



# Incapacité de travail de longue durée et invalidité dues à des troubles psychosociaux

## Profil socio-démographique, médical et de consommation de soins

Avril 2024

Une étude commanditée par les organismes assureurs au travers de l'Agence InterMutualiste (AIM) et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)



## Colophon

- Sujet :** Cette étude porte sur une collaboration entre l'AIM et l'INAMI, qui croisent pour la première fois leurs données concernant l'incapacité de travail et les soins de santé. En unissant leurs forces, les deux institutions espèrent permettre une meilleure compréhension du profil des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial.
- Date de publication :** Avril 2024
- Rédaction [et traduction] :** Erik Roelants [Jérôme Paque]
- Commanditaires :** Agence InterMutualiste (AIM) et Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)
- Auteurs :** Luk Bruyneel, Xavier Rygaert, Jarmila Oslejova, Hervé Avalosse, Valérie Fabri, Clara Noirhomme, Didier Willaert, Jérôme Vrancken, Annelies Meeus, Agnès Leclercq, Güngör Karakaya, Théo Brunois, Tonio Di Zinno
- Coordonnées :** ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles  
Tél. 02 891 72 11 • [ima-aim@intermut.be](mailto:ima-aim@intermut.be) • [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be)  
BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

*Ce document est disponible en téléchargement sur le site web [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be) et [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be).*

*La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.*

# Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>1</b>
1.1. 'Incapacité de travail primaire' et 'invalidité' : notions .....	2
1.2. Troubles psychosociaux comme causes principales de l'augmentation de l'incapacité de travail primaire et de l'invalidité .....	2
1.3. Causes de l'incapacité de travail due à des troubles psychosociaux .....	5
1.4. Profil et état de santé des personnes en incapacité de travail primaire.....	6
1.5. Preuves relatives aux prédicteurs d'incapacité de travail de longue durée ou de reprise du travail .....	9
<b>2. Objectif</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>14</b>
3.1. Concept de l'étude .....	14
3.2. Population d'étude .....	15
3.3. Données .....	17
3.4. Analyse des données.....	22
3.5. Limitations de l'étude .....	26
<b>4. Résultats</b> .....	<b>28</b>
4.1. Description de la population d'étude.....	28
4.2. Profil socio-démographique et médical de la population d'étude.....	32
4.3. Profil de consommation de soins de la population d'étude .....	36
4.4. Indicateurs socio-démographiques, médicaux et de consommation de soins comme prédicteurs de l'entrée en invalidité .....	44
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>57</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>62</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>65</b>



# 1. Introduction

Dans cette introduction, nous définissons quelques notions clés et tentons de décrire l'immense défi que pose le nombre de personnes en incapacité de travail primaire et en invalidité. Nous nous penchons ensuite sur les troubles psychosociaux, affections les plus fréquentes à l'origine de l'incapacité de travail et de l'invalidité. Nous décrivons les principaux facteurs de risque connus du développement des troubles psychosociaux. Nous résumons par la suite les connaissances disponibles sur le profil et le consommation de soins des personnes en incapacité de travail, en général et spécifiquement pour ceux et celles qui souffrent de l'une de ces affections. Enfin, nous dressons un bref aperçu des données belges et internationales relatives aux facteurs prédictifs ou 'prédictifs' de l'incapacité de travail de longue durée ou de la reprise du travail.

## 1.1. ‘Incapacité de travail primaire’ et ‘invalidité’ : notions

Les salariés, chômeurs et indépendants qui ne sont plus capables de travailler en raison d’une maladie ou d’un accident (hors maladie professionnelle ou accident de travail) peuvent bénéficier d’une indemnité d’incapacité de travail. Après une période de salaire garanti par l’employeur, la mutualité verse une indemnité visant à compenser partiellement la perte de revenu. La durée de la période de salaire garanti varie en fonction du statut social : bien que les employés et les ouvriers relèvent tous deux du régime général, elle est fixée à 30 jours pour les employés et à deux semaines pour les ouvriers. Ces derniers sont donc plus rapidement à la charge de l’assurance indemnités. Les chômeurs, qui font également partie du régime général, sont à la charge de l’assurance indemnités dès le premier jour. Quant aux indépendants, qui relèvent du régime des travailleurs indépendants, les périodes d’incapacité de travail de moins de huit jours ne sont pas indemnisées. Si elles durent plus de sept jours, en revanche, elles le sont dès le premier jour. Les fonctionnaires relèvent d’un régime spécial et ne sont pas pris en considération dans le présent rapport.

Si une personne reprend le travail mais retombe malade dans un délai de 14 jours, on parle de rechute et la période d’incapacité de travail se poursuit. La période d’**incapacité de travail primaire** dure au maximum 12 mois. Dès le premier jour du treizième mois d’incapacité de travail, on parle d’**invalidité**. Le médecin-conseil de l’organisme assureur transmet à cet effet un rapport (proposition) au Conseil médical de l’invalidité (CMI) de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI). Le CMI et le médecin-conseil peuvent convoquer une personne à un examen de contrôle visant à prolonger ou mettre un terme à la reconnaissance de l’invalidité.

## 1.2. Troubles psychosociaux comme causes principales de l’augmentation de l’incapacité de travail primaire et de l’invalidité

Le nombre de cas de travailleurs salariés, chômeurs et indépendants en situation d’**incapacité de travail primaire a augmenté entre 2008 et 2021, passant de 407 334 à 457 391 (+12,3 %)**. Cette hausse ne peut être expliquée que partiellement par l’augmentation du nombre de titulaires indemnifiables primaires qui, au cours de la même période, est passé de 4 276 804 à 4 484 442 (+4,9 %). **Le nombre de personnes en invalidité a littéralement explosé : de 250 705 en 2008, on en dénombre 485 435 en 2021 (+93,6 %)**. Les dépenses en indemnités d’invalidité ont également connu une augmentation spectaculaire durant

cette période : de 2 823 751 659 euros (de l'index du 12/2008 [indice de départ : 127,86] à celui du 12/2021 [indice de fin : 162,81], on atteint 3 595 612 448 euros) à 7 387 475 442 euros. En 2020, près d'une personne sur 10 (9,6 %) en âge de travailler s'est retrouvée en situation d'invalidité ; en 2008, on n'en comptait qu'environ une sur 20 (5,5 %) [1].

Parmi l'augmentation évoquée ci-dessus du nombre de personnes en incapacité primaire et en invalidité, la hausse du nombre de personnes souffrant d'un trouble psychosocial est particulièrement frappante. Une étude des Mutualités Libres, menée auprès de ses affiliés, a révélé qu'**en 2018, un diagnostic principal sur quatre au début d'une période d'incapacité de travail** concernait **un trouble psychosocial** [2]. La pandémie de Covid-19 et les mesures visant à l'endiguer ont, au cours des deux périodes de confinement en 2020, freiné l'augmentation du nombre de nouvelles entrées en incapacité de travail, en ce qui concerne les troubles aussi bien psychosociaux que physiques, par rapport aux mêmes périodes en 2019 [3]. Cependant, le nombre d'entrées pour cause de dépression a ensuite fortement augmenté à nouveau : 12 % d'augmentation entre 2018 et 2021. Sur la même période, on a observé une augmentation des burnouts de pas moins de 66 %. Le burnout et la dépression constituent les deux diagnostics les plus fréquemment posés lors de l'entrée en incapacité de travail. En outre, la dysthymie (forme chronique de dépression) a aussi augmenté de 26 % et les troubles anxieux de 22 % [4]. Préoccupation supplémentaire : au premier jour du septième mois d'incapacité de travail, ainsi que lors de la reconnaissance de l'invalidité, la proportion des personnes en incapacité en raison d'un trouble psychosocial dépassait les 40 %, contre 25 % lors de l'entrée en incapacité de travail [2]. Les personnes souffrant d'un trouble psychosocial sont donc en situation d'incapacité de travail plus longtemps que la moyenne.

Les chiffres de l'INAMI confirment ces constatations [5]. **Fin 2021, il apparaissait que les personnes souffrant d'un trouble psychosocial représentaient plus d'un tiers (36,4 %) de l'ensemble des personnes en invalidité.** Deux tiers d'entre elles (66,4 %) souffraient de dépression ou d'un burnout, soit environ un quart de toutes les personnes en invalidité. Entre 2016 et 2021, le nombre de personnes en invalidité due à un trouble psychosocial a augmenté de 31 % ; cette augmentation atteint 46,4 % si l'on considère uniquement les burnouts et la dépression. Il est également à souligner que 59 % des personnes en invalidité étaient des femmes. Pour l'invalidité due à un burnout ou à une dépression, ce même pourcentage atteint 68 %. C'est aussi chez les femmes que s'est produite la plus forte hausse d'invalidité faisant suite à un burnout ou à une dépression, à savoir près de 50 % en cinq ans ; cette augmentation dépassait même les 66 % chez les travailleuses indépendantes. Les personnes âgées de 50 à 64 ans restent les plus

touchées par l'incapacité de longue durée due à un burnout ou à une dépression, mais une forte augmentation s'est également produite chez les travailleurs indépendants de 25 à 39 ans : +20 % en 2021 et +151 % sur une période de cinq ans. Bien que la hausse fût prononcée chez les employés et les ouvriers, elle s'est particulièrement manifestée chez les indépendants : +59 %. Cette augmentation est de 46 % chez les salariés et les chômeurs. En 2020, plus de 1,6 milliard d'euros ont été dépensés en indemnités d'invalidité en raison d'une dépression ou d'un burnout. Cela représente une croissance à la hausse de plus de 10 % en un an et de plus de 47 % depuis 2016.

Face à ces évolutions, **une politique ambitieuse** s'impose.

Trois types de mesures peuvent être prises : les mesures visant à prévenir une incapacité de travail, c'est-à-dire la prévention primaire ; les mesures visant à détecter les premiers symptômes d'une incapacité de travail, à fournir une assistance et à prévenir l'incapacité de travail, c'est-à-dire la prévention secondaire ; et enfin, les mesures visant à assurer un retour au travail aussi rapide et cohérent que possible et à éviter toute nouvelle incapacité de travail, c'est-à-dire la prévention tertiaire. Parmi les mesures de prévention tertiaire, on peut citer le soutien à la reprise du travail à temps partiel et, plus récemment, l'introduction de parcours de retour au travail sous la coordination de coordinateurs de retour au travail.

**La réforme du processus d'évaluation de l'incapacité de travail** contribue également à la prévention tertiaire. Cette dernière est particulièrement importante dans le contexte de cette étude : une personne en incapacité de travail devrait avoir un contact avec le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire avant la fin du 4<sup>e</sup> mois d'incapacité, et au cours des 7<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> mois<sup>1</sup>. À chacun de ces moments de contact, outre l'évaluation de l'incapacité, l'accent devrait également être mis sur les possibilités de réintégration. Comme nous le décrivons plus loin, l'un des objectifs de cette étude est d'identifier les éléments possiblement prédictifs de l'entrée en invalidité. Nous identifierons ces éléments aux moments susmentionnés, afin que ces informations puissent être utilisées par le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire.

---

<sup>1</sup> Septième groupe de travail technique 'réflexion procédure évaluation incapacité de travail' : « Note conceptuelle relative à l'organisation du processus d'évaluation de l'incapacité de travail par l'OA et le CMI ».

### 1.3. Causes de l'incapacité de travail due à des troubles psychosociaux

L'INAMI et la Banque nationale ont identifié plusieurs facteurs explicatifs de l'augmentation générale du nombre de personnes en incapacité de travail et en invalidité : le vieillissement, la participation croissante des femmes au marché du travail jusqu'à un âge plus avancé, des facteurs institutionnels tels que le rehaussement de l'âge légal de la pension et un cycle conjoncturel [6, 7].

En ce qui concerne spécifiquement les troubles psychosociaux, un certain nombre d'enquêtes ont été menées auprès de salariés et de travailleurs indépendants afin d'identifier les facteurs de risque.

Ainsi, le Conseil socio-économique de la Flandre (Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen) a récemment mené une étude sur la situation au travail des salariés flamands et entrepreneurs indépendants souffrant de symptômes de burnout qui continuent à travailler [8]. La **surcharge de travail** représentait le principal facteur de risque de développement de tels symptômes, tant chez les salariés que chez les indépendants. Chez les premiers nommés, il ressort également que le développement des symptômes de burnout avait pratiquement triplé lorsque le **travail** était considéré comme **exigeant émotionnellement** ou en cas de **soutien** insuffisant **de la part de la direction**. Parmi les autres facteurs de risque, on retrouve la variété insuffisante des tâches, l'autonomie insuffisante, les conditions de travail exigeantes et la disponibilité structurelle. Pour les entrepreneurs indépendants, les principaux facteurs de risque sont la charge émotionnelle et le manque criant de formation en matière de gestion et d'administration de l'entreprise. Les conditions de travail physiquement contraignantes, les longues semaines de travail et le soutien social limité ont favorisé dans une moindre mesure le développement de symptômes de burnout.

La Mutualité chrétienne a mené une enquête à l'échelle nationale auprès de ses affiliés qui, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 mai 2019, ont perçu une indemnité d'incapacité de travail et ont été en situation d'incapacité pendant trois ans maximum [9, 10]. Parmi les 4 350 réponses reçues, un tiers des personnes (36,8 %) ont cité une dépression, un trouble d'anxiété ou un burnout comme étant la cause de l'incapacité de travail. **Là où 56 % de l'ensemble de l'échantillon ont indiqué que leur travail était (partiellement) lié à leur incapacité de travail, c'était le cas de neuf personnes sur 10 (89,9 %) ayant déclaré souffrir d'un burnout et de sept sur 10 (68,8 %) souffrant d'un autre trouble psychosocial.** Un peu plus de six personnes sur 10 (63,6 %) atteintes de maladies du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif attribuent leur incapacité de travail à leur

situation professionnelle. Davantage que les autres personnes en incapacité de travail, les personnes souffrant d'un trouble psychosocial ou d'un burnout pointent du doigt les facteurs explicatifs tels que la surcharge de travail, les problèmes relationnels (mauvaise relation avec le responsable hiérarchique et les collègues, et relations compliquées avec les clients) et l'insécurité sur le lieu de travail.

D'une enquête de Solidaris menée auprès de 1 438 (2019) et 506 (2012) affiliés francophones domiciliés en Wallonie ou à Bruxelles, il ressort que **le pourcentage de travailleurs se disant souvent ou très souvent stressés au travail connaissait une nette augmentation, passant de 30 % en 2012 à 45 % en 2019** [11]. En 2019, c'était davantage le cas des femmes (48 %) que des hommes (42 %), alors qu'en 2012 l'écart entre les deux était minime. De même, l'enquête a clairement établi le lien entre l'ancienneté et les symptômes de stress : en 2019, près de 60 % des 50 ans et plus en ressentaient fréquemment, contre 33 % des personnes âgées de 18 à 25 ans.

La relation entre le travail et le bien-être psychosocial est aussi clairement démontrée du point de vue des employeurs. Une enquête réalisée par Securex a révélé que, selon eux, au moins la moitié des causes de burnout trouvent leur origine au sein de l'entreprise. Ils estiment que l'augmentation du nombre de personnes souffrant de burnout est notamment due au phénomène des médias de communication modernes qui supposent d'être joignable de manière quasi-permanente, mais aussi au flux considérable d'informations et aux nombreuses possibilités de choix auxquels le travailleur est actuellement confronté [12].

## 1.4. Profil et état de santé des personnes en incapacité de travail primaire

Ces dernières années, les organismes assureurs ont maintes fois analysé leurs données de population et les statistiques de l'assurance obligatoire soins de santé obligatoire afin de pouvoir évaluer le profil et l'état de santé des personnes en incapacité de travail primaire.

Dans une première étude, l'Agence Intermutualiste (AIM) a examiné l'état de santé en 2007, 2010 et 2015 des 391 481 personnes qui, ces années-là, se sont trouvées en situation d'incapacité primaire (au moins un jour indemnisé) [13]. La description qui suit se limite aux résultats relatifs à l'année 2015. Les prédicteurs pertinents concernant la probabilité d'être en incapacité de travail étaient les suivants : faire partie de la tranche d'âge des 45-54 ans, bénéficier de l'intervention majorée pour les soins de santé, être une femme, habiter en Flandre ou en Wallonie (par comparaison à Bruxelles) ou être au chômage. En outre, **l'état de santé des**

**personnes en incapacité de travail primaire était nettement moins bon que celles qui n'avaient pas connu de période d'incapacité.** Première constatation frappante : le taux de mortalité des personnes comptant une période d'incapacité de travail était largement supérieur à celui des personnes qui n'en avaient pas connu (0,48 % contre 0,09 % dans le régime général ; 1,43 % contre 0,09 % dans le régime des travailleurs indépendants). Le taux de malades chroniques était également bien plus élevé, respectivement 3,6 % contre 0,7 % dans le régime général et 7,8 % contre 0,5 % dans le régime des travailleurs indépendants. Dans le régime général, le pourcentage de délivrance de médicaments (au moins une délivrance) était plus élevé chez les personnes ayant connu une période d'incapacité de travail que chez celles n'en ayant pas connu (92 % contre 70 %). De même, la moyenne des dépenses annuelles en médicaments était supérieure chez les personnes comptant une période d'incapacité de travail : 51 euros contre 33 euros de part personnelle et 22 euros contre 150 euros à la charge de l'assurance obligatoire soins de santé. On observe une tendance similaire concernant la délivrance de psycholeptiques et/ou psychoanaleptiques (26 % contre 9 %), l'incidence d'une hospitalisation (29 % contre 4 %), la durée d'une telle hospitalisation (9 jours contre 5 jours), l'incidence d'une hospitalisation de jour (25 % contre 7 %), les contacts avec le médecin généraliste (92 % contre 75 %) et les contacts avec le médecin spécialiste (84 % contre 53 %). Tout comme c'est le cas pour les résultats susmentionnés relatifs à la mortalité et à la présence d'une affection chronique, les écarts observés sont souvent plus prononcés dans le régime des travailleurs indépendants que dans le régime général : 92 % contre 65 % pour la délivrance de médicaments ; 22 % contre 7 % pour la délivrance de psycholeptiques et/ou psychoanaleptiques ; 29 % contre 4 % pour l'incidence d'une hospitalisation ; 11 jours contre 5 jours concernant la durée d'une telle hospitalisation ; 28 % contre 8 % pour l'incidence de l'hospitalisation de jour ; 88 % contre 65 % pour les contacts avec le médecin généraliste ; 91 % contre 51 % pour les contacts avec le médecin spécialiste.

Dans une étude de suivi, l'AIM a fait la distinction entre les périodes courtes (< 6 mois) et longues (≥ 6 mois) d'incapacité de travail primaire [14]. **Les résultats ont démontré que les différences évoquées ci-dessus étaient plus nettes en cas d'incapacité de travail de longue durée.** Par exemple, en cas de courte période d'incapacité de travail, la moyenne des contacts avec le médecin généraliste doublait à partir du mois précédant l'entrée en incapacité et retombait au niveau précédent l'entrée en incapacité après deux mois d'incapacité. En cas de longue période, le nombre moyen de contacts par personne un an après l'entrée en incapacité de travail était encore plus élevé qu'avant. Par ailleurs, l'étude a mis en lumière la situation (problématique) spécifique aux travailleurs indépendants en incapacité de travail primaire. Leur période d'incapacité de travail durait plus

longtemps, et 30 % d'entre eux passaient d'incapacité de travail primaire à invalidité, tandis que ce taux ne s'élevait « qu'à » 7 %.

Les Mutualités Libres ont eu recours à une méthodologie légèrement différente et ont procédé à l'analyse du profil et de la consommation de soins, de 2013 à fin 2017, des 10 101 affiliés qui ont été reconnus comme invalides pour la première fois en 2016 et qui sont donc entrés en incapacité de travail en 2015 [15]. Près de quatre sur 10 (38,3 %) ont connu au moins une période d'incapacité de travail avant l'incapacité de travail primaire de 12 mois ayant entraîné l'invalidité. Parmi ces assurés, il est apparu que les femmes, les bénéficiaires de l'intervention majorée pour les soins de santé et les personnes domiciliées en Région wallonne étaient en surreprésentation vis-à-vis de l'ensemble de la population des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans. Trois quarts (75,0 %) ont passé au moins 12 mois en invalidité. Plus d'un tiers (35,8 %) souffraient déjà d'une affection chronique au début de leur incapacité de travail contre un cinquième (20,7 %) de la population générale de 20 à 64 ans. Les dépenses de soins de santé ont atteint leur point culminant au cours de la période d'incapacité de travail primaire, quelle que fût la durée de l'invalidité. Elles étaient trois à quatre fois plus élevées au cours de l'incapacité de travail primaire de 12 mois que pendant les 12 mois qui l'ont précédée, et deux à trois fois plus élevées que pendant les 12 mois qui l'ont suivie. Cette étude a démontré que les personnes tombant en invalidité étaient fréquemment confrontées à des problèmes de santé, parfois chroniques, avant d'être en situation d'incapacité de travail.

L'analyse la plus récente associant des données d'incapacité de travail à la consommation de soins s'est focalisée spécifiquement sur le burnout. Dans ce cadre, Solidaris a mené une étude auprès de ses mutualités flamandes et a analysé les données de l'ensemble des 1 630 affiliés en incapacité de travail entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 30 juin 2018 dont le diagnostic primaire était un burnout [16]. Les chercheurs ont uniquement pris en considération les affiliés qui sont tombés en invalidité par la suite. Comme dans les études précédentes de l'AIM, la distinction entre une courte (934 affiliés) et longue (696 affiliés) période d'incapacité de travail a été faite. Cependant, aucun groupe de contrôle n'a été pris en compte. Le sexe et le statut social sont deux aspects essentiels du profil des affiliés souffrant d'un burnout. Parmi les personnes souffrant d'un burnout de longue durée, 66 % étaient des femmes, tandis qu'elles étaient 57 % parmi les personnes ayant un burnout court. Parmi les personnes souffrant d'un burnout long, 74% d'entre elles étaient des employés, tandis que ce pourcentage s'élevaient à 24 % parmi les burnout courts. Les résultats relatifs à la consommation de soins ont montré qu'**après leur entrée en incapacité de travail due à un burnout, les affiliés ont consulté un médecin généraliste ou spécialiste davantage qu'auparavant. Ils ont aussi consulté davantage un psychiatre et se sont vu prescrire souvent et**

**rapidement des antidépresseurs.** On a également observé un pic clairement marqué dans le nombre de prestations de biologie clinique lors de l'entrée en incapacité. Cela vaut également pour les prestations de sérologie infectieuse où, par ailleurs, une augmentation se manifestait déjà au cours des trois mois précédant l'incapacité. Le consommation de soins des affiliés souffrant d'un burnout d'une durée minimale de six mois était plus fréquent que chez les affiliés comptant une plus courte période d'incapacité de travail due à un burnout. Par exemple, on a également pu observer une hausse du nombre de prestations de kinésithérapie chez les affiliés dont la période d'incapacité était longue, ce qui n'était pas le cas dans l'autre groupe. Enfin, une analyse des remboursements de l'assurance complémentaire a révélé que seulement un tiers (29 %) des affiliés comptait une consultation remboursée chez un psychologue dans un délai de 12 mois suivant l'entrée en incapacité de travail<sup>2</sup>.

