ou aux revenus d'autres branches de la sécurité sociale. Ainsi, de faibles écarts entre le salaire et les allocations d'incapacité ou des écarts importants entre les allocations de chômage et d'incapacité constituent des incitants financiers non négligeables dans tout système d'assurance sociale. Cet aspect financier des déterminants de l'incapacité de travail n'est pas uniquement concentré du côté des travailleuses. Les entreprises réagissent elles aussi à des changements d'incitants financiers. Ainsi, plusieurs

études récentes ont observé qu'une responsabilisation financière accrue des entreprises dans le paiement des indemnités d'incapacité de travail avait des effets significativement négatifs sur le taux d'entrées en incapacité des travailleuses¹⁵.

Le second type de facteurs est principalement lié à l'environnement social dans lequel évoluent les individus, incluant la perception (positive ou négative) de l'assurance indemnités parmi la population, mais aussi la perception qu'ont les individus de leur propre capacité de gain restante pour une pathologie donnée¹⁶. En effet, la sociologie du travail a depuis longtemps mis en évidence que l'expérience personnelle de la maladie est un phénomène socialement déterminé, souvent influencé par l'environnement du travail (le seuil de tolérance de la douleur étant plus élevé dans certains secteurs d'activité) ou plus

15 Voir notamment Prinz D. et Ravesteijn B., "Employer Responsibility in Disability Insurance : Evidence from the Netherlands", in mimeo, 2020 ; Hawkins A. et Simola S., "Paying for Disability Insurance ? Firm Cost Sharing and its Employment Consequences", in *IZA Working Paper*, 2020

16 Ce dernier facteur suppose une distinction nette entre les capacités objectives ou « réelles » des individus et les capacités subjectives ou « perçues » par ces mêmes individus. Les auteurs reconnaissent que cette distinction est plus méthodologique qu'effective car les concepts de « santé » et de « capacité de gain » sont eux-mêmes socialement construits et constamment redéfinis selon les lieux et les époques. Elle est cependant nécessaire dans le cadre de la description du phénomène de l'invalidité adoptée ici.

largement l'environnement socio-culturel. Plusieurs études ont notamment permis d'observer que la propension d'un individu à entrer en incapacité de travail est influencée par le nombre de proches (collègues, voisins, amis ou famille) qui se trouvent eux-mêmes en incapacité. Ces effets de « réseau » peuvent devenir non-négligeables au-delà d'un certain seuil et contribuer à la forte concentration des taux d'incapacité dans certaines zones géographiques ou certains groupes sociaux¹⁷.

La troisième catégorie d'explications englobe la construction institutionnelle de l'**assurance indemnités**. Dans cette catégorie, les paramètres les plus importants sont la conception du processus d'évaluation de l'incapacité de travail (ou « screening » en anglais) et le développement de politiques de réinsertion. Le processus de screening recouvre « l'intensité » de l'évaluation

(par exemple l'évaluation sur dossier ou sur examen personnel), la définition du seuil de réduction de la capacité de gain conditionnant l'octroi d'allocations ou encore son coût administratif pour l'individu (notamment sa durée et le nombre de démarches administratives ou judiciaires nécessaires à l'obtention des allocations). Notons à ce propos que si les critères de définition de l'incapacité de travail n'ont pas changé depuis ces vingt dernières

années, il est vraisemblable que la reconnaissance de différentes pathologies par les médecins ait changé au cours de cette période, ce qui pourrait expliquer une partie de la hausse du nombre de bénéficiaires¹⁸. On observe notamment un accroissement de la prise en compte de la douleur et de la santé mentale dans les diagnostics en Belgique depuis le début des années 2000, sous l'impulsion du modèle biopsychosocial dans le domaine clinique.



Auguste Berthon, *Fond de scène*, 1908 (Bourse du travail, St-Étienne)

17 Voir notamment Markussen S. et Røed K., "Social Insurance Networks", in *Journal of Human Resources*, 50(4), 2015, pp. 1081-1113

18 Bien que cette hypothèse n'ait pas été étayée en Belgique, des études aux États-Unis montrent que la prise en compte de la douleur dans le processus d'admissions aux allocations d'invalidité a considérablement participé à l'augmentation du taux d'invalidité du pays. Voir Autor D. et Duggan M. G., "The Growth in the Social Security Disability Rolls : a Fiscal Crisis Unfolding", in *Journal of Economic perspectives*, 20(3), 2006, pp. 71-96

Enfin, la mise en place de programmes de réinsertion englobe l'ensemble des programmes proposés – ou

imposés – aux bénéficiaires d'allocations d'incapacité et à leur employeur tels que les programmes d'aménagement

du lieu de travail ainsi que les possibilités de travail à temps partiel.