L'Annexe 1 synthétise les principaux résultats des études évoquées ci-dessus.

## 1.5. Preuves relatives aux prédicteurs d'incapacité de travail de longue durée ou de reprise du travail

### 1.5.1. Belgique

En Belgique, des chercheurs de la KU Leuven et de l'ULiège ont à la demande du centre de connaissances en matière d'incapacité de travail de l'INAMI, collaboré entre 2015 et 2018 au développement d'une méthode de dépistage permettant de détecter très tôt – après six semaines d'incapacité de travail – les personnes présentant un risque d'une période d'incapacité supérieure à six mois, et ce afin de soutenir les médecins-conseil. Leur outil, le **Quickscan**, a été développé à partir d'un modèle bio-psycho-social et sur la base d'une analyse de la littérature scientifique. Il a donné lieu à une liste de 61 questions portant sur 21 facteurs relatifs aux caractéristiques personnelles, à la vie privée, aux facteurs liés au travail et au fonctionnement. Les chercheurs ont étudié et confirmé la validité de l'outil en collaboration avec les organismes assureurs [17-19]. En ce qui concerne la validité prédictive, une étude de cohorte réalisée auprès de 4 981 personnes a dénombré 14 déterminants psychosociaux qui sont des prédicteurs significatifs d'une période d'incapacité de travail d'au moins six mois : perception de la santé, charge de travail physique,

---

<sup>2</sup> Les soins psychologiques de première ligne sont couverts par l'assurance obligatoire soins de santé depuis 2019. Par conséquent, les données relatives aux soins psychologiques sont issues de l'assurance complémentaire, seule source disponible et exploitable.

épanouissement professionnel, soutien de la direction, soutien des collègues, interférence travail-santé, bien-être psychologique, anxiété face aux attentes des collègues, situation familiale, attentes professionnelles, autonomie, charge de travail, perception du retour au travail et perspectives d'apprentissage de développement. Ce modèle avait une valeur prédictive d'incapacité de travail de longue durée de 80 % (*c-index* – plus de détails sur le sujet dans la rubrique 'Méthodologie'), ce qui indique un pouvoir de discrimination bon à fort ; une validation externe a confirmé ce résultat [20]. Entre-temps, il est prévu que 10 semaines après le début de l'incapacité de travail, le médecin-conseil de l'organisme assureur demande à ce que le **Questionnaire médical – Medische Vragenlijst (QMV)** soit complété. Ce questionnaire inclut quelques questions du *Quickscan* ainsi que des questions complémentaires concernant l'état de santé, l'expérience professionnelle et le niveau d'études. Ces dernières ont été ajoutées par les organismes assureurs : elles ne faisaient pas partie de l'étude scientifique susmentionnée réalisée par la KU Leuven et l'ULiège. Le questionnaire doit être rempli et transmis dans un délai de deux semaines. Sur la base du dossier médical et des réponses au questionnaire, le médecin-conseil peut procéder à une première évaluation des capacités restantes de la personne en incapacité de travail, et ce à l'aide de quatre catégories :

- catégorie 1 : il est envisageable que la personne reprenne le travail spontanément au plus tard à la fin du 6<sup>e</sup> mois ;
- catégorie 2 : une reprise du travail est impossible pour des raisons médicales ;
- catégorie 3 : une reprise du travail n'est momentanément pas possible en raison du diagnostic ou du traitement ;
- catégorie 4 : une reprise du travail est possible une fois le travail adapté (temporairement ou définitivement) ou si un autre travail est possible.

Dans le cas de la catégorie 4, s'ensuit une demande de Trajet Retour au travail et la personne est orientée vers le Coordinateur Retour au travail<sup>3</sup>.

Des chercheurs de l'Université de Gand (UGent) ont étudié les facteurs jouant un rôle primordial dans la réintégration à l'aide d'un questionnaire administré à 786 personnes ayant repris le travail après un burnout. Il en est ressorti que **le retour au travail chez un nouvel employeur et, surtout, le soutien d'un supérieur hiérarchique constituaient des facteurs encourageants**, tandis que les

---

<sup>3</sup> Pour plus d'informations, voir <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion-socio-professionnelle>

symptômes résiduels de burnout, les facteurs de stress dans la sphère privée et le neuroticisme nuisent à la qualité du retour au travail [21].

Par souci d'exhaustivité, il convient de mentionner le fait que la recherche en Belgique se penche depuis bien plus longtemps sur la prédiction du retour au travail. Du Bois et Donceel ont notamment développé en 2008 une liste de questions visant à prédire le retour au travail après trois mois d'incapacité de travail chez les personnes souffrant de douleurs lombaires. Les questions concernant la douleur et les attentes personnelles du patient vis-à-vis d'un retour au travail semblent avoir une grande valeur prédictive [22].

### 1.5.2. À l'échelle internationale

La prédiction de la durée d'incapacité de travail a également fait l'objet d'une attention particulière à l'échelle internationale. Bien souvent, le temps nécessaire à la reprise du travail est défini comme résultat. Une *scoping review* (étude de la portée) portant sur la reprise du travail en cas de maladie due à des problèmes de santé mentale contenait un aperçu des principaux facteurs de reprise du travail cités dans la littérature à cette époque (en 2017) : la gravité des symptômes, la durée d'absence antérieure, l'âge, la perception globale de la santé, le harcèlement, le soutien social des collègues et de la direction et les attentes positives liées à la durée du congé de maladie ou à la réintégration [23]. **Une synthèse des études systématiques de la littérature portant sur les facteurs qui déterminent le retour au travail** a identifié les facteurs suivants comme ayant un effet positif : un niveau d'études et un statut socio-économique supérieurs, une plus grande efficacité personnelle et des attentes optimistes sur le rétablissement et le retour au travail, une gravité moindre des blessures/de la maladie, la coordination du retour au travail et des interventions multidisciplinaires impliquant le lieu de travail et les parties prenantes. Parmi les déterminants ayant un effet négatif, on retrouve : âge plus avancé, sexe féminin, plus de douleur, dépression, travail plus exigeant physiquement, congé de maladie et chômage antérieurs et limitations dans l'activité.



## 2. Objectif

Les études précitées du profil et de l'état de santé des personnes en incapacité de travail primaire démontrent que la consommation de soins n'augmente pas seulement dès l'entrée en incapacité de travail, mais aussi auparavant. Malgré les nombreuses preuves, les études de l'AIM et des Mutualités Libres ne faisaient pas de distinction entre les diagnostics et ne se concentraient donc pas spécifiquement sur les troubles psychosociaux. L'étude de Solidarism portait plus particulièrement sur un diagnostic relatif aux troubles psychosociaux, à savoir le burnout, mais ne faisait pas appel à un groupe de contrôle. En unissant leurs forces, l'INAMI et l'AIM espèrent s'appuyer sur les points forts des études précédentes pour apporter de nouveaux éclairages sur le profil et la consommation de soins des personnes en incapacité de travail due à un trouble psychosocial. Nous approfondirons également le lien entre la consommation de soins et l'entrée en invalidité, même si l'étude présente plusieurs limitations importantes. La présente étude doit donc être considérée comme une incitation à mener des recherches plus approfondies.

L'objectif général de la présente étude consiste à mieux comprendre le profil socio-démographique, médical et de consommation de soins des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial. Tout comme dans les études précédentes, l'incapacité de travail de longue durée est définie comme une période d'incapacité de travail durant plus de six mois.

De manière plus spécifique, cette étude poursuit un triple objectif.

Premièrement, nous décrivons le **profil socio-démographique et médical des personnes en incapacité de travail de longue durée** due à un trouble psychosocial.

Deuxièmement, nous analysons le **profil de consommation de soins**, en tant que révélateur de l'état de santé, de personnes en situation d'incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial. Nous étudions la consommation de soins avant comme pendant la période d'incapacité.

Nous comparons les personnes en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial, en termes de profil socio-démographique, médical et de consommation de soins, à :

1. des personnes en incapacité de travail de longue durée due à une autre affection ;
2. des personnes sans période d'incapacité de travail, mais qui consomment des antipsychotiques ou des antidépresseurs ;
3. des personnes sans période d'incapacité de travail et ne consommant ni antipsychotiques ni antidépresseurs.

Troisièmement, nous tentons d'**identifier les éléments du profil socio-démographique, médical et de consommation de soins pouvant constituer des signes avant-coureurs d'entrée en invalidité** chez les personnes en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial.



## 3. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous détaillons les données dont nous disposons et la manière dont nous les analysons en fonction des objectifs de cette étude.

### 3.1. Concept de l'étude

La présente étude est une étude rétrospective. Les deux premières questions de recherche concernent une **étude de cohorte rétrospective**, dans laquelle nous nous intéressons aux personnes qui partagent un facteur d'exposition commun (p.ex. les personnes en incapacité de travail en raison d'affections chroniques). Nous comparons ces personnes à un autre groupe de personnes qui ne sont pas exposées à ce facteur (p.ex. les personnes en incapacité de travail due à d'autres affections d'une part, et les personnes n'ayant pas connu de période d'incapacité d'autre part) afin d'étudier l'impact de ce facteur d'exposition sur l'incidence d'un résultat (p.ex. consommation de divers soins de santé et invalidité).

## 3.2. Population d'étude

Notre population d'étude est composée d'une **population d'étude primaire** et de **trois groupes de contrôle**.

Notre population d'étude primaire concerne les titulaires qui, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et le 31 décembre 2019, ont été en incapacité de travail en raison d'un trouble psychosocial. Nous avons décidé de nous pencher sur les troubles les plus courants lors d'une incapacité de travail : troubles de l'humeur, troubles neurotiques liés au stress et troubles d'épuisement professionnel (burnout). L'incapacité de travail de longue durée étant définie dans cette étude comme une incapacité de travail de plus de six mois, cela signifie que la période d'incapacité de notre population primaire a commencé entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 30 juin 2019. Au sein de ce groupe, nous identifions les personnes chez qui on a posé un diagnostic psychosocial au premier jour du septième mois d'incapacité de travail, et ce à l'aide des diagnostics ICD-10<sup>4</sup>. L'ICD-10 est utilisée depuis 2017 pour les nouvelles entrées et réévaluations d'invalidité. Elle compte 21 chapitres (I à XXI) répartis en blocs (3 caractères), catégories (3 caractères alphanumériques) et sous-catégories (4 à 5 caractères alphanumériques). Nous considérons les catégories ICD-10 suivantes lorsque nous faisons référence aux troubles psychosociaux :

- Troubles de l'humeur : F30 - Épisode maniaque, F31-Trouble affectif bipolaire [trouble maniaco-dépressif], F32 Épisodes dépressifs, F33-Trouble dépressif récurrent, F34-Troubles de l'humeur persistants, F38-Autres troubles de l'humeur, F39-Trouble de l'humeur, sans précision.
- Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes : F40-Troubles anxieux phobiques, F41-Autres troubles anxieux, F42-Trouble obsessionnel-compulsif, F43-Réaction à un facteur de stress sévère, F44-Troubles dissociatifs [de conversion], F45-Troubles somatoformes, F48-Autres troubles névrotiques.  
Ci-après dénommés « troubles anxieux ».
- Troubles d'épuisement professionnel : Z73-Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie. Cela concerne le burnout et sera donc dénommé ci-après comme tel.

---

<sup>4</sup> *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, voir <https://www.health.belgium.be/fr/terminologie-et-systemes-de-codes-icd-10-cm>

Le **groupe de contrôle 1** est composé de titulaires qui, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et le 31 décembre 2019, ont été en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale. Cela signifie également que la période d'incapacité de travail des membres de ce groupe a commencé entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 30 juin 2019. Au sein de ce groupe, nous identifions les personnes chez qui on a posé, au premier jour du septième mois d'incapacité, un diagnostic qui ne concerne pas un trouble psychosocial.

Le **groupe de contrôle 2** est composé de titulaires qui, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et le 31 décembre 2019, n'ont pas connu de période d'incapacité de travail, mais ont consommé des antidépresseurs (N06A) ou des antipsychotiques (N05A) représentant un total minimum de 90 doses journalières (DDD<sup>5</sup>) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 décembre 2019. Ce groupe de contrôle se limite aux titulaires qui font partie de l'Échantillon permanent de l'AIM<sup>6</sup>.

Enfin, le **groupe de contrôle 3** est composé de titulaires qui, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et le 31 décembre 2019, n'ont pas connu de période d'incapacité de travail et n'ont consommé ni antidépresseurs (N06A) ni antipsychotiques (N05A) représentant un total minimum de 90 doses journalières (DDD) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 décembre 2019. Ce groupe est également limité aux titulaires qui font partie de l'Échantillon permanent de l'AIM.

La population d'étude primaire et les trois groupes de contrôle sont pris en compte dans le cadre des deux premières questions de recherche ; seule la population d'étude primaire est considérée pour la troisième question.

Les titulaires majeurs retenus dans la présente étude sont ceux qui ont le statut d'ouvrier, salarié ou indépendant actif (y compris les chômeurs). Les personnes dont le domicile est inconnu sont exclues de l'analyse ; cela vaut également pour les personnes décédées au cours de la période d'étude.

---

<sup>5</sup> La DDD est l'unité internationale définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui correspond à la dose de traitement journalier d'un médicament pour un adulte dans son indication la plus importante.

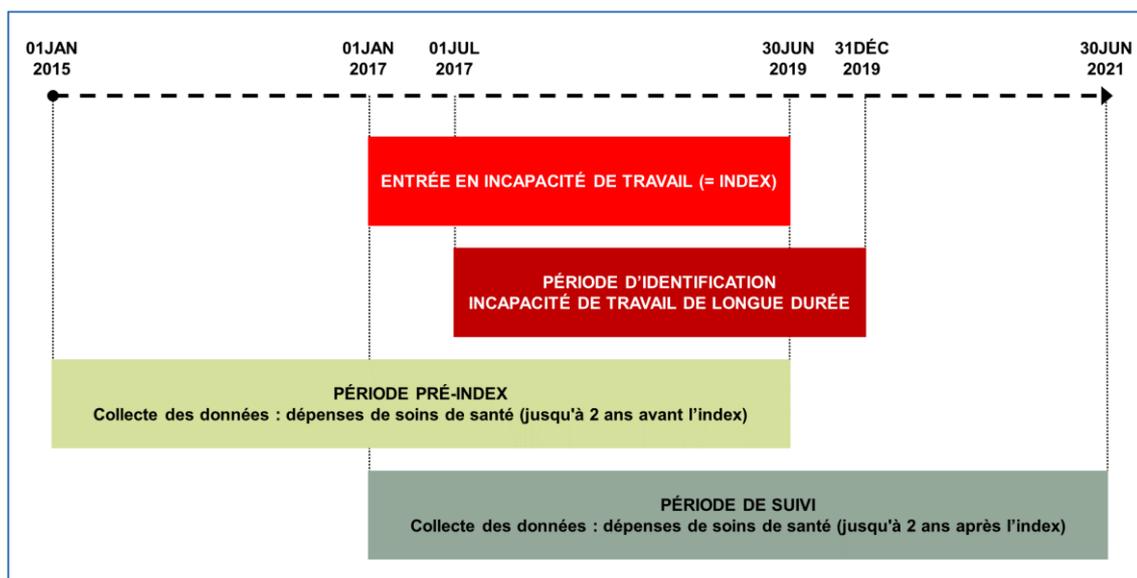
<sup>6</sup> <https://metadata.ima-aim.be/fr/app/bdds/Ps>

## 3.3. Données

### 3.3.1. Général

De nombreuses sources de données ont été couplées et exploitées dans le cadre de cette étude. Les données relatives à l'incapacité de travail ont été couplées aux données socio-démographiques et aux données concernant les dépenses de soins médicaux. Le graphique 1 détaille les périodes de collecte de données pour la population d'étude. La période d'identification de la population d'étude primaire (incapacité de travail due à un trouble psychosocial) et du groupe de contrôle 1 (incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale) court du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2019. **L'index (à savoir l'entrée en incapacité de travail) de ces personnes se situe entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 30 juin 2019.** La période pré-index et la période de suivi, pour lesquelles les données relatives aux dépenses de soins de santé ont été collectées, couvrent, pour chaque personne ayant connu une période d'incapacité de travail de longue durée, une période de respectivement deux ans précédant l'index et deux ans suivant celui-ci. La période de pré-index court donc du 1<sup>er</sup> janvier 2015 (deux ans avant le premier index possible du 1<sup>er</sup> janvier 2017) au 30 juin 2019 (jusqu'au dernier index possible). La période de suivi s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (à partir du premier index possible) au 30 juin 2021 (deux ans après le dernier index possible du 30 juin 2019). Dans le cas d'une personne entrée en incapacité de travail le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (la date d'index) et identifiée comme étant en incapacité de travail de longue durée le 1<sup>er</sup> juillet 2019, les données relatives aux dépenses de santé sont collectées pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2018 (la période de pré-index) et pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2020 (la période de suivi).

## Graphique 1. Collecte des données



### 3.3.2. Incapacité de travail

Les données relatives à la population d'étude primaire et au groupe de contrôle 1 sont collectées à partir du **flux IFW** (*Incapacity For Work*, incapacité de travail). Il s'agit de l'introduction nominative des indemnités d'incapacité de travail primaire que les organismes assureurs fournissent à l'INAMI. Les données collectées sont les suivantes : date d'entrée, diagnostic et éventuelles comorbidités au premier jour du septième mois d'incapacité de travail, nombre de rechutes et diagnostic en cas d'éventuelle entrée en invalidité. Ces données sont fournies par l'INAMI. Seul le diagnostic de la population d'étude primaire est connu.

Nous vérifions dans la base de données population de l'AIM si le nombre de jours d'incapacité des membres des groupes de contrôle 2 et 3 est effectivement égal à zéro.

### 3.3.3. Profils socio-démographique et médical

Les **bases de données Population et Soins de santé** de l'AIM sont utilisées afin de décrire les profils socio-démographique et médical.

Les profils socio-démographique et médical de la population d'étude primaire et du groupe de contrôle 1 sont définis au moment de l'entrée en incapacité de travail ; celui des groupes de contrôle 2 et 3 est défini pour l'année 2017 (en décembre).

Les données socio-démographiques collectées pour l'ensemble de la population d'étude sont les suivantes : sexe (homme, femme), âge (par tranche d'âge :

18-24 ans, 25-44 ans, 45-54 ans, 55-65 ans), statut social (ouvrier actif [y compris les chômeurs et les invalides], salarié actif [y compris les chômeurs et les invalides], indépendants actifs [y compris indépendants invalides, débutants (*starters*) et indépendants assimilés]) et région (Région flamande, Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale). Enfin, nous vérifions si la personne peut prétendre à l'intervention majorée (BIM)<sup>7</sup>.

Le profil médical est défini selon que la personne répond ou non au critère « Kinésithérapie E » ou physiothérapie<sup>8</sup>. Nous vérifions également si la personne a été admise à six reprises en hôpital général ou psychiatrique au cours de l'année civile concernée ou précédente, si elle a été admise en hôpital général ou psychiatrique pour une durée totale minimale de 120 jours au cours de l'année civile concernée ou précédente, et si elle s'est vu attribuer le statut affection chronique sur la base d'un critère financier, du forfait malades chroniques ou d'une maladie rare<sup>9</sup>.

### 3.3.4. Profil de consommation de soins

Dans ce volet de l'étude, nous avons eu recours aux bases de données **Soins de santé et Pharmanet** de l'AIM.

Le profil de consommation de soins concerne tant la consommation de soins de santé que la délivrance de médicaments. Comme exposé plus haut, le profil de consommation de soins de la population d'étude primaire et du groupe de contrôle 1 est étudié dans le cadre de la deuxième question de recherche sur la période qui

---

<sup>7</sup> Les personnes peuvent prétendre à l'intervention majorée dans la mesure où elles perçoivent certaines allocations, ont une qualité déterminée ou leur revenu est inférieur à un montant seuil. Les bénéficiaires de l'intervention majorée paient des cotisations de soins de santé moins élevées et jouissent également d'autres avantages financiers.

<sup>8</sup> Le critère 'Kinésithérapie E ou physiothérapie' suppose que la personne a un accord d'un médecin-conseil pour de la kinésithérapie E ou physiothérapie pendant au moins six mois (179 jours). Les six mois (179 jours) ne doivent pas nécessairement être des périodes ininterrompues. Elles doivent bien être dans la même année civile. Le critère 'Kinésithérapie E ou physiothérapie' est également une situation de dépendance sur la base de laquelle le forfait pour les malades chroniques peut être accordé. Source : <https://metadata.ima-aim.be/fr>

<sup>9</sup> Le statut affection chronique est accordé aux personnes qui ont minimum 300€ de dépenses (montant indexé) de santé par trimestre durant 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la part payée par la mutualité que le ticket modérateur. Ce statut est automatiquement attribué par l'organisme assureur pour une durée de deux ans (Y et Y+1) sur la base des données des années Y-1 et Y-2. La mutualité octroie automatiquement le statut, et ce pour une période de 2 ans (Y et Y+1) sur base des dépenses dans l'année Y-1 et Y-2. Ensuite c'est renouvelé d'année en année si le bénéficiaire a eu pour minimum 1200€ de dépenses en soins de santé durant l'année précédant l'année de prolongation. En ce qui concerne les maladies rares, le statut est attribué par l'organisme assureur sur la base d'un certificat médical rédigé par un médecin spécialiste attestant que le bénéficiaire souffre d'une maladie rare. Le patient obtient le statut pour une durée de cinq ans. Il est ensuite renouvelé tous les cinq ans. Source : <https://metadata.ima-aim.be/fr>

s'étend jusqu'à deux années précédant l'entrée en incapacité de travail et celle qui court jusqu'à deux ans après celle-ci. Nous décrivons le profil de consommation de soins des groupes de contrôle 2 et 3 sur la période janvier 2015-décembre 2018.

Le tableau 1 énumère les indicateurs de dépenses de soins de santé qui ont été retenus. L'Annexe 2 contient une description détaillée de la méthodologie de calcul de ces indicateurs.

**Tableau 1. Indicateurs de consommation de soins utilisés**

<b>Indicateur</b>	
<b>Contact avec un médecin généraliste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec le généraliste</li> <li>• Moyenne des contacts avec un généraliste</li> </ul>
<b>Contact avec un médecin spécialiste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec un médecin spécialiste</li> <li>• Moyenne des contacts avec un médecin spécialiste</li> </ul> <p><i>L'indicateur est ventilé par discipline (anesthésie, chirurgie, neurochirurgie, orthopédie, médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie, cardiologie, neurologie, psychiatrie, médecine physique et réhabilitation, biologie clinique, médecine d'urgence, radiodiagnostic, radiothérapie, médecine nucléaire), de même qu'un contact avec n'importe quel médecin spécialiste<sup>10</sup></i></p>
<b>Contact avec un kinésithérapeute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec un kinésithérapeute</li> <li>• Moyenne des contacts avec un kinésithérapeute (pour les personnes comptant au moins un contact)</li> </ul>
<b>Psychothérapie chez un psychiatre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec un psychiatre</li> <li>• Moyenne des contacts avec un psychiatre (pour les personnes comptant au moins un contact)</li> </ul> <p><i>Sont pris en compte : consultation au cabinet par un médecin spécialisé en psychiatrie ou séance de traitement psychothérapeutique (individuelle ou de groupe) ou entretien (multidisciplinaire), y compris téléconsultation</i></p>

<sup>10</sup> Sont également étudiées dans une analyse préliminaire, mais plus prises en considération car trop peu fréquentes : gériatrie, Neurochirurgie-neuropsychiatrie, chirurgie plastique, chirurgie abdominale / thoracique / vasculaire, Gynécologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, Urologie, Stomatologie, Dermatologie, Pédiatrie, Neuropsychiatrie, Rhumatologie, Clinique génétique, Médecine légale.

## Indicateur

### Admission au service d'urgence pour soins psychiatriques

- Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en service d'urgence pour soins psychiatriques

*Sont pris en considération : examens dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés par un médecin spécialisé en neurologie, en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, ou admission dans un service d'un établissement psychiatrique, qu'elle soit urgente ou qu'elle concerne l'administration d'antidépresseurs par perfusion*

### Hospitalisation en établissement psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général (SPHG)

- Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général
- Moyenne des jours d'admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général (pour les personnes comptant au moins une admission)

### Hospitalisation classique en hôpital général

- Pourcentage de personnes comptant au moins une hospitalisation classique
- Moyenne des jours d'hospitalisation classique général (pour les personnes comptant au moins une admission)

### Hospitalisation de jour

- Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en hôpital de jour

### Admission en centre de réhabilitation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes

- Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en centre de revalidation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes
- Moyenne des jours d'admission en centre de revalidation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes (pour les personnes comptant au moins une admission)

### Délivrance de médicaments remboursables

- Pourcentage de personnes comptant au moins une délivrance de médicaments remboursables
- Moyenne des doses journalières de médicaments remboursables

*L'indicateur est construit par groupe anatomique principal ATC (A-Système digestif et métabolisme, B-Sang et organes hématopoïétiques, C-Système cardio-vasculaire, D-Dermatologie, G- Système génito-urinaire et hormones sexuelles, H-Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines, J-Anti-infectieux [usage systémique], L-Antinéoplasiques et agents immunomodulants, M-Système musculosquelettique, N-Système nerveux, P-Antiparasitaires, insecticides et répulsifs, R-Système respiratoire, S-Organes sensoriels) et décrit le nombre total de délivrances des groupes principaux ci-dessus. Enfin, nous considérons également la médication spécifique aux problèmes liés à la santé mentale (N04-Anti-parkinsoniens, N05 Psycholeptiques, N06 Psychoanaleptiques) et les médicaments liés à l'alcool ainsi que les opioïdes.*

### Prestation biologie clinique

- Pourcentage de personnes comptant au moins une prestation de biologie clinique.
- Moyenne des prestations de biologie clinique (pour les personnes comptant au moins une prestation).

### 3.4. Analyse des données

Dans un premier temps, nous décrivons le nombre de personnes que comptent la population d'étude primaire et les trois groupes de contrôle ; nous décrivons également le diagnostic et les comorbidités de la population d'étude primaire. Enfin, nous décrivons le nombre de personnes qui entrent en invalidité ainsi que le diagnostic posé dans la population d'étude primaire et le groupe de contrôle 1. Seuls les diagnostics relevant de troubles psychosociaux sont connus.

Afin de répondre à la première question de recherche, **nous décrivons le profil socio-démographique et médical de la population d'étude primaire et des trois groupes de contrôle**. Au sein de la population primaire d'étude, nous faisons également la distinction entre les trois groupes principaux de troubles psychosociaux (burnout ; troubles de l'humeur ; troubles anxieux).

La deuxième question de recherche porte sur la **description du profil de consommation de soins**. Les indicateurs de consommation de soins y relatifs (tableau 1) sont calculés comme une variable à la fois binaire et continue. « Binaire » signifie que l'on calcule si, au cours de la période d'étude, au moins un contact, une hospitalisation et/ou une délivrance de médicaments a eu lieu ou non. On entend par « continue » le fait que le nombre de contacts, de jours d'hospitalisation et/ou de doses journalières de médicaments est étudié au cours de cette période. Le volume des **huit indicateurs dont la consommation est la plus élevée** (contact avec un médecin généraliste, contact avec un médecin spécialiste, contact avec un kinésithérapeute, biologie clinique, psychothérapie chez un psychiatre, biologie clinique, hospitalisation classique, hospitalisation hôpital psychiatrique ou SPHG, délivrance de médicaments) est agrégé par trimestre dans un tableau synthétique, et ce pour la population d'étude primaire et le groupe de contrôle 1. Nous effectuons également une comparaison de ces indicateurs selon le sexe, le statut social, l'âge, le droit à l'intervention majorée et l'attribution du statut affection chronique. En outre, nous détaillons l'évolution mensuelle de tous les indicateurs pour la population d'étude primaire et le groupe de contrôle 1 ; seuls les huit indicateurs dont la consommation est la plus élevée parmi les groupes de contrôle 2 et 3 est décrite.

La troisième question de recherche, qui concerne **l'identification des éléments des profils socio-démographique, médical et de consommation de soins pouvant constituer d'éventuels signes de l'entrée en invalidité** chez les personnes en incapacité de travail de longue durée, est traitée comme suit :

- Étape 1 : description de la **différence au fil du temps entre les personnes entrées en invalidité et les personnes qui ne sont pas entrées en**

**invalidité** en considérant les huit indicateurs dont la consommation est la plus élevée.

- Étape 2 : description des **interactions entre les indicateurs de consommation de soins**, y compris la notion d'interaction au fil du temps. Cette description des interactions est en effet un prérequis à toute analyse statistique. Nous effectuons également une première analyse de l'association avec l'entrée en invalidité. À cet effet, nous nous concentrons à nouveau sur les huit indicateurs dont la consommation est la plus élevée. Nous illustrons ces liens pour les personnes en incapacité de longue durée due à un burnout à six moments dans le temps (6 mois avant l'entrée, 3 mois avant l'entrée, le mois d'entrée, 3 mois après l'entrée, 6 mois après l'entrée et 9 mois après l'entrée). Il est important qu'il s'agisse ici exclusivement de la consommation de soins durant cette période bien précise et non de la consommation de soins cumulative. Nous procédons comme suit :
  - Un corrélogramme comportant la corrélation tétrachorique<sup>11</sup> : pour la présence d'un contact/une hospitalisation/une délivrance de médicament (à savoir les indicateurs de consommation de soins comme variables binaires) et la corrélation avec l'entrée en invalidité.
  - Représentation visuelle des profils longitudinaux de 100 personnes sélectionnées aléatoirement, dont 50 sont entrées en invalidité et 50 n'y sont pas entrées, en termes de présence d'un contact/d'une hospitalisation/d'une délivrance de médicaments.
- Étape 3 : analyse statistique du lien entre les profils socio-démographique, médical et de consommation de soins d'une part, et l'entrée en invalidité d'autre part. Dans ce but, nous faisons appel à une **régression logistique** et nous faisons la distinction entre le burnout, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Nous avons recours à la procédure de sélection ascendante, selon laquelle les prédicteurs potentiels sont ajoutés à chaque étape ; nous évaluons ensuite si le modèle s'améliore. À nouveau, le profil de consommation de soins est analysé à six moments distincts : 6 mois avant l'entrée, 3 mois avant l'entrée, mois d'entrée, 3 mois après l'entrée, 6 mois après l'entrée et 9 mois après l'entrée, selon la méthode employée à l'étape 2. Cela signifie que chaque indicateur de consommation de soins de santé fait

---

<sup>11</sup> Lorsque deux variables sont dichotomiques, comme c'est le cas ici, la corrélation tétrachorique est calculée. Le calcul de celle-ci suppose que les deux variables dichotomiques représentent les lois normales sous-jacentes.

l'objet d'une analyse spécifique visant à déterminer si, au cours du mois concerné, un contact/une admission/une délivrance a eu lieu.

Selon une nouvelle proposition concernant le nombre de contacts à avoir lorsque l'on est en incapacité primaire ou en invalidité<sup>12</sup>, une personne en incapacité de travail est tenue d'avoir un contact avec le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire au cours des 4<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> mois. Étant donné que nous étudions déjà les personnes en incapacité de travail de longue durée, nous nous **concentrons ici davantage sur les prédicteurs potentiels d'invalidité au 6<sup>e</sup> mois, de sorte que cette information puisse être utilisée au cours de l'entretien entre la personne en incapacité de travail et le médecin-conseil ou le membre de l'équipe multidisciplinaire, qui a lieu lors du contact du 7<sup>e</sup> mois.** Toutefois, nous observons aussi le profil de consommation de soins des cinq autres moments. Si le pouvoir de discrimination (voir plus loin) du modèle croît à mesure que l'invalidité se rapproche, cela peut en effet indiquer une détérioration de l'état de santé des personnes en invalidité par rapport aux personnes qui n'ont pas connu de période d'invalidité. Quatre modèles sont construits étape par étape :

- Modèle 1 : sont retenus comme prédicteurs les éléments des profils socio-démographique et médical, ainsi que la catégorie ICD-10 des personnes souffrant de troubles de l'humeur et de troubles anxieux. En ce qui concerne le burnout, il n'y a toujours qu'une catégorie ICD-10. La modélisation a lieu respectivement sans (Modèle 1A) et avec (Modèle 1B) interaction entre les prédicteurs.
- Modèle 2 : tous les indicateurs de consommation de soins sont retenus comme prédicteurs binaires. En d'autres termes, on évalue si un contact, une hospitalisation et/ou une délivrance de médicaments a eu lieu ou non au cours du mois concerné. On construit des modèles mensuels distincts (Modèles 2A-2F).
- Modèle 3 : tous les indicateurs de consommation de soins sont retenus comme prédicteurs continus. En d'autres termes, on étudie le nombre de contacts, de jours d'hospitalisation et/ou de doses journalières de médicaments au cours du mois concerné. On construit des modèles mensuels distincts (Modèles 3A-3F).

---

<sup>12</sup> Septième groupe de travail technique 'réflexion procédure évaluation incapacité de travail' : « Note conceptuelle relative à l'organisation du processus d'évaluation de l'incapacité de travail par l'OA et le CMI ».

- Modèle 4 : sont retenus comme prédicteurs les éléments des profils socio-démographique et médical, la catégorie ICD-10 des personnes souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux ainsi que les indicateurs de consommation de soins comme prédicteurs binaires<sup>13</sup>. On construit des modèles mensuels distincts (Modèles 4A-4F).

La qualité du modèle prédictif est évaluée sur la base des courbes de la fonction d'efficacité du récepteur (*Receiver Operating Characteristics, ROC*) et de l'aire sous la courbe (*Area Under the Curve, AUC*), qui illustrent le pouvoir de discrimination. **La discrimination** se rapporte au pouvoir qu'a le modèle de distinguer une personne qui n'entre pas en invalidité d'une personne qui entre en invalidité. La diagonale indique la ligne de base d'un modèle non discriminatoire. La courbe marque la zone de prestation (AUC) du modèle. Nous évaluons les prestations prédictives à l'aide de l'indice de concordance de Harrell (indice C). Cet indice indique la probabilité qu'une personne aléatoirement sélectionnée qui est entrée en invalidité affiche un score de risque plus élevé qu'une personne aléatoirement sélectionnée qui n'est pas entrée en invalidité. Pour les résultats binaires, l'index C est égal à l'AUC. L'index C a une portée de 0,5 (pas de pouvoir de discrimination) à 1 (pouvoir de discrimination maximum). Bien que ce point fasse l'objet de débats, un indice C inférieur à 0,7 est généralement considéré comme ayant un faible pouvoir de discrimination, tandis qu'une valeur entre 0,7 et 0,8 indique une bonne discrimination et qu'un indice >0,8 a un fort pouvoir de discrimination [25].

La qualité du modèle de prédiction est également évaluée à l'aide de la **calibration** et visualisée au moyen d'un graphique de calibration, qui affiche la probabilité estimée par rapport à la probabilité observée<sup>14</sup>. Les graphiques de calibration comprennent des histogrammes indiquant la probabilité estimée.

Enfin, nous avons construit un nomogramme à des fins d'illustration. **Le nomogramme** traduit les résultats du modèle prédictif en une interface graphique conviviale. Afin de faciliter l'interprétation, nous avons créé un **nomogramme dynamique disponible en ligne**.

---

<sup>13</sup> Nous avons décidé d'opter pour les prédicteurs binaires étant donné la valeur ajoutée limitée des prédicteurs continus des Modèles 3A-3F, comme décrit dans la rubrique consacrée aux résultats.

<sup>14</sup> Steyerberg et ses collègues décrivent la discrimination comme suit : "Do patients with the outcome have higher risk predictions than those without?" et la calibration de cette manière : "Do x of 100 patients with a risk prediction of x% have the outcome?" [30]

Les associations significatives ( $p < 0,05$ ) entre prédicteurs et entrée en invalidité sont exprimées à l'aide de rapports de cotes (*odds ratios*). Si l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas la valeur 1, il est considéré comme statistiquement significatif. Afin que les résultats soient affichés de manière lisible, nous calculons également la moyenne des moindres carrés (*Least Squares Means* ou *LS Means*). Dans notre modèle statistique, ils représentent le pourcentage d'invalidité à chaque niveau du prédicteur corrigé par d'autres prédicteurs du modèle. Dans le calcul des LS Means, nous maintenons le rapport de la table de données d'origine pour tous les prédicteurs pris en compte dans le modèle statistique.

Enfin, nous avons effectué plusieurs **analyses de sensibilité** visant à analyser le profil de consommation cumulatif au 6<sup>e</sup> mois après l'entrée en incapacité de travail. Nous calculons le nombre cumulatif de contacts/hospitalisations/délivrances de chaque indicateur de consommation de soins depuis l'entrée en incapacité ; aux 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, et 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité de travail, et aux 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité de travail. Les analyses à venir pourront pleinement prendre en compte la variation temporelle des prédicteurs sélectionnés.

Les analyses ont été effectuées en SAS 9.4 [26]. Le nomogramme et l'outil en ligne ont été créés en R [27] et R Shiny [28].

### 3.5. Limitations de l'étude

Plusieurs limitations d'étude ont compliqué l'analyse et l'interprétation des résultats relatifs à la consommation de soins.

Premièrement, **aucune information n'est disponible sur les profils socio-démographique, médical ou de consommation de soins des personnes dont la période d'incapacité due à un trouble psychosocial a duré moins de six mois**. Dans le modèle prédictif, nous partons du principe que les personnes sont déjà en incapacité de travail de longue durée. Nous pourrions en apprendre davantage si nous pouvions également calculer le pouvoir de discrimination du modèle en y incluant les personnes ayant connu une courte période d'incapacité de travail.

Deuxièmement, la **durée exacte de la période d'incapacité de travail est inconnue**. Nous pouvons uniquement déterminer si la personne entre ou non en invalidité. Cela ne nous permet pas, par exemple, de réaliser des analyses plus avancées tels que l'analyse de survie, grâce à laquelle nous pourrions modéliser le temps s'écoulant jusqu'au retour au travail.

Troisièmement, l'on peut se demander dans quelle mesure la **consommation de soins est un bon indicateur** de l'état de santé.

Quatrièmement, nous n'avons **aucune vue sur le diagnostic ICD-10 du groupe contrôle 1**. Il s'agit d'un groupe très hétérogène dont les diagnostics vont des affections musculosquelettiques aux maladies pulmonaires en passant par diverses formes de cancers. Il va sans dire que le type de diagnostic a une influence sur le profil de consommation de soins ainsi que sur le profil socio-démographique.

Cinquièmement, nous ne connaissons que la consommation de soins dans le cadre de l'assurance obligatoire, ce qui ne donne qu'une vue partielle de la description du profil de consommation de soins, tant en termes de contacts avec les prestataires de soins que de consommation de médicaments. Nous savons, grâce aux rapports précédemment publiés, que les personnes souffrant de troubles psychosociaux ont aussi recours à l'assurance complémentaire, dont les données ne figurent pas dans les bases de données AIM. Par ailleurs, les données disponibles au sein de l'assurance complémentaires ne sont pas toujours complètes. Étant donné les faibles montants remboursés (et qui varient d'un organisme assureur à l'autre), les demandes de remboursement (pas seulement pour des séances chez le psychologue) ne reflètent pas entièrement la réalité. Depuis 2021, les psychologues sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire<sup>15</sup>. Auparavant, l'Agence Intermutualiste ne disposait d'aucune donnée sur les consultations chez les psychologues en cabinet privé, en centre de planning familial ou en Service de santé mentale, peu importe que ces prestations aient été remboursées ou non par l'assurance complémentaire de certains organismes assureurs.

Enfin, **l'absence dans nos analyses de plusieurs prédicteurs pertinents potentiels, auxquels nous faisons référence dans l'introduction**, déforme les résultats de notre analyse. Nous pensons notamment à des aspects autodéclarés tels que la douleur et l'état de santé général, mais aussi à la situation familiale (famille monoparentale, ménage composé d'enfants à besoins de santé spécifiques) [29] et au nombre et à la durée de périodes antérieures d'incapacité de travail.

---

<sup>15</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-en-gespecialiseerde-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>



## 4. Résultats

Cette section porte sur la description de la population d'étude et sur la présentation des résultats relatifs aux trois objectifs que nous nous sommes fixés.

### 4.1. Description de la population d'étude

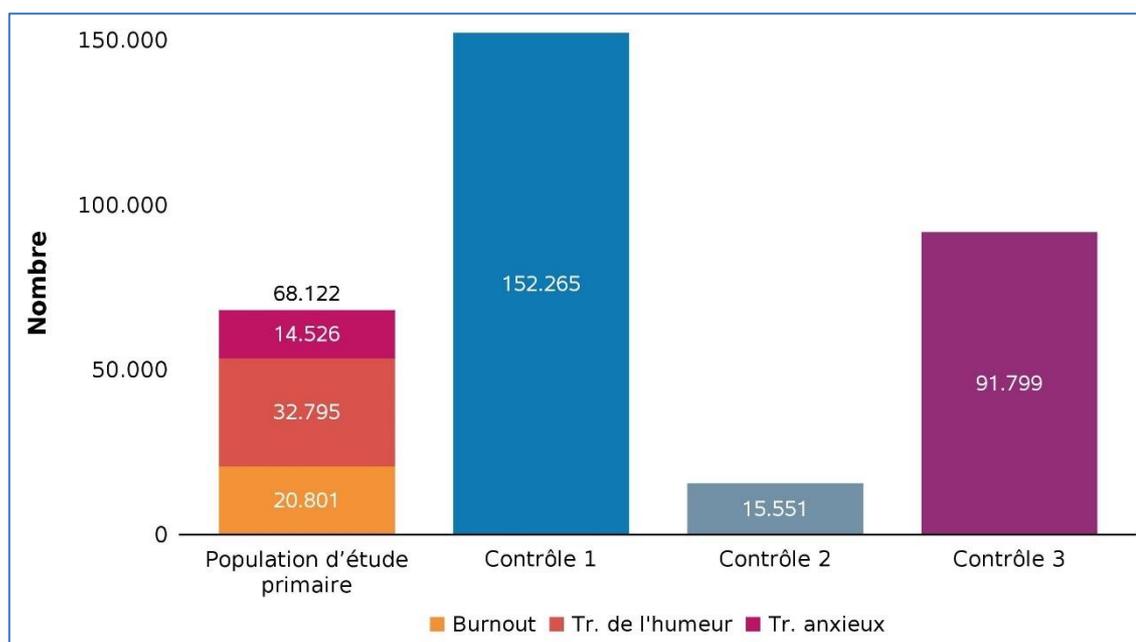
Pour la population d'étude primaire et le **groupe de contrôle 1**, l'INAMI a fourni des informations relatives à 225 544 personnes uniques pour 225 858 périodes d'incapacité de travail de longue durée dont 68 428 périodes dues à des troubles psychosociaux et 156 430 dues à une autre affection (graphique 2). Les personnes comptant plus d'un épisode d'incapacité de travail de longue durée ( $n = 628$ ) ont été exclues ; il restait donc 225 230 personnes uniques comptant le même nombre de périodes d'incapacité de travail. Le profil de consommation de soins de 63 personnes n'a pu être relié aux bases de données de l'AIM. Parmi les 225 167 personnes uniques restantes, 365 sont décédées au cours de la période d'étude dont 28 (0,04 %) personnes étaient en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial et 337 (0,22 %) en incapacité de travail de longue durée due à une autre affection. Une fois les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués, comme nous

l'avons expliqué dans la méthodologie, il restait **68 122 personnes comptant une incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial et 152 265 personnes comptant une incapacité de travail de longue durée due à une autre affection**. Parmi les incapacités de travail de longue durée dues à des troubles psychosociaux, les **troubles de l'humeur (n = 32 795)** étaient les plus fréquents, suivis par le **burnout (n = 20 801)** et les **troubles anxieux (n = 14 526)**.