Une ampleur et des interactions difficilement mesurables

S'il semble évident que chacun de ces facteurs joue un rôle dans les fluctuations du taux d'invalidité, il est **plus difficile d'évaluer l'ampleur** de ceux-ci (ainsi que les interactions entre eux) sur l'évolution globale du taux d'invalidité. Les éléments de réponses apportées ici à ce propos proviennent essentiellement d'études portant sur d'autres pays ayant eux-mêmes connu de fortes fluctuations du taux d'invalidité depuis la mise en place de leur système d'assurance sociale.

Trois éléments peuvent être remarqués parmi ces études :

- Si d'aucuns estiment que **l'augmentation des taux d'incapacité de travail** dans de nombreux pays

provient d'une dégradation de la santé de leur population, plusieurs études ont en partie démenti cette hypothèse. De nombreux pays (Australie, Belgique, Norvège, Royaume-Uni, Suède, États-Unis) ont enregistré sur la même période une forte augmentation du taux d'invalidité et une amélioration de la plupart des indicateurs de santé physique et mentale. C'est notamment le cas pour la Belgique, qui a enregistré une **légère diminution du pourcentage de problèmes de santé de longue durée** entre 2005 et 2020 (de 25,07% à 24,8%¹⁹) alors que le **pourcentage d'incapacité**

de travail explosait sur la même période. De plus, le vieillissement de la population dans les économies développées ne peut expliquer qu'une part limitée de l'augmentation des taux d'invalidité dans ces pays²⁰, les taux d'invalidité ayant augmenté dans toutes les catégories d'âges. Aux États-Unis et au Royaume Uni, les études tendent à montrer que l'augmentation du taux d'invalidité découle plutôt d'une baisse du taux de participation de la population en mauvaise santé sur le marché du travail. Ce phénomène demanderait cependant à être éclairci pour la Belgique, étant donné que

19 Source : <https://indicators.be> (consulté le 08/08/2022)

20 Voir OCDE, "Sickness, Disability and Work : Breaking the Barriers : A Synthesis of Findings across OECD Countries", in *OECD Publishing*, 2010. En Belgique, Saks (2017) a estimé l'impact du changement de la structure des âges sur l'évolution du taux d'invalidité entre 1993 et 2016. Ses résultats indiquent que 48% de l'augmentation du taux d'invalidité peut être imputé au vieillissement de la population chez les hommes, contre 6% seulement chez les femmes. Voir : Saks Y., « Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité », in *Revue économique de la BNB*, 2017

le taux de participation de populations à la marge de l'emploi a plutôt augmenté au cours des années 2000-2020, notamment en raison des réformes de la sécurité sociale décrites plus haut.

- **L'organisation du système institutionnel** (notamment le montant des allocations de chômage et d'incapacité, l'évaluation de l'incapacité, les coûts de licenciement ou encore la durée du paiement des allocations d'incapacité par l'employeur) de chaque pays est un déterminant majeur des différentiels internationaux de taux d'invalidité. Premièrement, un grand nombre d'études ont montré que le **nombre de bénéficiaires d'allocations d'incapacité de travail réagissait à certains incitants financiers**. Ces études montrent que, toutes choses égales par ailleurs, des allocations d'incapacité plus élevées, un examen médical moins approfondi ou une faible participation de l'employeur dans le paiement des allocations

d'incapacité de travail augmentent le taux d'invalidité d'une économie donnée. Deuxièmement, d'autres études ont clairement identifié des effets d'**interactions entre l'assurance incapacité de travail et les autres branches de la sécurité sociale**. Celles-ci montrent qu'une restriction de l'accès au chômage et à la retraite anticipée participent également à l'augmentation du taux d'incapacité de travail. En ce sens, les allocations d'incapacité agissent comme un filet de sécurité, lorsque les autres branches d'assurance sociale sont moins généreuses ou plus difficiles d'accès, pour des personnes ayant le plus souvent de faibles perspectives d'emploi et des problèmes de santé préexistants.

- Le système institutionnel des pays détermine également comment le **taux d'incapacité est affecté par des chocs économiques** qui affectent leur marché du travail. Par exemple, aux

Pays Bas, il est avéré que le taux d'incapacité très élevé dans les années 90 était principalement dû à la conjonction d'une baisse de la demande d'emploi dans le secteur manufacturier, de coûts de licenciement élevés et d'un processus d'évaluation de l'incapacité de travail allégé. Des explications similaires sont avancées pour l'Autriche et la plupart des pays scandinaves, ayant eux aussi connu des taux d'invalidité importants au cours des années 1990 et 2000. Aux États-Unis, des études ont montré que la dégradation de l'activité industrielle dans de nombreux districts au cours des deux dernières décennies (en raison notamment de l'automatisation des tâches et la concurrence chinoise) est un facteur important de l'augmentation du taux d'incapacité dans ceux-ci²¹.