**Groupe de contrôle 2** – titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques – composé de 15 551 personnes.

**Groupe de contrôle 3** – titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, et qui n'ont consommé ni antidépresseurs ni antipsychotiques – composé de 91 799 personnes.

## Graphique 2. Population d'étude



*Groupe de contrôle 1 : titulaires en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale. Groupe de contrôle 2 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Groupe de contrôle 3 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, et qui n'ont pas consommé d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.*

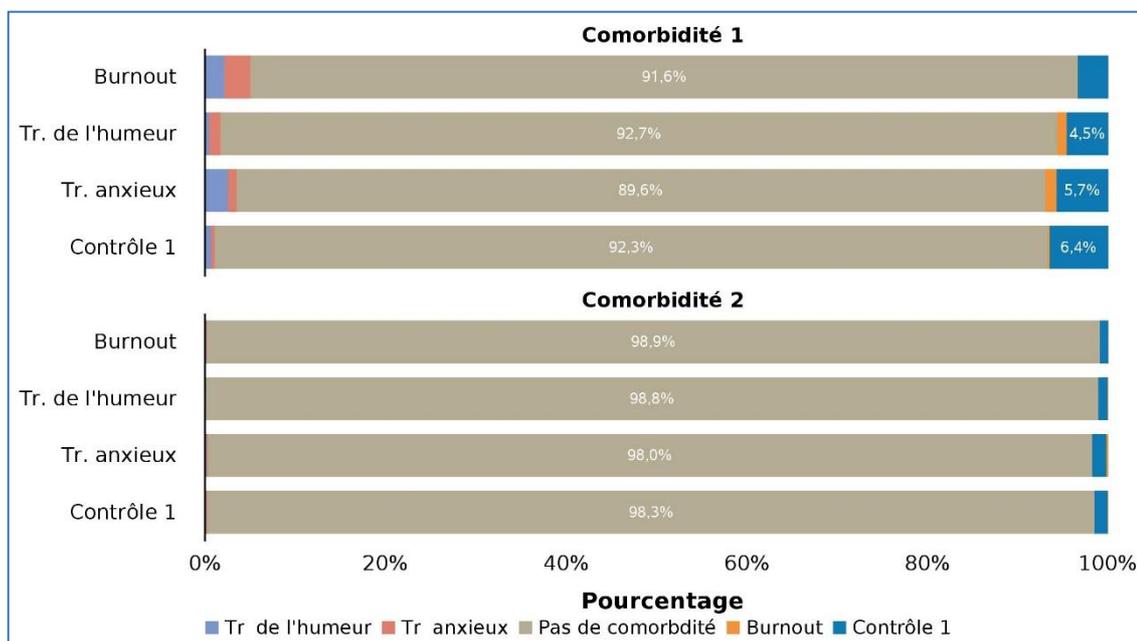
Le diagnostic F43 'Réaction à un facteur de stress sévère' représentait environ la moitié (48,2 %) des troubles anxieux. Le diagnostic F32 'Épisodes dépressifs' représentait près de neuf troubles de l'humeur sur 10 (87,9 %) (tableau 2).

**Tableau 2. Catégories ICD-10 sous-jacentes aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux**

<b>Troubles de l'humeur</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Nombre</b>
F32-Épisodes dépressifs	87,9%	28.824
F34-Troubles de l'humeur persistants	6,1%	1.988
F33-Trouble dépressif récurrent	3,2%	1.043
F31-Trouble affectif bipolaire	2,6%	837
F39-Trouble de l'humeur, sans précision	0,3%	87
F38-Autres troubles de l'humeur	0,0%	10
F30-Épisode maniaque	0,0%	6
<b>Troubles anxieux</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Nombre</b>
F43-Réaction à un facteur de stress sévère	48,2%	6.997
F48-Autres troubles névrotiques	26,2%	3.800
F41-Autres troubles anxieux	22,9%	3.330
F42-Trouble obsessionnel-compulsif	1,0%	151
F45-Troubles somatoformes	0,6%	93
F40-Troubles anxieux phobiques	0,6%	89
F44-Troubles dissociatifs	0,5%	66

Au moins une comorbidité a été enregistrée dans environ un diagnostic sur neuf à un diagnostic sur 10. Parmi les troubles anxieux, une comorbidité autre qu'un trouble psychosocial était la plus fréquente, représentant environ 5,7 % des périodes d'incapacité de travail (graphique 3).

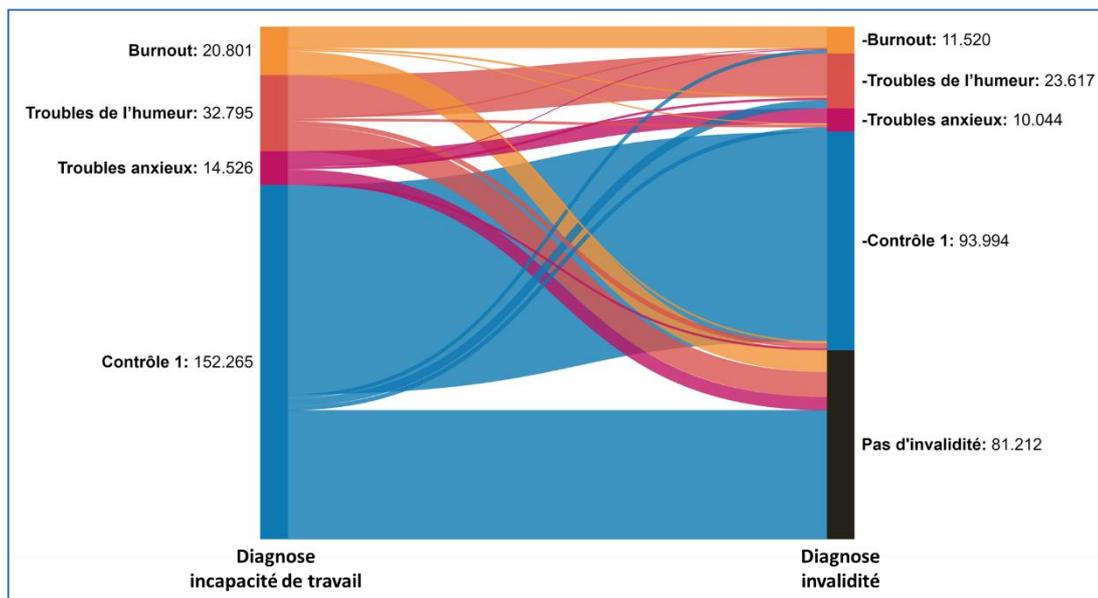
### Graphique 3. Comorbidités



*Groupe de contrôle 1 : titulaires en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale.*

Parmi les 220 387 personnes ayant connu une incapacité de travail de longue durée, 139 175 (63,2 %) sont entrées en invalidité. Un peu plus de la moitié (55,1 % = 11 473) des périodes d'incapacité de travail de longue durée dues au burnout se sont poursuivies par une période d'**invalidité**. Ce taux s'élevait à 67,1 % (n = 22 025) pour les troubles de l'humeur et à 60,5 % (n = 8 786) pour les troubles anxieux ; pour tous les autres diagnostics (groupe de contrôle 1), 63,5 % (n = 96 891). Le graphique 4 indique le passage de l'incapacité de travail primaire de longue durée à l'invalidité et montre qu'un nombre limité de personnes ont reçu un autre diagnostic lors de leur entrée en invalidité.

**Graphique 4. Passage de l'incapacité de travail primaire de longue durée à l'invalidité**



*Groupe de contrôle 1 : titulaires en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale.*

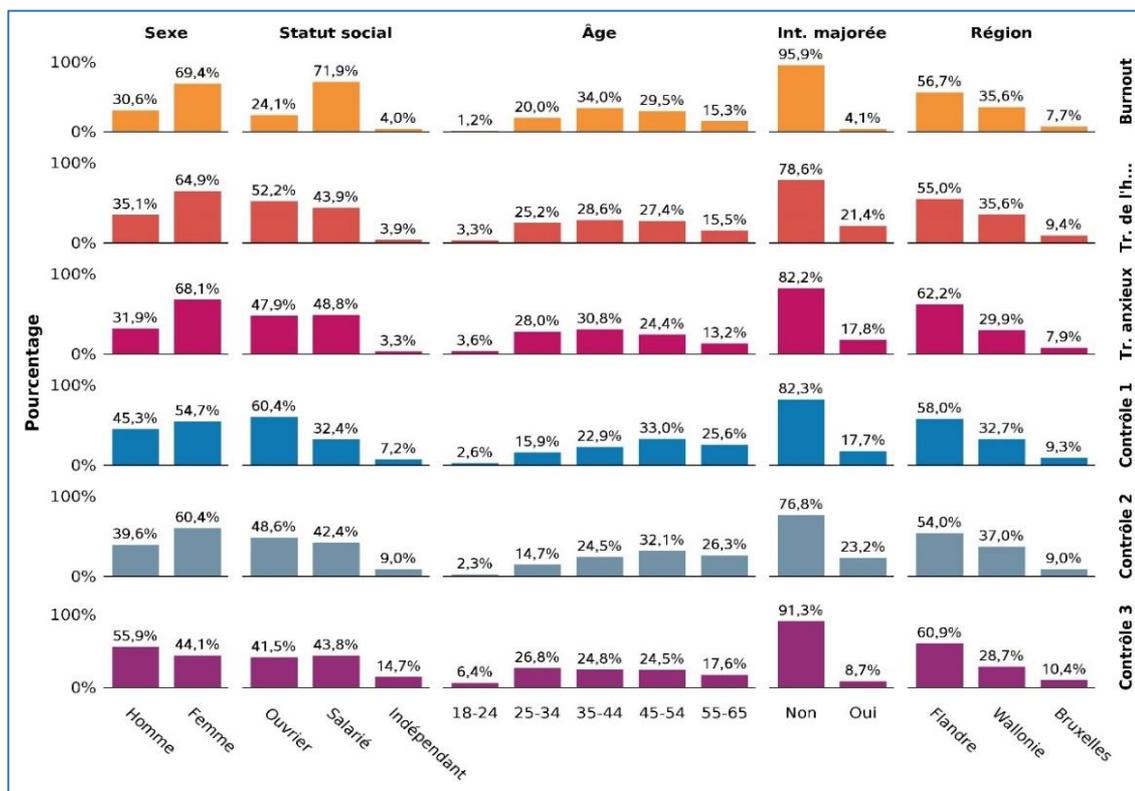
## 4.2. Profil socio-démographique et médical de la population d'étude

Les caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude sont affichées dans le graphique 5. **Près de 70 % des périodes d'incapacité de travail de longue durée dues au burnout (69,4 %), à des troubles de l'humeur (64,9 %) ou à des troubles anxieux (68,1 %) concernent des femmes.** Ce pourcentage est plus bas dans le groupe de contrôle 1 (54,7 %), ce qui signifie que lorsque les femmes sont en incapacité de travail, c'est plus souvent pour des raisons de santé mentale que les hommes. Il est également inférieur à celui du groupe de contrôle 2 (60,0 %), ce qui signifie que les femmes ont davantage de risque de tomber en incapacité de travail lorsqu'elles sont affectées par un problème de santé mentale. Ceci est à mettre en lien avec la prévalence des problèmes de santé mentale, qui sont plus courants chez les femmes : selon l'enquête de santé de Sciensano de 2018, en Belgique, 38,4 % des femmes présentent des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être, contre 27,1 % des hommes. Le statut social est également très hétérogène d'un groupe à l'autre. Les employés représentent 71,9 % des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un burnout ; ce taux est réduit de plus de la moitié dans les autres groupes. La comparaison au groupe de contrôle 3 peut indiquer que les indépendants sont fortement sous-représentés en termes d'incapacité de travail de longue durée,

surtout si l'on considère les troubles psychosociaux. Mais le groupe de contrôle 2 compte aussi proportionnellement moins d'indépendants. En termes d'âge, on observe que les 18-24 ans sont davantage représentés parmi les personnes en incapacité de travail de longue durée due à des troubles anxieux et de l'humeur (en comparaison avec les groupes de contrôle 1 et 2) et que c'est également le cas pour les 25-34 et les 35-44 ans pour tous les troubles de santé mentale. En d'autres termes, le risque d'incapacité de travail de longue durée due à des troubles d'ordre psychologique est plus grand chez les moins de 44 ans. À nouveau, nous pouvons faire le lien avec la prévalence des problèmes de santé mentale plus élevée chez les moins de 44 ans (39,0 % des 25-34 ans présentent des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être, contre 29,5 % des 55-64 ans, Sciensano 2018).

Enfin, nous constatons que les personnes domiciliées en Wallonie sont surreprésentées parmi les incapacités de travail dues à un burnout ou à des troubles de l'humeur (par rapport aux groupes de contrôle 1 et 3). Cela signifie donc qu'elles présentent davantage de risques d'être en incapacité de longue durée pour raison de santé mentale. Une fois encore, un lien avec la prévalence des problèmes peut être établi : 39,1 % des Wallons présentent des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être, contre 29,8 % des Flamands (Sciensano 2018).

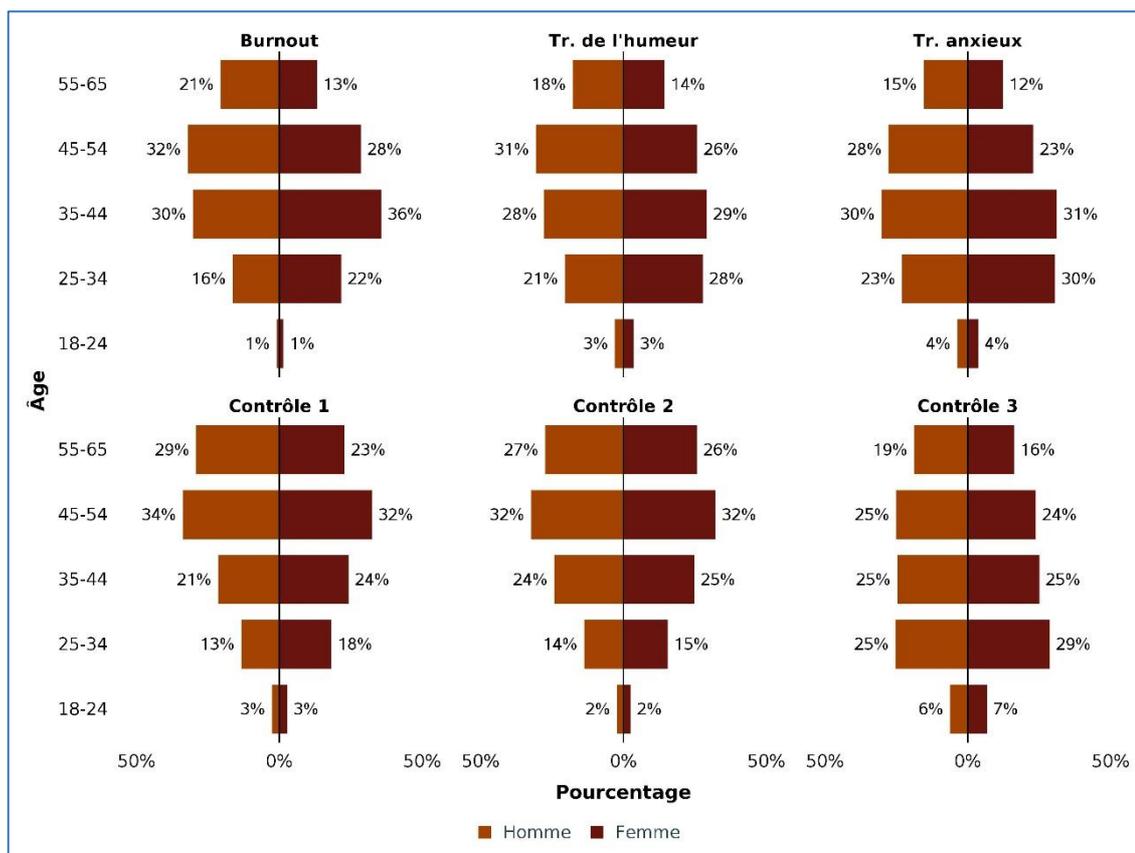
**Graphique 5. Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude**



*Groupe de contrôle 1 : titulaires en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale. Groupe de contrôle 2 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Groupe de contrôle 3 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, et qui n'ont pas consommé d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.*

Une représentation visuelle des tranches d'âge selon le sexe (graphique 6) montre que, par rapport au groupe de contrôle 3, les femmes âgées de 35 à 44 ans sont encore davantage représentées que les hommes de la même tranche d'âge dans le groupe des personnes en incapacité de travail due à un burnout. En revanche, au sein de ce même groupe, les hommes de 45 à 54 ans sont davantage représentés que les femmes de la même tranche d'âge. Nous pouvons poser un constat similaire parmi les personnes souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux. La répartition en tranches d'âge par sexe est généralement comparable entre les groupes de contrôle 2 et 3, mais les personnes âgées de 45 ans et plus sont fortement surreprésentées dans les groupes de contrôle 1 et 2.

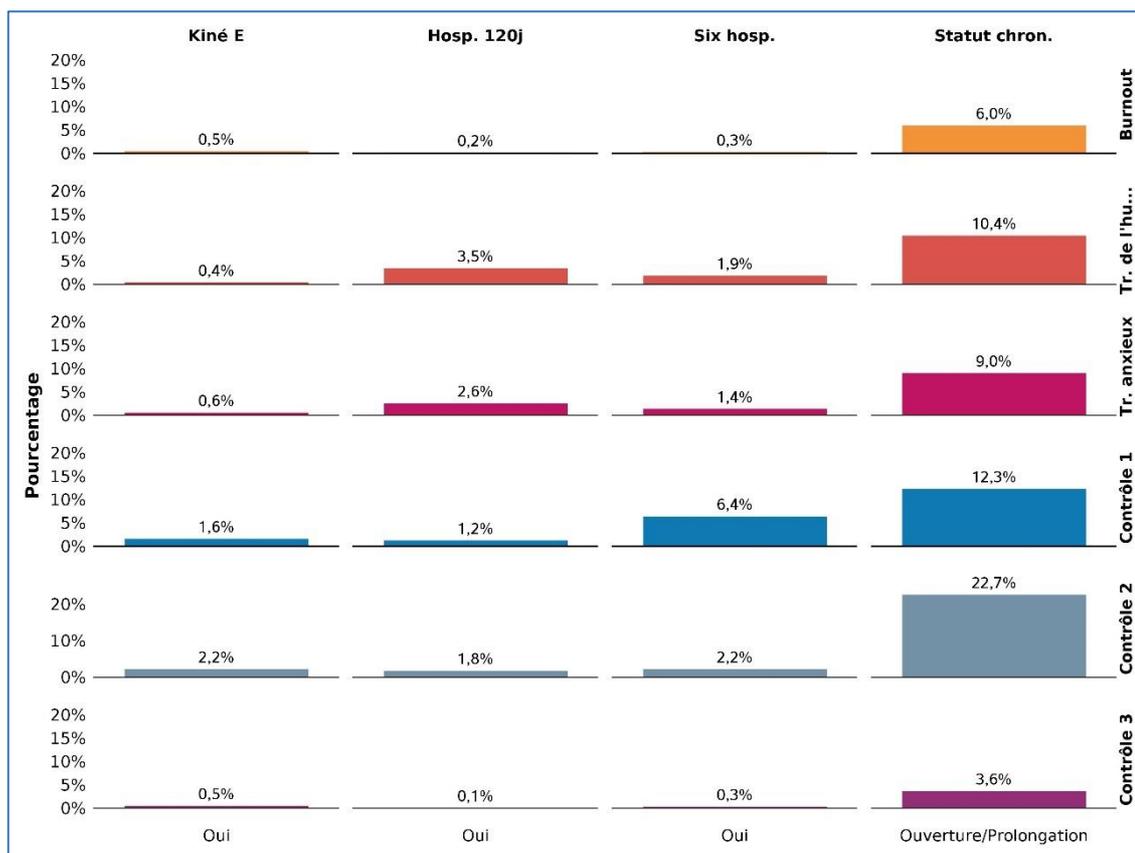
**Graphique 6. Ventilation des tranches d'âge selon le sexe**



*Groupe de contrôle 1 : titulaires en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale. Groupe de contrôle 2 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Groupe de contrôle 3 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, et qui n'ont pas consommé d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.*

Le graphique 7 affiche les différences dans les indicateurs du profil médical. Peu de personnes obtiennent l'accord du médecin-conseil pour une kinésithérapie E ou une physiothérapie, mais il convient de souligner que c'est plus souvent le cas des personnes du groupe de contrôle 2. De même, elles ont plus fréquemment obtenu une ouverture ou une prolongation du statut affection chronique. Les personnes en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale sont donc plus souvent que d'autres – six fois plus – admises en hôpital général ou psychiatrique au cours de l'année civile concernée ou précédente. Cependant, les personnes en incapacité de travail de longue durée due à des troubles de l'humeur ou à des troubles anxieux sont à nouveau celles qui sont les plus fréquemment admises en hôpital général ou psychiatrique, avec une durée totale d'au moins 120 jours au cours de l'année civile concernée ou précédente.

**Graphique 7. Profil médical : allocations et statuts**



*Groupe de contrôle 1 : titulaires en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale. Groupe de contrôle 2 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Groupe de contrôle 3 : titulaires qui ne sont pas entrés en incapacité de travail ou étaient déjà en incapacité de travail, et qui n'ont pas consommé d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.*

## 4.3. Profil de consommation de soins de la population d'étude

### 4.3.1. Résultats généraux

Les graphiques 8 (population d'étude primaire et groupe de contrôle 1) et 9 (groupes de contrôle 2 et 3) donnent un aperçu de la consommation de soins relative aux huit indicateurs dont la consommation de soins est la plus fréquente.

Les graphiques B3.1 et B3.12 (annexe 3) détaillent le profil de consommation de soins des personnes en incapacité de travail due à un trouble psychosocial ou à une autre affection. Ils dessinent des courbes légèrement différentes, car ils affichent l'évolution mensuelle, tandis que les graphiques 8 et 9 montrent des résultats trimestriels. Une comparaison de ces deux graphiques entre eux révèle également

d'évidentes variations saisonnières en termes de consommation de soins. Les données des groupes de contrôle 2 et 3 sont toujours affichées par trimestre effectif ; l'agrégation trimestrielle des personnes en incapacité de travail est quant à elle effectuée par rapport au moment où elles entrent en incapacité, ce qui varie d'une personne à l'autre.

### Contact avec le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le kinésithérapeute

L'augmentation du pourcentage de personnes ayant eu un contact avec un médecin spécialiste s'observe plus tôt chez les personnes en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale que chez les personnes en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial. Au cours des trois mois suivant l'entrée en incapacité, la quasi-totalité des premières citées (93 %) ont eu un contact avec un médecin spécialiste. C'est davantage le cas que chez les personnes souffrant d'un trouble psychosocial (burnout : 66 % ; troubles anxieux : 74 % ; troubles de l'humeur : 75 %), et l'augmentation par rapport à la situation antérieure à l'entrée en incapacité de travail se poursuit plus longtemps dans le temps. **Les graphiques dessinent des courbes assez similaires en ce qui concerne les personnes souffrant de troubles psychosociaux, même si les contacts avec un médecin spécialiste sont généralement moins fréquents parmi les personnes souffrant d'un burnout comparés à ceux des personnes souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux.** En règle générale, les contacts les plus fréquents relèvent de la radiologie, de la biologie clinique, de la psychiatrie, de l'orthopédie et de l'anesthésie (graphiques B3.3 et B3.4). Naturellement, les variations dépendent fortement de la maladie.

**En ce qui concerne le contact avec un médecin généraliste, les personnes souffrant de burnout enregistrent un pic (plus) élevé au cours des trois premiers mois suivant l'entrée en incapacité de travail, atteignant 94 % ; c'est l'augmentation qui se maintient dans le temps le plus longtemps.** De même, on observe des contacts plus fréquents parmi les personnes souffrant de troubles de l'humeur (87 %) et de troubles anxieux (88 %) que chez les personnes ayant d'autres diagnostics (83 %). Ces écarts se maintiennent généralement jusqu'au moment de l'entrée en invalidité.

Tout comme c'est le cas des contacts avec un médecin spécialiste, les contacts avec un kinésithérapeute sont les plus fréquents chez les personnes en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale. Chez ces personnes, le pourcentage de contacts avec un kinésithérapeute a triplé au cours des trois premiers mois suivant l'entrée en incapacité de travail, dépassant même légèrement les quatre personnes sur 10 (42 %). La croissance du pourcentage de personnes

ayant eu au moins un contact avec un kinésithérapeute, ainsi que du nombre moyen de contacts, se poursuit dans la période suivant l'entrée en incapacité de travail. **En termes de pourcentage, les personnes souffrant de burnout ont davantage de contacts avec un kinésithérapeute que celles atteintes de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux, mais leur nombre moyen de contacts est plus faible (graphique B3.10).**

**Par ailleurs, le taux de personnes ayant eu un contact avec un généraliste, spécialiste ou kinésithérapeute deux ans après l'entrée en incapacité de travail est toujours plus élevé qu'avant celle-ci.** On observe des tendances similaires pour le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste (graphique B3.2), un spécialiste (graphique B3.2) ou un kinésithérapeute (graphique B3.10).

La consommation de soins du groupe de contrôle 2 est très prononcée. Durant la période d'étude, le taux de personnes ayant eu un contact avec un médecin généraliste par trimestre varie entre 59 % et 70 %, celui des contacts avec un spécialiste entre 56 % et 63 % et enfin celui des contacts avec un kinésithérapeute entre 12 % et 14 %. Les taux correspondants du groupe de contrôle 3 s'élèvent respectivement de 36 % à 48 %, 33 % à 40 % et 6 % à 9 %.

## Hospitalisation

**Entre 20 et 25 % des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un trouble psychosocial connaissent une hospitalisation classique (c'est-à-dire avec nuitée) durant la période de trois mois suivant l'entrée en incapacité de travail.** C'est le cas de près de six personnes sur 10 souffrant d'autres affections (57 %). Par ailleurs, on observe déjà une augmentation chez ces personnes avant l'entrée en incapacité de travail. Deux ans après l'entrée en incapacité, un quart (23 %) des personnes enregistre une hospitalisation classique, ce qui n'est pas le cas des personnes souffrant de troubles psychosociaux. Ce pourcentage trimestriel varie entre 15 % et 18 % au sein du groupe de contrôle 2, tandis qu'il est bien moins élevé dans le groupe de contrôle 3 (8 %-10 %).

**Les hospitalisations en hôpital psychiatrique ou en SPHG s'observent principalement chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux : respectivement 13 % et 9 % au cours des trois mois suivant le début de l'incapacité de travail.** De même, la durée moyenne de ces séjours dépasse largement celle des séjours classiques, et ce pour tous les groupes de personnes en incapacité de travail confondus (graphique B3.6).

Nous avons observé un taux très limité de personnes comptant une admission en centre de réhabilitation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes (graphique B3.11), une hospitalisation de jour (graphique B3.5) ou une admission au service d'urgence pour soins psychiatriques (graphique B3.5).

## Délivrance de médicaments

**Neuf personnes sur 10 (91 %) en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale comptent une délivrance de médicaments remboursables au cours des trois mois suivant l'entrée en incapacité de travail.** Ces pourcentages sont (légèrement) moins élevés chez les personnes souffrant de troubles anxieux (87 %), de troubles de l'humeur (82 %) et de burnout (74 %) ; ils sont encore plus élevés deux ans après l'entrée en incapacité que deux ans auparavant. Moins de la moitié des personnes du groupe de contrôle 3 (41 %-47 %) compte une délivrance de médicaments par trimestre ; dans le groupe de contrôle 2, environ quatre personnes sur cinq (76 %-81 %).

Lors du mois d'entrée en incapacité de travail, les médicaments qui agissent sur le système nerveux ont été délivrés à 55 % des personnes souffrant d'une affection non psychosociale (graphique B3.7). C'est presque autant qu'aux personnes qui souffrent de troubles de l'humeur (52 %) et (largement) plus qu'à celles qui souffrent de troubles anxieux (42 %) ou de burnout (30 %). Au cours des mois qui suivent, en revanche, ce sont les personnes souffrant de troubles de l'humeur et de troubles anxieux qui en comptent le plus. On observe la même tendance pour ce qui est des psycholeptiques et des hypnotiques. Par rapport aux personnes souffrant d'autres affections, les psychoanaleptiques sont généralement délivrés davantage aux personnes souffrant de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, avant comme après l'entrée en incapacité de travail. C'est également le cas des personnes souffrant de burnout, mais uniquement après l'entrée en incapacité. Le graphique B3.8 indique que l'on observe bien souvent un pic de délivrance de médicaments lors de l'entrée en incapacité de travail, tant pour l'ensemble des médicaments que pour les différents groupes anatomiques principaux et les sous-groupes thérapeutiques.

## Psychothérapie chez le psychiatre

**Ce sont les personnes souffrant de troubles de l'humeur qui consultent le plus souvent un psychiatre (33 % au cours des trois premiers mois suivant l'entrée en incapacité de travail).** Celles souffrant de troubles anxieux (27 %) en consultent moins souvent – ce taux est encore plus bas en cas de burnout (14 %). Les personnes chez qui un autre diagnostic a été posé font aussi parfois appel à ce service (4 à 5 %). La moyenne des contacts, parmi les personnes qui en comptent,

est très similaire (graphique B3.9). Dans le groupe de contrôle 2, le taux de séances de psychothérapie chez un psychiatre atteint 12 % à 14 %.

### Réhabilitation psychosociale ou rééducation dans le cadre d'assuétudes

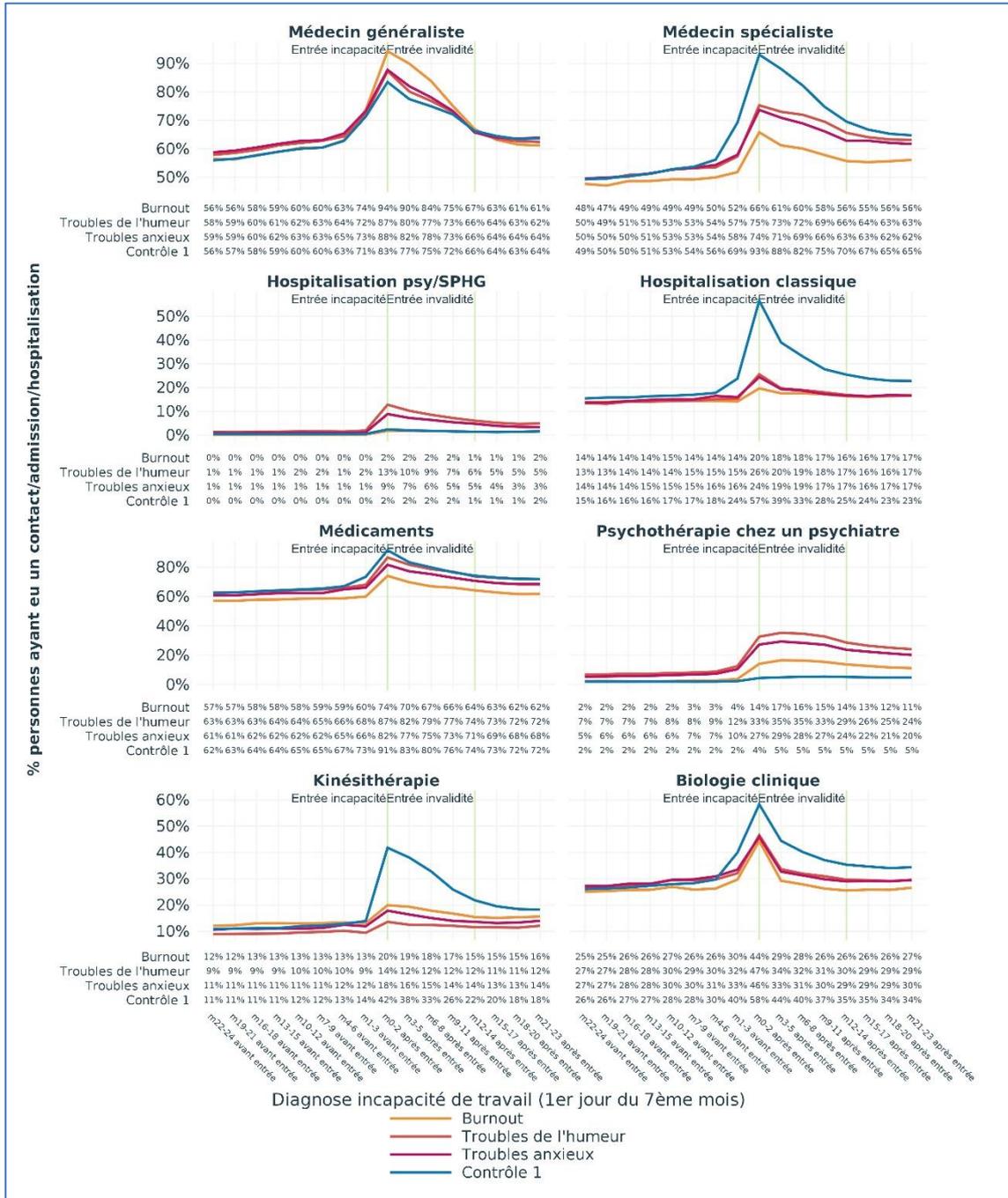
Selon le graphique B3.11, on ne compte qu'un nombre très faible de personnes admises en centre de réhabilitation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes.

### Prestations biologie clinique

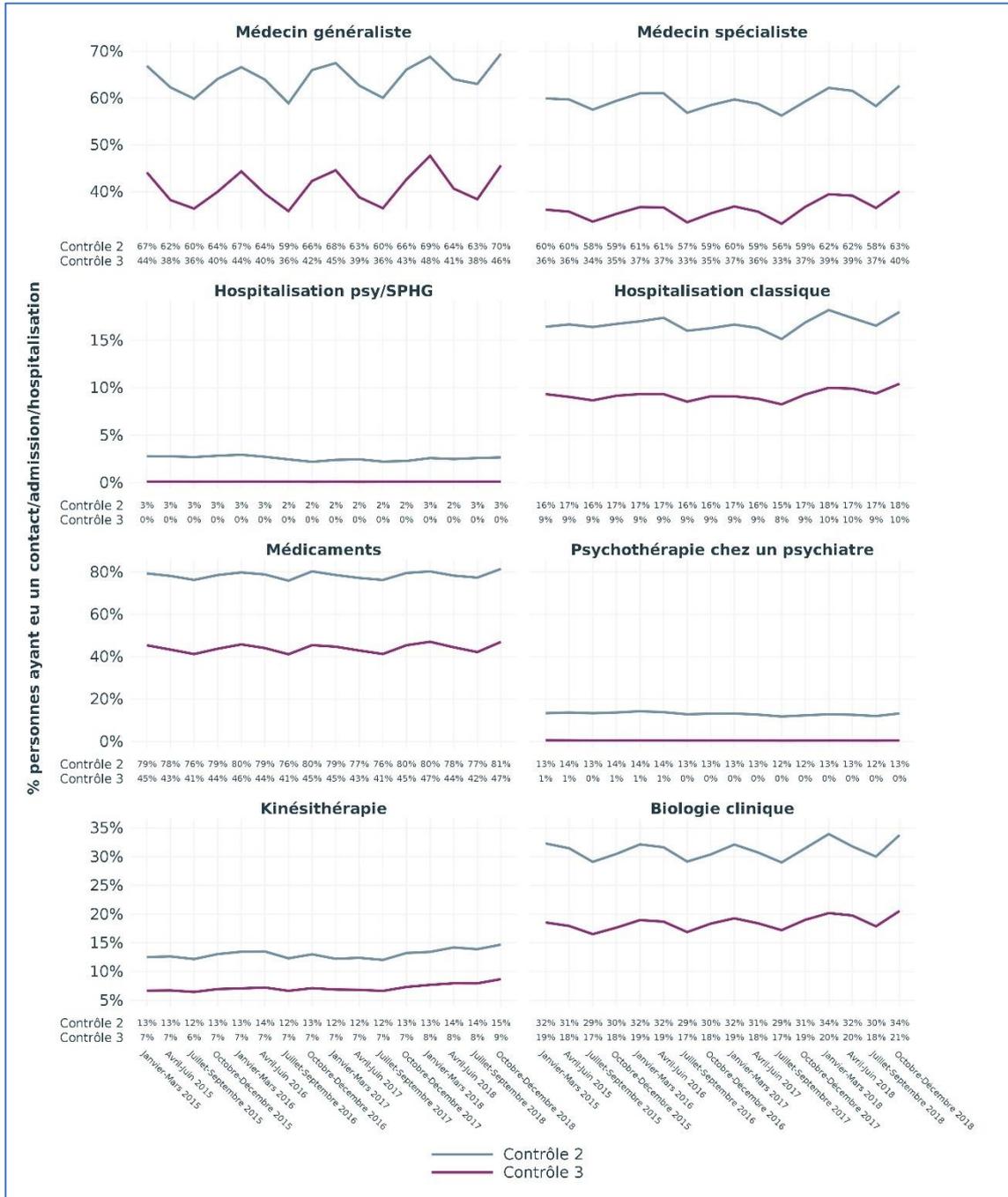
Près de six personnes sur 10 en incapacité de travail de longue durée due à une affection non psychosociale comptent une prestation de biologie clinique au cours des trois mois suivant l'entrée en incapacité. **Ce taux tourne autour des 45 % pour les personnes souffrant de troubles psychosociaux** ; il connaît un pic de très courte durée. En revanche, pour les personnes souffrant d'autres affections, on observe déjà une augmentation avant l'entrée en incapacité de travail qui, après les trois premiers mois, reste nettement plus élevée qu'avant l'entrée en incapacité. Selon le graphique B3.12, la hausse précédant l'entrée en incapacité de travail ne se manifeste que lors du dernier mois qui la précède. Elle est aussi très légèrement perceptible chez les personnes souffrant de troubles psychosociaux.

Dans le groupe de contrôle 3, sur une base trimestrielle, environ un sixième à un cinquième (17 %-21 %) des personnes comptent une prestation de biologie clinique contre près d'un tiers (29 %-34 %) dans le groupe de contrôle 2.

**Graphique 8. Aperçu des indicateurs dont la consommation est la plus élevée : population d'étude primaire et groupe de contrôle 1**



**Graphique 9. Aperçu des indicateurs dont la consommation est la plus élevée : groupes de contrôle 2 et 3**



#### 4.3.2. Caractéristiques socio-démographiques et profil de consommation de soins

Les graphiques B4.1 à B4.5 (Annexe 4) illustrent, par pathologie, les variations dans les huit indicateurs dont la consommation de soins est la plus fréquente selon le sexe (graphique B4.1), la tranche d'âge (graphique B4.2), le statut social

(graphique B4.3), le droit à l'intervention majorée (graphique B4.4) et le statut affection chronique (graphique B4.5).

**La consommation de soins est toujours plus élevée chez les femmes que chez les hommes**, et ce pour tous les groupes de pathologies, à l'exception des admissions en hôpital psychiatrique ou en SPHG et des psychothérapies chez le psychiatre. Les écarts sont moins importants au cours des trois premiers mois suivant l'entrée en incapacité de travail.

Les chiffres varient nettement d'une tranche d'âge à l'autre si l'on considère la délivrance de médicaments (plus élevée chez les personnes âgées), les admissions en hôpital psychiatrique ou en SPHG (plus élevées chez les jeunes), les psychothérapies chez le psychiatre (bien plus élevées chez les personnes âgées après l'entrée en incapacité de travail) et les prestations de biologie clinique (hausse plus marquée chez les jeunes avant l'entrée en incapacité de travail).

**Au cours de la période précédant l'entrée en incapacité de travail, nous observons des écarts substantiels entre les statuts sociaux en termes de consultations chez le médecin généraliste ou spécialiste ; ils se manifestent le moins souvent chez les indépendants et le plus souvent chez les salariés.** Lors de l'entrée en incapacité de travail, ces écarts diminuent. En ce qui concerne les troubles psychosociaux, les indépendants font le plus souvent appel à un médecin spécialiste par la suite. Les différences en termes de délivrance de médicaments, bien souvent déjà négligeables, disparaissent lors de l'entrée en incapacité. **Pour ce qui est des troubles psychosociaux, ce sont les indépendants qui ont le plus souvent recours à une psychothérapie chez le psychiatre.**

**Exprimée en pourcentage, la consommation des personnes qui ont droit à l'intervention majorée est, en règle générale, (légèrement) supérieure à celle des autres bénéficiaires.** Ce n'est pas le cas concernant les contacts avec un kinésithérapeute ou un médecin généraliste. Pour les bénéficiaires ordinaires, le pourcentage de personnes comptant un contact avec le médecin généraliste grimpe encore plus nettement lors de l'entrée en incapacité de travail, notamment en cas de trouble psychosocial.

**Le pourcentage de consommation de soins des personnes possédant le statut d'affection chronique est largement supérieur à celui des personnes non concernées par celui-ci.** Seul le pourcentage de contacts avec le généraliste lors de l'entrée en incapacité de travail est similaire. C'est aussi plus ou moins le cas du groupe de contrôle 1 en termes de contacts avec le médecin spécialiste ou le kinésithérapeute.

## 4.4. Indicateurs socio-démographiques, médicaux et de consommation de soins comme prédicteurs de l'entrée en invalidité

### 4.4.1. Description du profil de consommation de soins des personnes entrant en invalidité ou non

Le graphique 10 montre que **bien souvent, les disparités en termes de profil de consommation de soins entre les personnes qui entrent en invalidité et celles qui n'y entrent pas se manifestent dès l'entrée en incapacité de travail**. On observe néanmoins déjà avant l'entrée en incapacité de travail des écarts, minimes ou non, dans le taux des personnes qui comptent un contact avec le médecin spécialiste, la délivrance de médicaments et la psychothérapie chez le psychiatre. Par exemple, 69 % des personnes en incapacité de travail de longue durée pour burnout qui sont entrées en invalidité ont fait appel à un médecin spécialiste au cours des trois mois suivant l'entrée en incapacité de travail. Ce taux s'élève à 62 % chez les personnes qui ne sont pas entrées en invalidité et diminue plus rapidement au fil du temps. Une tendance similaire se dessine en cas d'autres pathologies. Le graphique indique également que le taux de personnes faisant appel à la psychothérapie, parmi celles qui finiront par entrer en invalidité, augmente encore après l'entrée en incapacité de travail, et ce tous troubles psychosociaux confondus.

### 4.4.2. Description du lien sous-jacent entre les indicateurs de consommation de soins chez les personnes en incapacité de travail de longue durée due à un burnout

Le graphique 11 reprend un corrélogramme décrivant la corrélation tétrachorique mutuelle entre les indicateurs de consommation de soins à divers moments dans le temps pour des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un burnout.

**La corrélation entre les indicateurs de consommation de soins est souvent plus forte à des moments successifs que lorsque les moments sont plus éloignés dans le temps**. On note tout de même une corrélation modérée pour les contacts avec un kinésithérapeute ( $r_{tet} = 0,41$ ), la psychothérapie chez le psychiatre ( $r_{tet} = 0,52$ ), l'hospitalisation classique ( $r_{tet} = 0,39$ ) et l'admission en hôpital psychiatrique ou en SPHG ( $r_{tet} = 0,48$ ) entre ce qui se produit six mois avant l'entrée en incapacité de travail et neuf mois après celle-ci. L'association modérée pour les médicaments peut être due au moment de la délivrance.