Deux remarques importantes s'imposent à propos de ces résultats.

21 Autor D., Dorn D., Hanson G. H., "The China Syndrome : Local Labor Market Effects of Import Competition in the United States", in *American Economic Review*, 103(6), 2013, pp. 2121-68

Premièrement, même si les incitants financiers sont un facteur déterminant de l'entrée ou de la durée de l'invalidité, cela ne veut pas nécessairement dire que **des personnes en bonne santé « abuseraient » d'un système d'allocations trop généreux**. Les études économiques s'accordent plutôt sur le fait qu'il existe une « zone grise » entre le chômage et l'incapacité dans le sens qu'il est souvent très difficile pour les médecins – comme pour les individus eux-mêmes – de démêler les facteurs médicaux des facteurs non médicaux pour expliquer le non-emploi. En ce sens, les incitants financiers jouent plutôt un rôle « déclencheur » pour des personnes déjà en mauvaise santé.

Deuxièmement, en admettant qu'une partie de la population recevant des allocations d'invalidité serait en réalité « capable » médicalement de travailler, il est **compréhensible que les personnes sans emploi se dirigent vers cette branche de la sécurité sociale** si les différentiels de compensations financières avec les autres branches de sécurité sociale

sont importants ou si les travailleurs·euses en incapacité craignent une rechute ou un licenciement peu après leur retour au travail. Le débat portant sur la part de « fausses admissions » (c'est-à-dire d'admissions pour des personnes médicalement aptes à travailler) comparé aux « fausses exclusions » (c'est-à-dire de rejets de l'assurance des personnes médicalement inaptes à travailler) est difficile à trancher et probablement différent selon les pays. Pour les États-Unis, les estimations les plus récentes menées par Low & Pistaferri (2019)²² avancent un pourcentage de « fausses exclusions » de 54%,

près de deux fois supérieur à celui des « fausses admissions », s'élevant à 28%.

Il est enfin intéressant de se pencher sur certaines **réformes institutionnelles ayant réussi à endiguer le taux d'incapacité sans provoquer de catastrophe sociale**. L'exemple le plus connu de réformes fructueuses est celui des Pays Bas, qui à la fin des années 1990 et au début des années 2000 mit en place une responsabilisation financière des employeurs, désormais obligés de payer les indemnités de la première (et dans certains cas des deux premières) année(s)



Série *Le travail et le repos*, 1932 (Hôtel de Ville, Firminy)

22 Low H. et Pistaferri L., "Disability Insurance: Error Rates and Gender Differences", in *National Bureau of Economic Research Working Paper* (No. w26513), 2019

d'incapacité de leurs salariées. De plus un système de contrôle et de réinsertion (appelé « Gatekeeper Protocol »), reposant sur une collaboration renforcée de l'employeur avec

le-la travailleur·euse pour la mise en place d'un environnement de travail adapté au problème de santé fut imposé lors de la première année d'incapacité de travail. Une

étude récente montre que la mise en place de ce système diminua de 40% le taux de demandes d'allocations d'invalidité dès la première année suivant sa mise en place²³.

Quelles sont les politiques publiques à mener ?

Dans cette contribution, nous avons tenté de mettre en évidence quelques éléments saillants permettant de décrire le fonctionnement de l'assurance incapacité en Belgique et, en même temps, d'expliquer la hausse du nombre de personnes en incapacité de travail ces vingt dernières années. En nous basant sur la littérature économique récente, nous avons également proposé un cadre de réflexion pour analyser les déterminants du taux d'invalidité dans un schéma cohérent.

Ces résultats s'inscrivent dans un **contexte de politiques publiques devenues récemment volontaristes**, pour des décideurs politiques inquiets

du coût croissant de l'invalidité pour les finances publiques et de la difficulté d'atteindre leurs objectifs en termes de taux d'emploi. Pendant longtemps, l'assurance indemnités se différenciait de l'assurance chômage et de l'aide sociale par le caractère volontaire de la participation à un programme de réadaptation professionnelle ou de la reprise du travail, sans influence sur le versement d'allocations²⁴.