**La corrélation entre les indicateurs de consommation de soins est la plus forte parmi les indicateurs qui concernent les médecins spécialistes, mais**

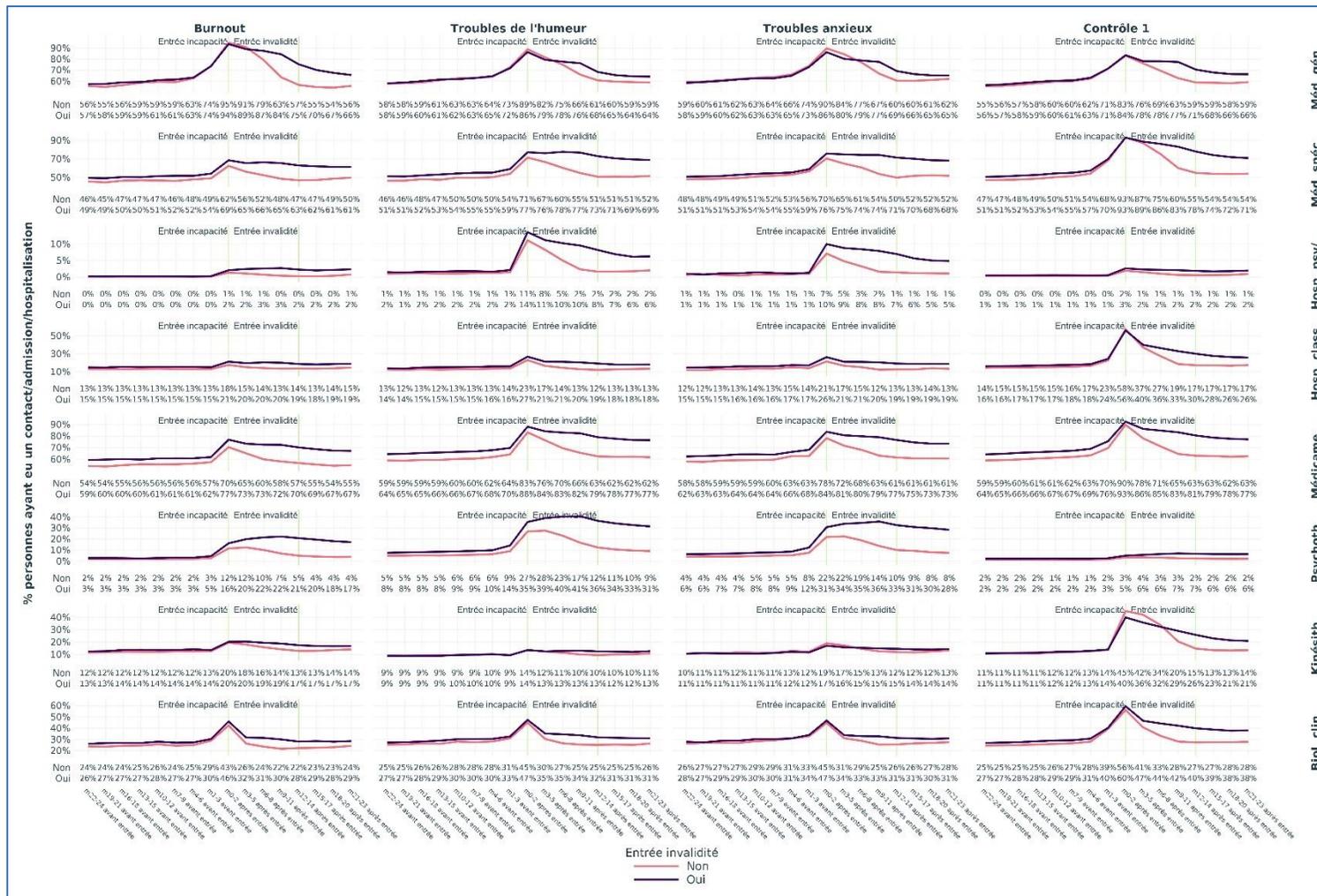
**aussi entre le contact avec le généraliste et les prestations de biologie clinique.** On observe également une corrélation modérée entre la psychothérapie chez le psychiatre et l'admission en hôpital psychiatrique ou en SPHG, notamment avant l'entrée en incapacité de travail. De même, les hospitalisations classiques indiquent une corrélation modérée avec les prestations de biologie clinique et les admissions en hôpital psychiatrique ou en SPHG.

La corrélation entre les indicateurs de consommation de soins et l'entrée en invalidité augmente à mesure qu'approche le moment d'entrée en invalidité.

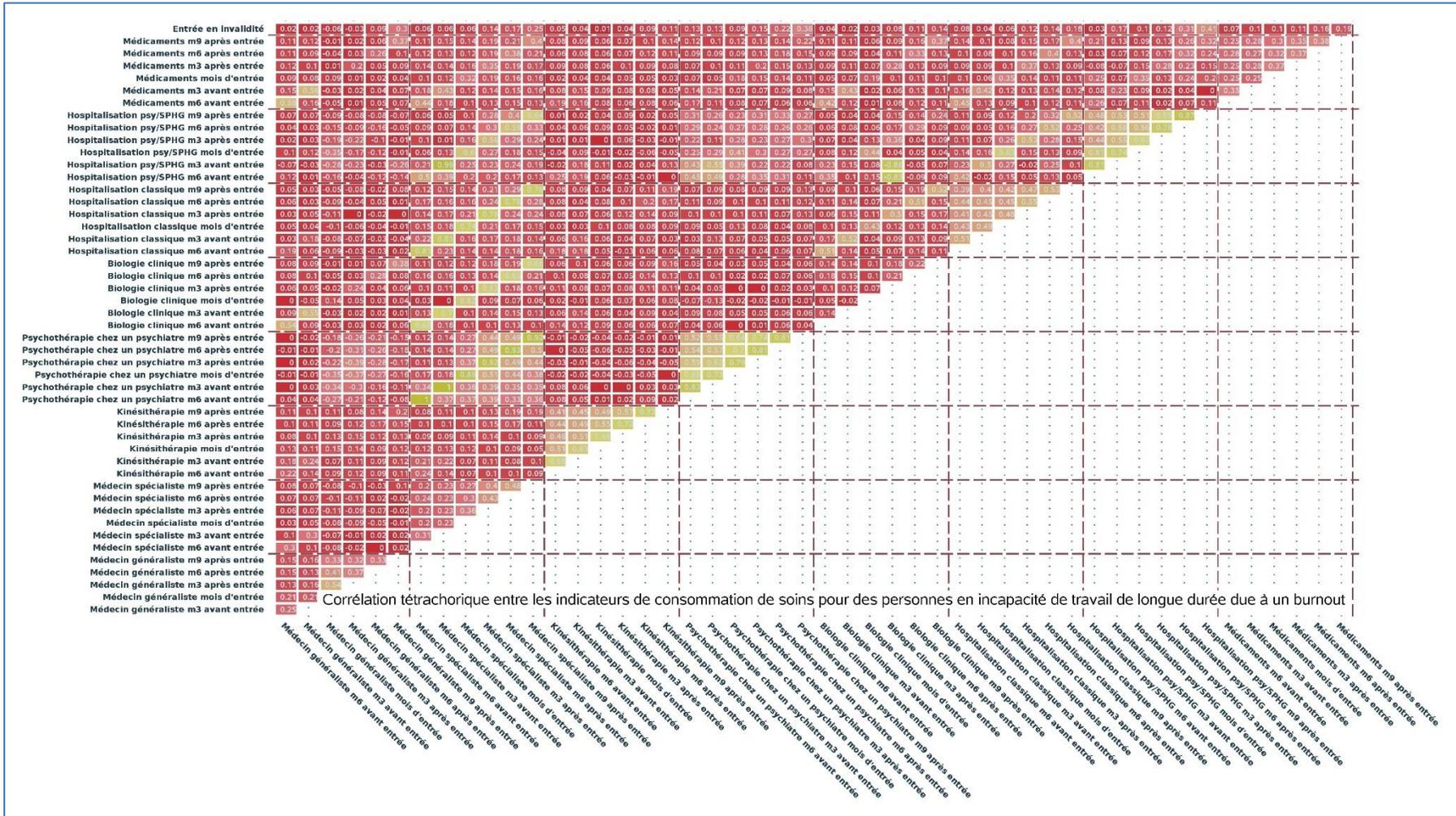
#### **4.4.3. Profil de consommation de soins longitudinal des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un burnout**

Les profils individuels des indicateurs de consommation de soins (graphique 12), y compris pour les personnes souffrant de burnout, indiquent qu'**au fil du temps, la consommation de soins dessine une tendance irrégulière pour les uns et très régulière pour les autres.** On peut se demander si certains indicateurs de consommation de soins tels que la médication, le contact avec un kinésithérapeute ou la séance de psychothérapie facilitent le retour au travail ou soulignent plutôt un problème sous-jacent persistant qui empêche la personne de reprendre le travail.

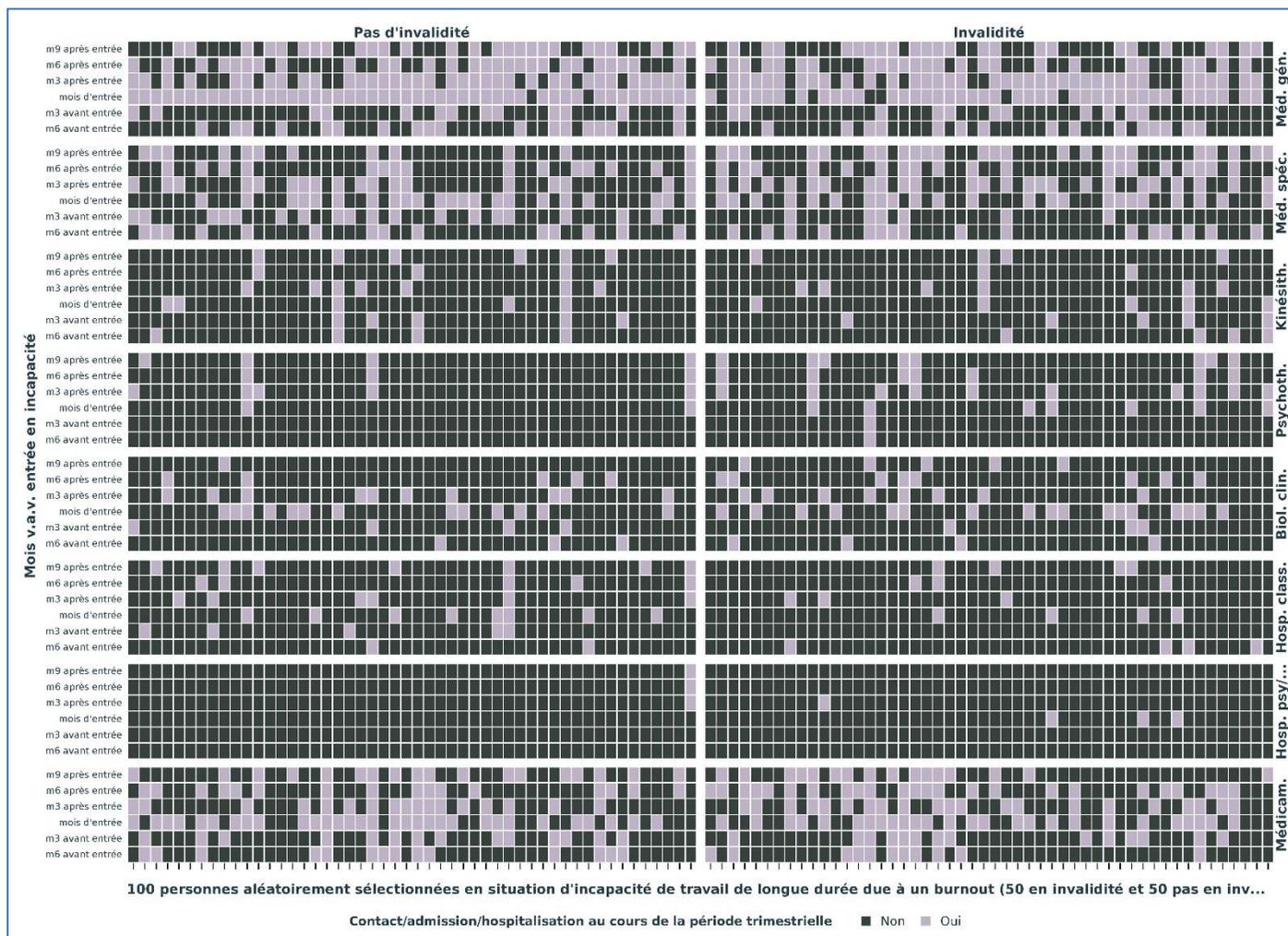
**Graphique 10. Aperçu des indicateurs dont la consommation par les personnes en incapacité de travail de longue durée est la plus élevée : différences au fil du temps entre les personnes entrées en invalidité et les personnes qui ne sont pas entrées en invalidité**



**Graphique 11. Corrélogramme indiquant la corrélation tétrachorique des indicateurs de consommation de soins au fil du temps dans le cas d'une incapacité de travail de longue durée due à un burnout**



**Graphique 12. Profil de consommation de soins longitudinal de 100 personnes aléatoirement sélectionnées en situation d'incapacité de travail de longue durée due à un burnout**



#### 4.4.4. Analyse statistique du lien entre les profils socio-démographique, médical et de consommation de soins et l'entrée en invalidité

Le graphique 13 et le tableau 3 illustrent le pouvoir de discrimination des profils socio-démographique et médical, la catégorie ICD-10 et le profil de consommation de soins des personnes en incapacité de travail de longue durée pour prédire l'entrée en invalidité.

Le pouvoir de discrimination commun du profil socio-démographique, du profil médical et de la catégorie ICD-10, relatif ou non à l'entrée en invalidité, est limité : l'AUC varie de 0,629 pour le burnout à 0,641 pour le groupe de contrôle 1 (modèle 1A et 1B dans le graphique 13 et le tableau 3). Ce pouvoir n'augmente guère lorsque sont pris en considération les termes d'interaction entre les prédicteurs candidats.

**Le profil de consommation de soins permet de mieux distinguer les personnes qui entrent ou non en invalidité à mesure qu'approche l'entrée en invalidité.** C'est ce qu'indiquent les courbes des modèles 2 et 3 (graphique 13), qui approchent du coin supérieur gauche à mesure qu'approche l'entrée en invalidité, ainsi que l'augmentation de l'AUC (*Area Under the Curve*) dans le tableau 3. Nous pouvons aussi déduire de la comparaison des modèles 2 et 3 que l'utilisation des indicateurs de consommation de soins comme variables prédictives continues n'apporte que peu ou pas de plus-value par rapport à leur utilisation en tant que variables prédictives binaires.

Le pouvoir de discrimination est au plus fort lorsque l'on considère comme un tout le profil socio-démographique, le profil médical, la catégorie ICD-10 et le profil de consommation de soins. Au 9<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité de travail (modèle 4F), nous obtenons un modèle pouvant être considéré comme acceptable afin de prédire le risque d'entrée en invalidité : l'AUC varie de 0,705 pour le burnout à 0,712 pour les troubles de l'humeur. En d'autres termes, parmi les personnes en incapacité de longue durée due à un burnout, le modèle prédictif attribuera dans 70,5 % des cas une plus grande probabilité d'entrer en invalidité à une personne aléatoirement sélectionnée qui entre en invalidité qu'à une personne aléatoirement sélectionnée qui n'entre pas en invalidité.

Le pouvoir de discrimination au 6<sup>e</sup> mois (modèle 4E) (n')oscille donc (que) de 0,654 pour le burnout à 0,669 pour les troubles de l'humeur. En revanche, la moyenne des risques prédits est très similaire au pourcentage observé de personnes qui entrent effectivement en invalidité, et les courbes sont proches de la diagonale des courbes de calibration (graphique 14). Cela signifie que les risques prédits correspondent bien aux rapports observés. On note certes une légère surestimation de la probabilité estimée d'entrer en incapacité de travail chez les personnes souffrant de burnout qui

se situent au-dessus de la courbe de calibration (présentant un haut risque d'entrée en invalidité). Concernant les personnes souffrant de troubles anxieux, on observe sous la courbe de calibration (faible risque d'entrée en invalidité) une légère sous-estimation de la probabilité estimée d'entrer en incapacité de travail.

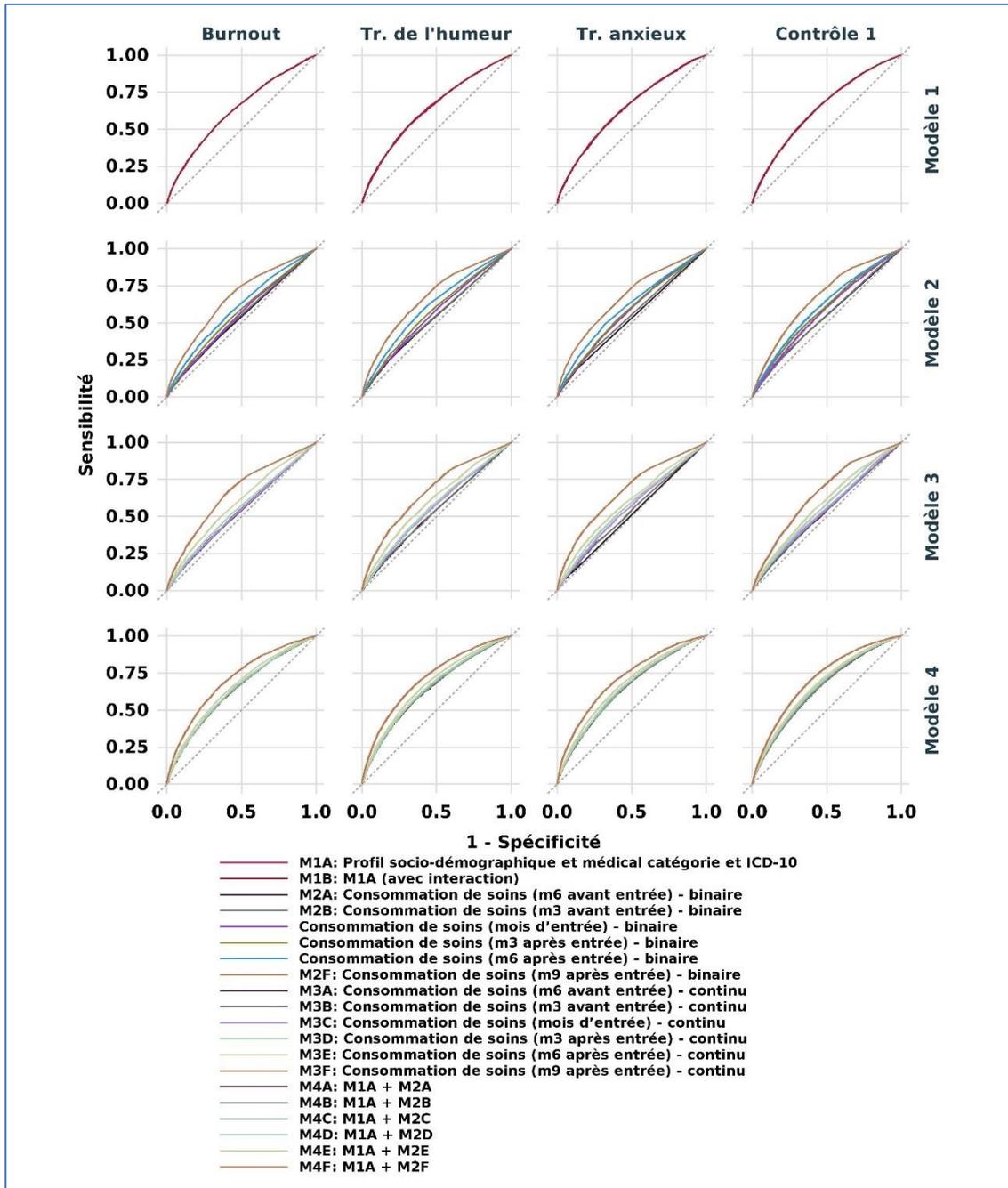
Le tableau de classification du modèle de régression logistique, notamment pour les personnes souffrant de troubles de l'humeur, nous apprend que le modèle peut bel et bien représenter une plus-value. Prenons l'exemple des troubles de l'humeur : une valeur seuil de la probabilité estimée de 0,72 supposerait une sensibilité de 45,9 %, une spécificité de 76,8 % et une valeur prédictive positive de 80,2 %. Sur la base de cette valeur seuil, cela signifierait que de nombreuses personnes qui sont effectivement entrées en invalidité ne sont pas identifiées comme telles (sensibilité de 45,9 %), mais qu'une majeure partie des personnes identifiées à l'aide de cette valeur seuil sont elles aussi effectivement entrées en invalidité (valeur prédictive de 80,2 %).

Le graphique 15 présente les associations entre les prédicteurs significatifs et l'entrée en invalidité à l'aide de rapports de cotes et des *LS Means*. Ainsi, 68 % des personnes en incapacité de travail de longue durée due à un burnout qui ont eu un contact avec un psychiatre au cours du 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité de travail sont entrées en invalidité par la suite. Ce taux s'élève à 54 % dans le cas des personnes qui ne comptent aucun contact avec un psychiatre. Ces taux ont été corrigés pour tous les autres prédicteurs retenus dans le modèle. Cet écart est statistiquement significatif, le rapport de cotes s'élevant à 1,76 (intervalle de confiance à 95 % : 1,66-1,87).

Afin d'illustrer une possibilité d'utilisation pratique des résultats du modèle statistique dans les cabinets médicaux, les estimations du modèle de régression logistique multivariée visant à expliquer l'invalidité des personnes en incapacité de travail de longue durée due à des troubles de l'humeur ont servi de base à un nomogramme statique (graphique 16) et dynamique (annexe 5 : graphique B5.1). Le nomogramme dynamique est également disponible en ligne (<https://intermutualisticagencytestenvironment.shinyapps.io/PredictieInvaliditeit/>).

Les analyses de sensibilité portant sur le profil de consommation de soins cumulé au 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité n'ont pas démontré de pouvoir de discrimination plus fort que les résultats présentés ci-dessus.

**Graphique 13. Courbes de la fonction d'efficacité du récepteur (*Receiver Operating Characteristics*) pour les modèles de prédiction visant à expliquer l'invalidité à l'aide des profils socio-démographique et médical, de la catégorie ICD-10 et du profil de consommation de soins des personnes en incapacité de travail de longue durée**



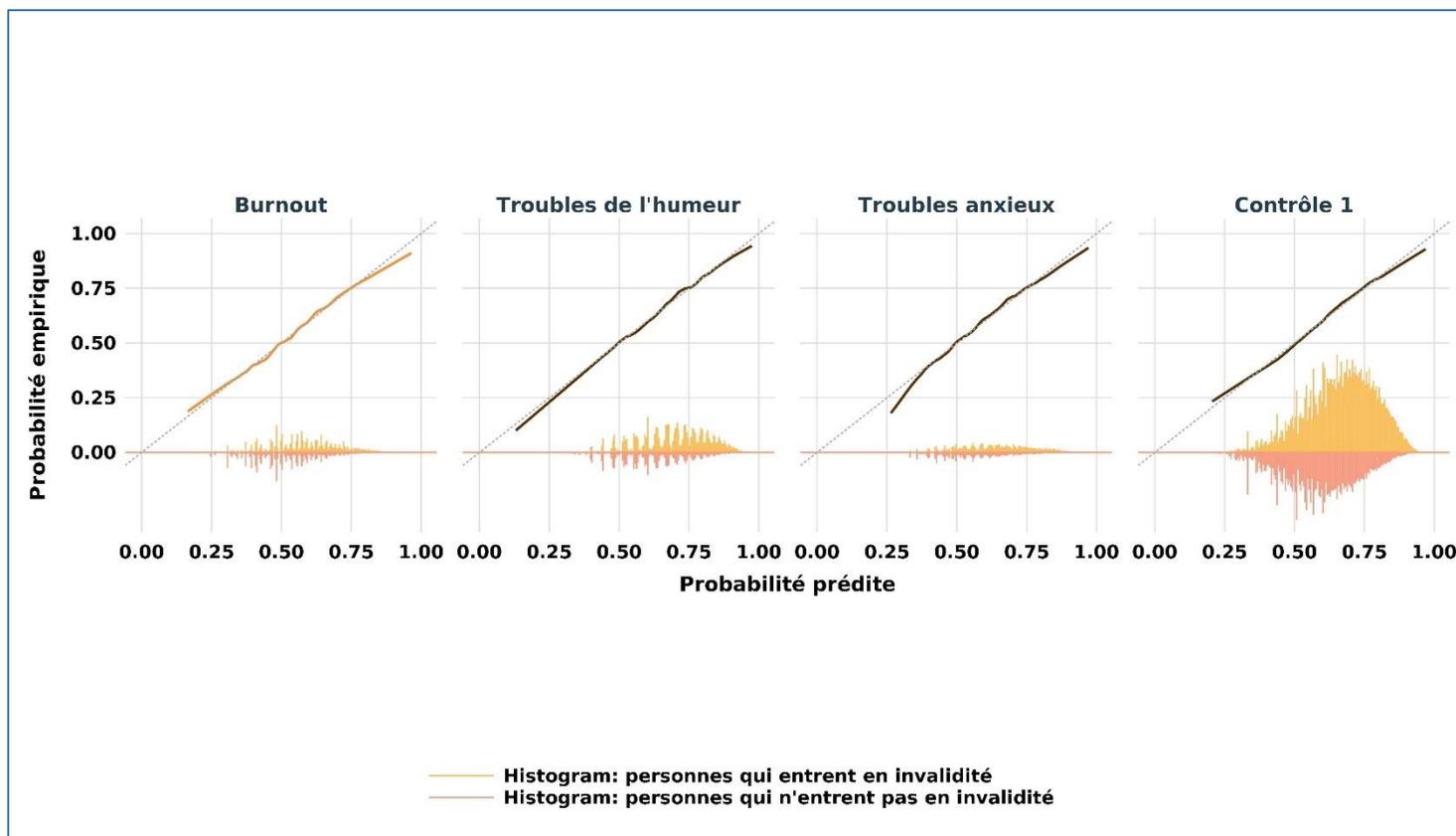
La diagonale représente la ligne de base d'un modèle non discriminatoire. Les courbes indiquent la zone de prestation (AUC) du modèle. Plus on se rapproche du coin supérieur gauche, plus la sensibilité (dans quelle mesure nous sommes capables de détecter comme telles les personnes qui entrent en invalidité, c.-à-d. le pourcentage de vrais positifs) et la spécificité (dans quelle mesure nous sommes capables de détecter comme telles les personnes qui n'entrent pas en invalidité, c.-à-d. le pourcentage de vrais négatifs) augmentent.

**Tableau 3. Index de concordance de Harrell pour les modèles de prédiction visant à expliquer l'invalidité à l'aide des profils socio-démographique et médical, de la catégorie ICD-10 et du profil de consommation de soins des personnes en incapacité de travail de longue durée**

	Burn-out	Troubles de l'humeur	Troubles anxieux	Contrôle 1
<b>Modèle 1A: Profil socio-démographique et profil médical et catégorie ICD-10</b>	0,629	0,637	0,634	0,641
<b>Modèle 1B: Profil socio-démographique et profil médical et catégorie ICD-10 (avec interaction)</b>	0,630	0,640	0,637	0,644
<b>Modèle 2A: Consommation de soins (m6 avant entrée) - contact</b>	0,531	0,538	0,528	0,539
<b>Modèle 2B: Consommation de soins (m3 avant entrée) - contact</b>	0,540	0,543	0,545	0,542
<b>Modèle 2C: Consommation de soins (m0 après entrée) - contact</b>	0,549	0,561	0,570	0,573
<b>Modèle 2D: Consommation de soins (m3 après entrée) - contact</b>	0,563	0,576	0,573	0,588
<b>Modèle 2E: Consommation de soins (m6 après entrée) - contact</b>	0,598	0,613	0,604	0,608
<b>M2F: Consommation de soins (m9 après entrée) - contact</b>	0,667	0,675	0,669	0,670
<b>M3A: Consommation de soins (m6 avant entrée) - nombre de contacts</b>	0,532	0,533	0,511	0,533
<b>M3B: Consommation de soins (m3 avant entrée) - nombre de contacts</b>	0,538	0,535	0,533	0,534
<b>M3C: Consommation de soins (m0 après entrée) - nombre de contacts</b>	0,535	0,558	0,553	0,546
<b>M3D: Consommation de soins (m3 après entrée) - nombre de contacts</b>	0,551	0,565	0,567	0,567
<b>M3E: Consommation de soins (m6 après entrée) - nombre de contacts</b>	0,592	0,604	0,594	0,588
<b>M3F: Consommation de soins (m9 après entrée) - nombre de contacts</b>	0,660	0,668	0,669	0,657
<b>M4A: M1A + M2A</b>	0,630	0,639	0,639	0,643
<b>M4B: M1A + M2B</b>	0,632	0,640	0,640	0,643
<b>M4C: M1A + M2C</b>	0,631	0,643	0,641	0,652
<b>M4D: M1A + M2D</b>	0,637	0,649	0,648	0,658
<b>M4E: M1A + M2E</b>	0,654	0,669	0,666	0,667
<b>M4F: M1A + M2F</b>	0,705	0,712	0,710	0,707

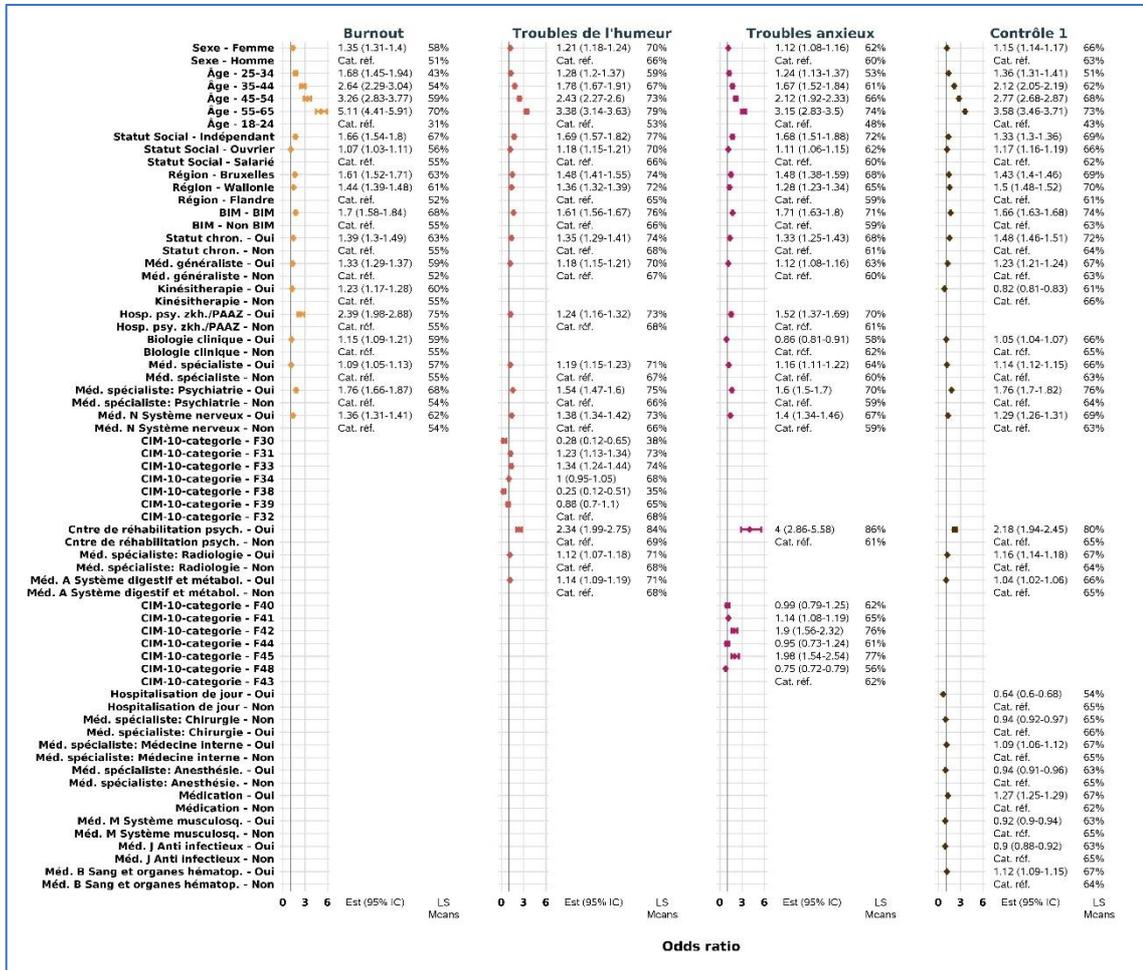
L'indice de concordance de Harrell (indice C) indique la probabilité qu'une personne aléatoirement sélectionnée qui est entrée en invalidité affiche un score de risque plus élevé qu'une personne aléatoirement sélectionnée qui n'est pas entrée en invalidité. L'index C a une portée de 0,5 (pas de pouvoir de discrimination) à 1 (pouvoir de discrimination maximum). Un index C <0,7 est généralement considéré comme un faible pouvoir de discrimination, tandis que 0,7-0,8 et >0,8 sont considérés respectivement comme ayant un bon et un fort pouvoir de discrimination.

**Graphique 14. Courbes de calibration du modèle prédictif visant à expliquer l'invalidité à l'aide des profils socio-démographique et médical, de la catégorie ICD-10 et du profil de consommation de soins (au 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité) des personnes en incapacité de travail de longue durée**



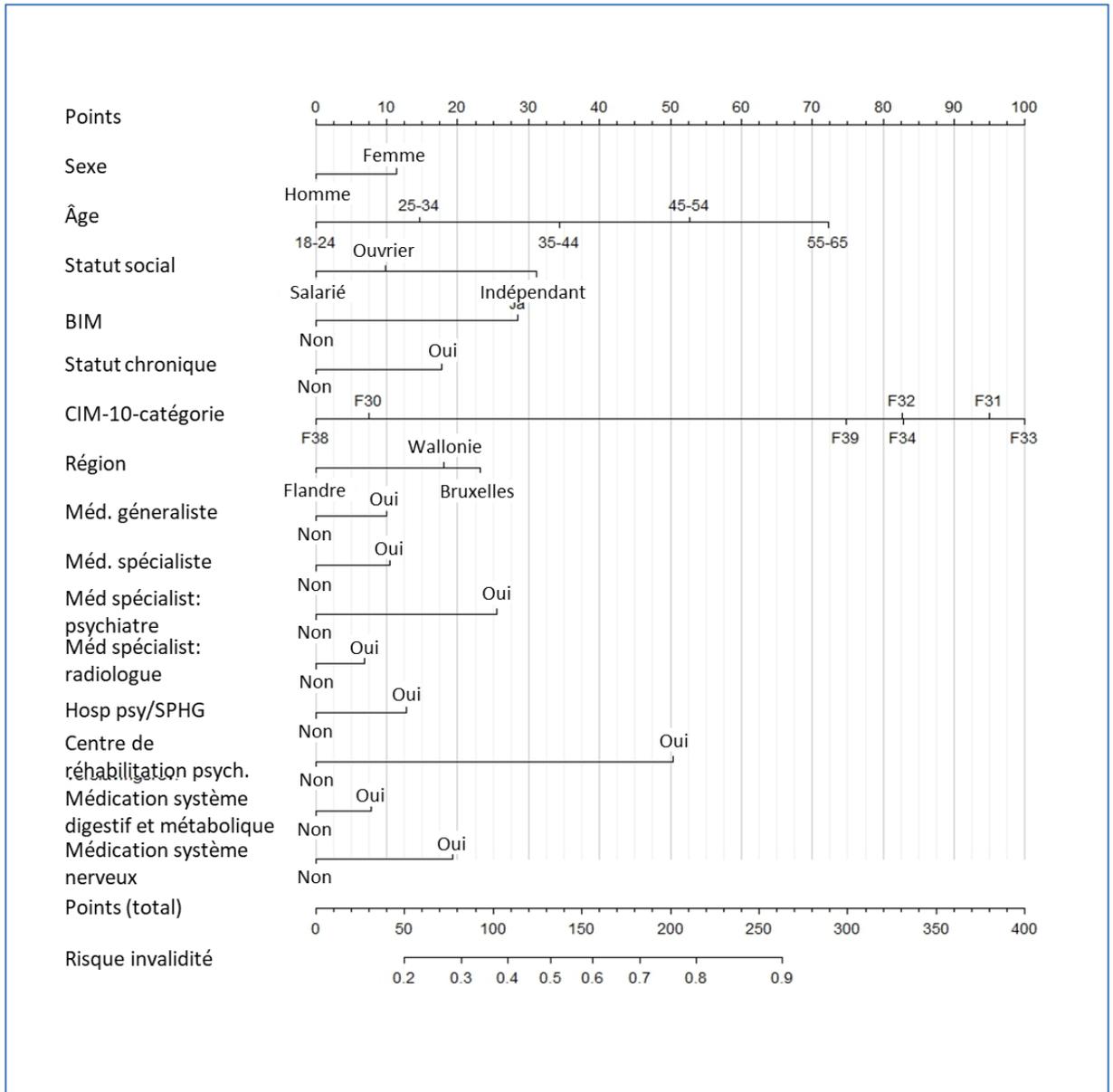
Un graphique de calibration affiche la probabilité estimée par rapport à la probabilité observée. Des histogrammes de la probabilité estimée figurent dans les graphiques de calibration.

**Graphique 15. Odds ratios et LS Means des prédicteurs significatifs dans le modèle prédictif visant à expliquer l'invalidité à l'aide des profils socio-démographique et médical, de la catégorie ICD-10 et du profil de consommation de soins (au 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité) des personnes en incapacité de travail de longue durée**



Les associations significatives ( $p < 0,05$ ) entre les prédicteurs et l'entrée en invalidité sont exprimées à l'aide de rapports de cotes (odds ratios). Si l'intervalle de confiance à 95 % ne contient pas la valeur 1, il est considéré comme statistiquement significatif. La moyenne des moindres carrés (LS Means) représente le pourcentage d'invalidité à chaque niveau du prédicteur corrigé pour d'autres prédicteurs du modèle. Dans le calcul des LS Means, nous maintenons les rapports de la table de données d'origine pour tous les prédicteurs pris en compte dans le modèle statistique.

**Graphique 16. Nomogramme des prédicteurs significatifs dans le modèle prédictif visant à expliquer l'invalidité à l'aide des profils socio-démographique et médical, de la catégorie ICD-10 et du profil de consommation de soins (au 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité) des personnes en incapacité de travail de longue durée due à des troubles de l'humeur**



Le nomogramme traduit les résultats du modèle de régression logistique en une interface graphique conviviale. Le risque prédit d'entrée en invalidité de chaque patient est calculé comme suit :

1. Rechercher la valeur de chaque variable qui se rapporte au patient sur l'axe correspondant. Tracer une ligne verticale de la valeur de chaque variable jusqu'à l'échelle de points sur le nomogramme. Par exemple, un contact avec le généraliste représente un score de 10 points.
2. Une fois obtenus tous les points de chaque variable, additionnez-les pour obtenir un score total.

3. *Le score total correspond à une probabilité ou résultat prédit spécifique sur le nomogramme. Il est obtenu en traçant une ligne vertical de l'échelle de score total selon la probabilité prédite (en l'occurrence, le risque d'invalidité).*



## 5. Conclusion

Ce chapitre reprend les principaux résultats et formule quelques pistes d'études.

Cette étude rétrospective porte sur la description du profil socio-démographique et de l'état de santé des personnes en incapacité de travail primaire suivie ou non d'une période d'invalidité, et se concentre particulièrement sur les personnes souffrant de troubles psychosociaux (burnout, troubles de l'humeur, troubles anxieux). À cet effet, et pour la première fois, des données relatives à l'incapacité de travail, en ce compris les diagnostics, ont été croisées à des données de consommation de soins de santé au niveau intermutualiste, et ce en collaboration avec l'INAMI. Nous avons comparé les données de **68 122 personnes qui, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2017 et le 31 décembre 2019, ont connu une période d'incapacité de travail due à un trouble psychosocial** aux données de **152 265 personnes qui ont connu une incapacité de travail de longue durée due à une autre affection au cours de la même période** ; 15 551 personnes en âge de travailler qui n'ont pas connu d'incapacité de travail mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques ; et 91 799 personnes en âge de travailler qui n'ont pas connu d'incapacité de travail dans cette période ni consommé d'antidépresseur ou d'antipsychotique.

Voici une synthèse des principaux résultats de l'étude.

Tout d'abord, cette étude confirme que le **risque d'incapacité de travail comme sa durée sont déterminés par les caractéristiques socio-démographiques**. Constat le plus remarquable : les femmes sont concernées par près de sept périodes sur 10 d'incapacité de travail de longue durée due à un burnout (69,4 %), à des troubles de l'humeur (64,9 %) ou à des troubles anxieux (68,1 %). À titre de comparaison, les femmes représentent 54,7 % des personnes en incapacité de travail de longue durée due à d'autres affections et 60,4 % des personnes qui n'ont pas connu de période d'incapacité de travail de longue durée mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Les femmes souffrent donc davantage de problèmes de santé mentale, tombent en invalidité plus fréquemment, mais sont aussi plus souvent en situation d'incapacité de travail de longue durée due à des problèmes de santé mentale. Il ressort en outre de l'analyse de régression que les femmes présentent un risque accru d'entrer en invalidité, tant en cas d'incapacité de travail de longue durée due à un burnout, à une dépression ou à des troubles de anxieux qu'en cas d'autres affections. Alors que les femmes sont largement surreprésentées dans les trois sous-groupes de troubles psychosociaux, cela vaut particulièrement pour les employés souffrant de burnout : 71,9 % par rapport aux 43,8 % du groupe des personnes qui n'ont pas connu d'incapacité de travail ni consommé d'antidépresseur ou d'antipsychotique. Les indépendants sont fortement sous-représentés, tant parmi les incapacités de travail de longue durée que dans le groupe des personnes qui n'en ont pas connu, mais qui ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Vis-à-vis des employés et des ouvriers, les indépendants présentent le plus haut risque de voir leur période d'incapacité de travail de longue durée se poursuivre en invalidité. Sont également fortement sur-représentés : les bénéficiaires de l'intervention majorée, les personnes possédant le « statut affection chronique » et les personnes domiciliées en Wallonie, tant en termes d'incapacité de travail de longue durée (à l'exception des bénéficiaires de l'intervention majorée souffrant de burnout), que parmi le groupe de personnes qui n'ont pas connu d'incapacité de travail mais ont consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques. Nous pouvons affirmer que chacune des personnes de ces groupes présente un risque plus élevé de voir sa période d'incapacité de travail se poursuivre en invalidité, par rapport aux bénéficiaires ordinaires, aux personnes qui n'ont pas le « statut affection chronique » et aux personnes domiciliées en Flandre. Si les personnes domiciliées à Bruxelles sont très légèrement sous-représentées dans les statistiques d'incapacité de travail de longue durée, elles présentent cependant un risque plus élevé d'entrer en invalidité que celles habitant en Flandre.

Deuxièmement, cette étude montre que le **consommation de soins pendant – mais aussi avant – une période d'incapacité de longue durée est nettement**

**plus élevé chez les personnes souffrant de troubles psychosociaux ou d'autres affections que chez les personnes qui n'ont pas connu de période d'incapacité de travail.** Cela indique que les problèmes physiques ou mentaux sont déjà présents et traités avant l'invalidité et qu'ils entraînent des dépenses de santé importantes. Dès lors, il est jugé souhaitable que les **indicateurs de consommation de soins proposés dans cette étude soient automatiquement liés au dossier d'incapacité de travail et soient accessibles aux médecins-conseils ou aux membres de l'équipe pluridisciplinaire.** Il est important de noter que le **consommation de soins des personnes qui n'étaient pas en incapacité de travail, mais qui prenaient des antidépresseurs ou des antipsychotiques,** est également très élevé, avec une très légère tendance à la hausse au fil du temps.