L'année 2006 a cependant vu un changement de paradigme important sous le gouvernement Verhofstadt II, en particulier en raison de **l'évolution du rôle du médecin-conseil**^{25,26}. Ce dernier est à présent chargé de préparer

le processus de réadaptation professionnelle de l'assuré et plus seulement d'évaluer le degré de son incapacité de travail qui, in fine, lui permettra d'ouvrir le droit à des indemnités. En 2010, un accord est conclu entre l'INAMI, les mutuelles et les organismes régionaux et communautaires en charge de l'insertion et de la formation professionnelles afin d'organiser la prise en charge professionnelle des assurés qui reçoivent une allocation d'invalidité²⁷.

Les réformes se sont succédé depuis 2010 sous les gouvernements Di Rupo I^{er} et Michel I^{er}. En particulier, diverses mesures ont été prises fin 2016 et début 2017 afin

23 Godard M., Koning P., Lindeboom M., "Targeting Disability Insurance Applications with Screening", in *IZA Working Paper*, 2019

24 De Greef V., « Les formes variées et évolutives de l'activation en Belgique », in *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, (1), 2018, pp. 6-17

25 De Greef V. et Deroubaix H., « La réforme des travailleurs en incapacité de travail sous le gouvernement Michel I^{er} : fiat lux [que la lumière soit] ? », in *Revue belge de sécurité sociale*, (3), 2018, pp. 357-407

26 L'entrée en vigueur de cette réforme n'aura cependant lieu qu'en 2009 sous le gouvernement Van Rompuy.

27 Les conventions avec les services régionaux de l'emploi ont été signées pour la Flandre en 2012, pour la Wallonie en 2013 et pour Bruxelles en 2014.

de clarifier le rôle du médecin-conseil mais aussi de préciser les règles de licenciement des travailleuses pour force majeure médicale. Le nombre de ces ruptures de contrat, déjà élevé, pourrait encore augmenter²⁸ suite à la réforme. En parallèle, une volonté politique – qui n'a pas abouti – de prévoir des sanctions en cas de non-suivi d'un plan de réintégration a été clairement énoncée.

D'autres initiatives – menées notamment par l'INAMI en Belgique – sont également mises en place avec comme objectif annoncé la **réinsertion professionnelle dans le respect de la volonté des personnes** en incapacité de travail. Parmi celles-ci, citons l'expérimentation en cours²⁹ du programme « IPS » et la mise en place de formation en « disability management ». Le modèle « Individual Placement and Support » (IPS) semble avoir montré des résultats probants, tant en Belgique qu'à l'étranger, quant à la réinsertion des personnes souffrant de troubles

psychiques. Il propose d'inverser le processus habituel d'une formation suivie de la remise à l'emploi en poussant les personnes à retourner au travail le plus rapidement possible et en leur offrant un accompagnement individualisé ensuite. Le projet-pilote en cours devrait en mesurer le succès en Belgique et, si c'est le cas, déterminer si les résultats s'inscrivent dans le temps.

Une deuxième initiative est la création de **formation en disability management** (ou « gestion de l'incapacité ») à destination des professionnels qui travaillent dans le secteur du maintien au travail ou de la réinsertion. Son objectif est de maintenir les personnes au travail ou de favoriser le retour au travail des personnes en incapacité de travail en se focalisant sur les besoins individuels de la personne et des conditions de travail. Si ces deux mesures visent explicitement à aider les personnes en incapacité de travail, leurs résultats doivent être évalués non seulement en termes

de succès de retour ou de maintien au travail mais également quant au bien-être des travailleuses.

Les réformes menées ou envisagées ces dernières années sont donc de deux ordres. Les premières visent à **contenir l'augmentation des dépenses de l'assurance indemnités** en utilisant tous les moyens disponibles – y compris, à terme, les sanctions financières – pour inciter les personnes à retourner au travail. Les secondes tentent de déterminer quelles sont les meilleures politiques publiques (formation des personnes en incapacité de travail, prise en charge dans l'entreprise, etc.) pour assurer une **réinsertion professionnelle bénéfique pour les malades de longue durée**. Il faut toutefois constater que ces dispositifs se traduisent pour l'instant par des résultats mitigés, en particulier en Belgique.

Cette contribution a pourtant montré que d'autres causes à cette augmentation

28 Après un premier trimestre d'application de la réforme en 2017, la Fédération générale du travail de Belgique (FGTB) déclarait que 72 % des décisions des médecins du travail concluaient que les travailleuses sont inaptes à reprendre le travail, ce qui a pour conséquence d'ouvrir la voie à une potentielle rupture du contrat pour force majeure médicale (De Greef, 2018).

29 Fontenay S. et Tojerow I., "How Does Job Coaching Help Disability Insurance Recipients Work While on Claim?", in *IZA Working Paper*, 2022

de l'incapacité de travail existant, en particulier liées à la structure du monde du travail (augmentation du nombre de travailleur·euses « à la marge » de l'emploi, détérioration des conditions de travail dans certains secteurs) et à la non-responsabilisation des employeurs. Les décideurs politiques semblent

cependant rechigner à mettre en place des réformes qui pourraient répondre à ces considérations, peut-être en raison de l'ampleur du travail à mener pour transformer le monde du travail ou du biais idéologique bien documenté³⁰ qui veut que l'assuré social soit « responsabilisé ». Vu la hausse ininterrompue de

l'incapacité de travail, il serait pourtant grand temps de s'attaquer aux causes profondes de ce phénomène, plutôt que de mobiliser autant d'énergie à tenter d'en traiter les symptômes.

Octave DE BROUWER
et Maxime FONTAINE³¹
Septembre 2022

30 Voir par exemple Pierru F., « La santé au régime néolibéral », in *Savoir/Agir*, (5), 2008, pp. 13-24

31 Les auteurs, chercheurs de la Solvay Brussels School of Economics and Management (ULB) et membres du DULBEA, déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts financiers ou de relations personnelles connus qui auraient pu influencer le travail rapporté dans cette analyse et qu'ils écrivent à titre personnel. Ils remercient également pour leur relecture aussi utile qu'attentive Vanessa De Greef, Sébastien Fontenay, Thomas Murphy et François Perl.

Sources et ressources

Art. 100, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités (*Moniteur belge*, 27 août 1994)

AUTOR D. et DUGGAN M. G., "The Growth in the Social Security Disability Rolls : a Fiscal Crisis Unfolding", in *Journal of Economic perspectives*, 20(3), 2006, pp. 71-96

AUTOR D., DORN D., HANSON G. H., "The China Syndrome : Local Labor Market Effects of Import Competition in the United States", in *American Economic Review*, 103(6), 2013, pp. 2121-68

DE BROUWER O. et TOJEROW I., "Old-Age Unemployment and Labor Supply : An Application to Belgium", in *Working Paper*, 2022

DE BROUWER O., LEDUC E., Tojerow I., "The Unexpected Consequences of Job Search Monitoring : Disability Instead of Employment ?", in *IZA Working Paper*, 2022

DE GREEF V. et DEROUBAIX H., « La réforme des travailleurs en incapacité de travail sous le gouvernement Michel Ier : fiat lux [que la lumière soit]? », in *Revue belge de sécurité sociale*, (3), 2018, pp. 357-407

DE GREEF V., « Les formes variées et évolutives de l'activation en Belgique », in *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, (1), 2018, pp. 6-17

FONTENAY S. et TOJEROW I., "How Does Job Coaching Help Disability Insurance Recipients Work While on Claim ?", in *IZA Working Paper*, 2022

GODARD M., KONING P., Lindeboom M., "Targeting Disability Insurance Applications with Screening", in *IZA Working Paper*, 2019

HAWKINS A. et SIMOLA S., "Paying for Disability Insurance ? Firm Cost Sharing and its Employment Consequences", in *IZA Working Paper*, 2020

HOVE K., « [Étude pratique de certains éléments jouant un rôle dans l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés](#) », in *Service d'études juridiques de l'INAMI*, (consulté le 08/08/2022)

KOSTØL A., MOGSTAD M., SETZLER B., "Disability Benefits, Consumption Insurance, and Household Labor Supply", in *American Economic Review*, 109(7), 2019, pp. 2613-54

LEDUC E. et TOJEROW I., « Subsidizing Domestic Services as a Tool to Fight Unemployment: Effectiveness and Hidden Costs », in *IZA Working Paper*, 2020

LOW H. et PISTAFERRI L., "Disability Insurance: Error Rates and Gender Differences", in *National Bureau of Economic Research Working Paper* (No. w26513), 2019

MARKUSSEN S. et RØED K., "Social Insurance Networks", in *Journal of Human Resources*, 50(4), 2015, pp. 1081-1113

OCDE, "Sickness, Disability and Work : Breaking the Barriers : A Synthesis of Findings across OECD Countries", in *OECD Publishing*, 2010

PIERRU F., « La santé au régime néolibéral », in *Savoir/Agir*, (5), 2008, pp. 13-24

PRINZ D. et RAVESTEIJN B., "Employer Responsibility in Disability Insurance : Evidence from the Netherlands", in *mimeo*, 2020

SAKS Y., « Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité », in *Revue économique de la BNB*, 2017