Troisièmement, nous avons tenté, à partir de ces données collectées de manière systématique sur la consommation de soins, de prédire le risque d'invalidité chez les personnes ayant connu une période d'incapacité de travail primaire due à un trouble psychosocial. **Plus de la moitié (55,1 %) des incapacités de travail de longue durée dues à un burnout se sont poursuivies en invalidité ; ce taux grimpe encore si l'on considère les troubles anxieux (60,5 %) et les troubles de l'humeur (67,1 %).** Gardons à l'esprit qu'un même groupe de diagnostics recouvre des réalités cliniques et sociales très diverses. Des analyses antérieures ont démontré qu'environ un quart à un tiers des périodes d'incapacité de travail dues à des troubles psychosociaux se poursuivaient en invalidité [2]. Les personnes qui ont eu une période d'incapacité de longue durée comme défini dans l'étude (au moins six mois) ont donc un risque plus élevé d'entrer en invalidité. Les études précédemment publiées révèlent également que ces personnes consomment davantage de soins que les personnes ayant des périodes d'incapacité plus courtes, et ce tant avant que pendant l'incapacité de travail primaire. La consommation de soins de la population d'étude actuelle est donc potentiellement moins hétérogène que celle de l'ensemble des personnes en situation d'incapacité de travail, ce qui pourrait expliquer le pouvoir de discrimination limité. Comme nous le mentionnons dans la rubrique consacrée aux limitations de l'étude, nous récolterions davantage d'informations si nous pouvions également calculer le pouvoir de discrimination du modèle de prédiction en incluant les personnes dont la période d'incapacité de travail est plus courte. Néanmoins, dans le cas de la population d'étude spécifique de cette étude, le modèle de prédiction nous a permis de démontrer que **la consommation de soins au cours des mois précédant le passage potentiel vers l'invalidité présentait une valeur explicative certaine, celle-ci augmentant à mesure qu'approche le moment d'entrée en invalidité.** Avec les caractéristiques socio-démographiques susmentionnées, de nombreux indicateurs de consommation de soins se sont avérés significativement liés au risque d'invalidité. Nous nous sommes concentrés sur les

**prédicteurs potentiels d'invalidité calculés au 6<sup>e</sup> mois, de sorte que cette information puisse être utilisée au cours de l'entretien entre, d'une part, la personne en incapacité de travail et, d'autre part, le médecin-conseil ou le membre de l'équipe multidisciplinaire. Cet entretien a lieu lors du contact au 7<sup>e</sup> mois, conformément à la réforme de l'évaluation de l'incapacité de travail entrée en vigueur le premier janvier 2024.** Les contacts avec le médecin généraliste, le médecin spécialiste, le psychiatre ou la délivrance de médicaments pour le système nerveux au cours du 6<sup>e</sup> mois de l'incapacité de travail primaire ont toujours été liés à un risque accru d'invalidité, tant en cas de burnout, troubles de l'humeur, troubles anxieux ou d'autres affections. D'autres indicateurs de consommation de soins étaient significativement associés au risque d'invalidité dans le cas d'un ou plusieurs groupes spécifiques. Malgré les nombreux prédicteurs significatifs, le pouvoir de discrimination des modèles fut limité. Le pouvoir de discrimination au 6<sup>e</sup> mois varie de 0,654 pour le burnout à 0,669 pour les troubles de l'humeur. Pour ces derniers, par exemple, une valeur seuil de la probabilité estimée à 0,72 supposerait une spécificité de 45,9 %, une sensibilité de 76,8 % et une valeur prédictive positive de 80,2 %. Si de tels résultats en termes de sensibilité et de spécificité sont inacceptables dans le cas d'un test antigénique rapide, ils peuvent constituer la base de discussions fondées sur des preuves (et d'études ultérieures visant à en trouver) entre les médecins-conseils et les personnes en incapacité de travail.

**Le cadre méthodologique de prédiction de l'invalidité établi dans cette étude n'est pas une fin en soi et vise principalement à inspirer d'autres recherches qui devront être appliquées dans la pratique.** Il existe de nombreuses opportunités d'élargir cette méthodologie et de la transposer à d'autres aspects de l'incapacité de travail : déterminer, sur la base de la consommation de soins, quels patients peuvent éventuellement être exemptés de la convocation à un moment de contact précis prévu dans l'évaluation médicale, quels facteurs permettent de prédire un éventuel retour au travail (y compris partiel), etc. Il va sans dire que ces questions ne doivent pas se limiter aux personnes souffrant de troubles psychosociaux. Dans l'optique de chacun de ces objectifs, il faut garder à l'esprit que, premièrement, **un modèle de prédiction doit non seulement s'inspirer de la pratique et de l'évolution de la politique en matière d'incapacité, mais aussi s'inscrire dans un cadre de travail théorique solide permettant une collecte de données aussi complète que possible** qui inclut toutes les données possibles qui sont déjà récoltées aujourd'hui. Deuxièmement, **les modèles de prédiction tels que présentés dans cette étude restent davantage une aide fournie au médecin-conseil plutôt qu'un outil permettant de prendre des décisions.** Troisièmement, la validation interne et externe de tels modèles de prédiction doit faire l'objet d'une attention suffisante d'un point de vue scientifique. Enfin, cette

étude observationnelle devrait permettre le **développement et l'évaluation des interventions dont bénéficient les personnes en incapacité de travail.**

Cette étude marque le **lancement de nouvelles investigations visant à exploiter les données d'incapacité de travail** et dont l'objectif final consiste à soutenir scientifiquement la politique en matière d'incapacité de travail primaire et d'invalidité. L'AIM aspire à inscrire à son programme annuel des études ambitieuses relatives à l'incapacité de travail. Les organismes assureurs comptent partager leur expertise en matière d'incapacité de travail de la manière aussi constructive que possible.

# Bibliographie

1. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Statistiques sur les indemnités d'incapacité de travail. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees>.
2. Bruyneel, L., Lona, M., Alexandre, S., Karakaya, G., Guillaume, M., Janssens, A., et coll. Évolution des troubles psychosociaux durant l'incapacité de travail. 2020.
3. Bruyneel, L., Karakaya, G., Alexandre, S., Confinements, mesures de soutien et soins reportés : quel impact sur l'incapacité de travail ? 2021.
4. Bruyneel, L., Karakaya, G., Leclercq, A., Horemans, C., Alexandre, S., Forte augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail suite à des problèmes de santé mentale entre 2018 et 2021. 2022.
5. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée ? Quel coût pour l'assurance indemnités ? <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/incapacite-de-travail-de-longue-duree-combien-de-burnouts-et-de-depressions-de-longue-duree-quel-cout-pour-l-assurance-indemnitees>
6. Saks, Y., Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité. Revue économique. 2017.
7. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : Régime des salariés et régime des indépendants. 2018.
8. Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., Vanderhaeghe, S., Analyse van de arbeidssituatie van werknemers en zelfstandige ondernemers met burn-outsymptomen. 2022.

9. Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., Lambert, L., *et coll.* Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. 2021.
10. Vancorenland, S., Avalosse, H., De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid: Hoe globale preventie aangevuld kan worden met een aanpak op maat. 2022.
11. Solidaris. Grande Enquête - Stress et travail. 2019.
12. Securex. Les employeurs reconnaissent porter une responsabilité dans le burn-out. 2015.
13. Camilotti, G., De Schauwer, A., Di Zinno, T., Karakaya, G., Lange, B., Lona, M., *et coll.*, Profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire. 2019.
14. Di Zinno, T., Avalosse, H., Karakaya, G., Lambert, L., Lange, B., Lona, M., *et coll.*, État de santé des personnes en incapacité de travail primaire – Analyse longitudinale 2014-2016. Bruxelles. 2019.
15. Karakaya, G., Het begin van de invaliditeit: analyse van de Geneeskundige Verzorging. 2019.
16. Meeus, A., Van Duynslaeger, M., de Bruyn, M., Profiel en zorgconsumptie van leden met burn-out. 2021.
17. Goorts, K., Vanovenberghe, C., Lambreghts, C., Bruneel, E., Rusu, D., Vandenbroeck, S., *et coll.*, Assessment of long-term sickness absence: Content and face validity of a new questionnaire based on qualitative data from nominal groups. BMC Med Res Methodol. 2019.
18. Goorts K, Vandenbroeck S, Du Bois DR, Godderis L. Screening for the risk on long-term sickness absence. J Public Health Res. 2018.
19. Goorts K, Vandenbroeck S, Vander Elst T, Rusu D, Du Bois M, Godderis L. Quickscreen Assesses Risk of Long-Term Sickness Absence: A Cross-Sectional Validation Study. J Occup Environ Med. 2019.
20. 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.

21. Rooman C, Sterkens P, Schelfhout S, Van Royen A, Baert S, Deros E. Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout. *Disabil Rehabil.* 2022.
22. Du Bois M, Donceel P. A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. *European Spine Journal.* 2008.
23. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 2017.
24. Hemmings P, Prinz C. Sickness and Disability systems: Comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. 2020.
25. Harrell, FE. *Regression Modeling Strategies.* 2015.
26. SAS Institute Inc., Cary, NC U. Sas® 9.4. SAS Institute Inc, Cary, NC, USA. 2017.
27. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2016.
28. Chang W, Cheng J, Allaire J, Xie Y, McPherson J. shiny: Web Application Framework for R. R package version 0142 <https://CRANR-project.org/package=shiny>. 2016.
29. Bruyneel, L., Dierckx, E., Kestens, W., Leclercq, A., Karakaya, G., Vandenthoren, L., et coll., Enfants à besoins spécifiques : Association avec l'incapacité de travail, l'invalidité et le chômage de leurs parents. 2022.
30. Steyerberg EW, Vickers AJ, Cook NR, Gerds T, Gonen M, Obuchowski N, et al. Assessing the performance of prediction models: a framework for traditional and novel measures. *Epidemiology.* 2010.
31. Avalosse H, Noirhomme C, Cès S (2022), Inégaux face à la santé - Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC, *Santé & Société*, 4, 6

# Annexes

## Annexe 1. Aperçu des études antérieures réalisées par les organismes assureurs sur la consommation de soins des personnes en incapacité de travail

Étude	Attention particulière aux troubles psychosociaux	Méthodologie	Principaux résultats
AIM (Camilotti et coll., 2019)	Non	Personnes ayant connu une période d'incapacité primaire (au moins un jour remboursé) en 2007 (RG: n=351.747, RI: n=11.341), 2010 (RG: n=370.224, RI: n=13.734) et 2015 (RG: n=376.915, RI: n=14.566). Consommation de soins évaluée au cours de l'année d'incapacité de travail (uniquement 2015). Groupe de contrôle : personnes qui n'ont pas connu d'incapacité de travail en 2015 (RG: n=3.187.439, RI: n=544.555).	Par rapport aux personnes n'ayant pas connu de période d'incapacité de travail primaire, les personnes qui en ont connu en 2015 présentent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une mortalité plus élevée (RG : 0,48 % contre 0,09 %, RI : 1,43 % contre 0,09 %) ;</li> <li>• Un pourcentage plus élevé de malades chroniques (RG : 3,6 % contre 0,7 %, RI : 7,8 % contre 0,5 %) ;</li> <li>• Un taux plus élevé de titulaires à qui un médicament a été délivré (RG : 82 % contre 70 %, RI : 92 % contre 65 %) ;</li> <li>• Une moyenne plus élevée de dépenses AMI pour la délivrance de médicaments (RG : 224 € contre 150 €, RI : 311 € contre 165 €) ;</li> <li>• Une quote-part personnelle moyenne plus élevée pour la délivrance de médicaments (RG : 51 € contre 33 €, RI : 63 € contre 35 €) ;</li> <li>• Une délivrance plus élevée de psycholeptiques et/ou psychoanaleptiques (RG : 26 % contre 9 %, RI : 22 % contre 7 %) ;</li> <li>• Une moyenne plus élevée de dépenses AMI pour la délivrance de psycholeptiques et/ou psychoanaleptiques (RG : 93 € contre 77 €, RI : 97 € contre 61 €) ;</li> <li>• Une quote-part personnelle moyenne plus élevée pour la délivrance de psycholeptiques et/ou psychoanaleptiques (RG : 26 € contre 23 €, RI : 29 € contre 23 €) ;</li> <li>• Une incidence plus élevée de l'hospitalisation classique (RG : 29 % contre 4 %, RI : 46 % contre 5 %) ;</li> <li>• Une durée d'hospitalisation plus longue (RG : 9 jours contre 5 jours, RI : 11 jours contre 5 jours) ;</li> <li>• Une incidence plus élevée de l'hospitalisation de jour (RG : 25 % contre 7 %, RI : 28 % contre 8 %) ;</li> <li>• Davantage de membres comptant au moins 1 contact avec le médecin généraliste (RG : 92 % contre 75 %, RI : 88 % contre 65 %) ;</li> <li>• Une moyenne plus élevée de contacts avec le médecin généraliste (RG : 7 contre 3, RI : 5 contre 2) ;</li> <li>• Davantage de membres comptant au moins 1 contact avec le médecin spécialiste (RG : 88 % contre 65 %, RI : 84 % contre 53 %) ;</li> <li>• Une moyenne plus élevée de contacts avec le médecin spécialiste (RG : 5 contre 2, RI : 6 contre 2).</li> </ul>
AIM (Di Zinno et coll., 2019)	Non	Personnes comptant 1 courte (<6 mois, RG: n=176.030, RI: n=5.698) ou longue (≥6 mois, RG: n=54.139, RI: n=6.394) période ininterrompue d'incapacité de travail primaire commençant en	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RG: en cas d'incapacité de travail courte, la moyenne des contacts avec le médecin généraliste double 1 mois avant le début de l'incapacité et reste 60 % plus élevée jusqu'au 2<sup>e</sup> mois de l'affection. En cas d'incapacité de travail de longue durée, la moyenne des contacts double le mois qui précède l'entrée en incapacité et reste 40 % plus élevée jusqu'au 2<sup>e</sup> mois de l'affection.</li> <li>○ RI : résultats similaires.</li> </ul> </li> <li>• Nombre moyen de contacts avec le médecin spécialiste</li> </ul>

Étude	Attention particulière aux troubles psychosociaux	Méthodologie	Principaux résultats
		<p>2015 et qui n'ont pas connu de période d'incapacité de travail en 2014.</p> <p>Consommation évaluée une année avant (2014) et une année après (2016) l'entrée en incapacité.</p> <p>Groupe de contrôle: personnes qui n'ont pas connu de période d'incapacité de travail en 2015 (RG: n=3.187.439, RI: n=544.555).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ RG: la moyenne des contacts avec le spécialiste quadruple au début de l'incapacité de travail, qu'elle soit courte ou longue. Au 5<sup>e</sup> mois suivant le début de la maladie, la moyenne des contacts revient au niveau qui était le sien avant l'incapacité de travail, tandis qu' en cas d'incapacité de travail de longue durée, le nombre moyen de contacts avec le spécialiste reste deux fois plus élevé 12 mois après le début de l'affection.</li> <li>○ RI : résultats similaires, on note tout de même une diminution plus rapide de la moyenne des contacts avec le médecin spécialiste au cours de la période suivant le début de l'incapacité.</li> <li>● Nombre moyen de doses journalières de médicaments. L'incapacité de travail primaire entraîne une augmentation de la consommation de médicaments. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RG: sans incapacité de travail primaire : 268 avant contre 288 après ; courte période d'incapacité : 296 avant contre 351 après ; longue période d'incapacité : 414 avant contre 645 après.</li> <li>○ RI : sans incapacité de travail primaire : 275 avant contre 296 après ; courte période d'incapacité : 342 avant contre 446 après ; longue période d'incapacité : 481 avant contre 783 après.</li> </ul> </li> <li>● Pourcentage de délivrances de psycholeptiques et/ou psychoanaleptiques. L'entrée en incapacité de travail a clairement un effet sur la consommation de ce type de médicaments, notamment en cas d'incapacité de travail de longue durée. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RG: sans incapacité de travail primaire : 9 % avant contre 9 % après ; courte période d'incapacité : 13 % avant contre 15 % après ; longue période d'incapacité : 23 % avant contre 40 % après.</li> <li>○ RI : sans incapacité de travail primaire : 6 % avant contre 7 % après ; courte période d'incapacité : 11 % avant contre 14 % après ; longue période d'incapacité : 19 % avant contre 30 % après.</li> </ul> </li> <li>● Hospitalisation. L'entrée en incapacité de travail fait augmenter le risque d'hospitalisation, et les incapacités de travail plus longues conduisent à des hospitalisations classiques plus longues. En moyenne, les indépendants en incapacité de travail sont hospitalisés non seulement plus fréquemment, mais aussi plus longtemps. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RG: hospitalisation classique: sans incapacité de travail primaire : 5 % avant contre 7 % après ; courte période d'incapacité : 6 % avant contre 7 % après ; longue période d'incapacité : 10 % avant contre 16 % après. Hospitalisation de jour : sans incapacité de travail primaire : 7 % avant contre 8 % après ; courte période d'incapacité : 15 % avant contre 20 % après ; longue période d'incapacité : 12 % avant contre 29 % après</li> <li>○ RI : hospitalisation classique : sans incapacité de travail primaire : 5 % avant contre 6 % après ; courte période d'incapacité : 7 % avant contre 8 % après ; longue période d'incapacité : 11 % avant contre 16 % après. Hospitalisation de jour : sans incapacité de travail primaire : 8 % avant contre 8 % après ; courte période d'incapacité : 18 % avant contre 14 % après ; longue période d'incapacité : 17 % avant contre 33 % après.</li> </ul> </li> </ul>
Mutualités libres (Karakaya et coll., 2019)	Non	Les 10 101 affiliés qui sont passés en invalidité pour la première fois (c.-à-d. les 'nouveaux invalides') en 2016 et donc entrée en incapacité de travail en 2015.	<p>38,3% des 'nouveaux' invalides ont connu au moins une période d'incapacité de travail avant l'incapacité de travail primaire de 12 mois.</p> <p>Dépenses de santé: les dépenses de soins de santé des 'nouveaux' invalides ont atteint leur point culminant au cours de la période d'incapacité primaire de 12 mois, quelle que fût la durée de l'invalidité. Elles sont 3 à 4 fois plus élevées au cours de l'incapacité de travail primaire de 12 mois qu'au cours des 12 mois précédents, et 2 à 3 fois plus élevées que pendant les 12 mois suivants.</p>

Étude	Attention particulière aux troubles psychosociaux	Méthodologie	Principaux résultats																			
	<p>Consommation de soins évaluée un an avant le début de l'incapacité de travail primaire, pendant la période d'incapacité de travail primaire et la première année d'invalidité.</p> <p>Groupe de contrôle : tous les membres des Mutualités libres.</p>	<p>Pendant la période de 12 mois précédant l'incapacité de travail primaire qui se poursuit en invalidité, les dépenses de santé des 'nouveaux invalides' sont 65 % à 160 % supérieures (selon la durée de l'invalidité) à celles des autres personnes âgées de 20 à 64 ans (dépenses annuelles moyennes : 1 790 €). Avant comme après l'incapacité primaire de 12 mois, les personnes qui restent plus de 12 mois en invalidité enregistrent des dépenses de santé sensiblement plus élevées que les personnes dont l'invalidité prend fin relativement vite.</p>	<table border="1" data-bbox="938 509 2065 721"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Durée de l'invalidité</th> <th colspan="3">Dépenses soins de santé (assurance maladie)</th> </tr> <tr> <th>12m avant incapacité de travail primaire</th> <th>Pendant incapacité de travail primaire</th> <th>12m après incapacité de travail primaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;6 m invalidité</td> <td>€2.563</td> <td>€9.824</td> <td>€3.368</td> </tr> <tr> <td>6-12m invalidité</td> <td>€2.580</td> <td>€11.179</td> <td>€5.277</td> </tr> <tr> <td>&gt;12m invalidité</td> <td>€4.121</td> <td>€13.374</td> <td>€6.327</td> </tr> </tbody> </table> <p>Un tiers (35,8 %) des personnes qui étaient en invalidité avant 2016 ont déjà souffert d'au moins une des 22 pathologies chroniques étudiées avant leur incapacité de travail primaire de 12 mois. Parmi le reste de la population âgée de 20 à 64 ans, ce taux s'élève à 20,7 % (soit 1 personne sur 5). Au début de l'incapacité de travail primaire qui se termine en invalidité et durant l'invalidité, la plupart des 'nouveaux' invalides ont souffert d'au moins une de ces affections chroniques (respectivement 54,5 % et 58,0 %). Les affections chroniques les plus courantes des 'nouveaux' invalides au moment du passage en invalidité sont la dépression (1 personne sur 3), l'hypertension artérielle (1 personne sur 4), les maladies mentales qui nécessitent une admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général (5,8 %), l'épilepsie (5,6 %) et la psychose (5,6 %). La prévalence de ces affections chroniques est au moins 5 fois plus élevée que parmi le reste de la population âgée de 20 à 64 ans (excepté pour l'hypertension artérielle, quant à elle 2 fois plus élevée). Parmi les personnes qui étaient en invalidité en 2016, 99 % avaient consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) au moins une fois avant leur incapacité de travail primaire de 12 mois, contre 81 % dans le reste de la population de 20 à 64 ans.</p> <p>Par rapport au reste de la population âgée de 20 à 64 ans, et ce quelle que soit la période étudiée (avant, pendant ou après la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois), les consultations des 'nouveaux' invalides concernent principalement l'orthopédie, la psychiatrie, la médecine interne, la chirurgie, la médecine physique réhabilitation, l'anesthésie-réanimation, la neurologie et la cardiologie.</p> <p>Entre 93,2 % et 94,5 % (selon la durée de l'invalidité) des personnes qui étaient invalides en 2016 comptent, durant la période précédant l'incapacité de travail primaire de 12 mois, au moins une délivrance d'un médicament remboursable par l'assurance obligatoire (AO) ; ce taux s'élève à 72,7 % parmi le reste de la population âgée de 20 à 64 ans. Il dépasse même les 97 % au cours de l'incapacité de travail de 12 mois (97,3 % à 98,2 % selon la durée de l'invalidité) et les 91 % après celle-ci (91,8 % à 96,6 % selon la durée de l'invalidité).</p> <p>En moyenne, 1 personne sur 4 a été admise 1,3 fois à l'hôpital (au moins une nuitée) pendant 15,7 jours au cours des 12 mois précédant l'incapacité de travail primaire se poursuivant en invalidité. Le taux d'admissions parmi le reste de la population de 20 à 64 ans s'élève à 9 %. Le coût moyen d'une hospitalisation à la charge de l'AMI se chiffrait à 7 917 € soit 20 % de plus que parmi le reste des 20-64 ans. Près d'une personne sur deux (46 %) en invalidité en 2016 ont été hospitalisées en moyenne 1,9 fois (au moins une nuitée) pendant 34,6 jours au cours des 12 Mois de leur incapacité de</p>	Durée de l'invalidité	Dépenses soins de santé (assurance maladie)			12m avant incapacité de travail primaire	Pendant incapacité de travail primaire	12m après incapacité de travail primaire	<6 m invalidité	€2.563	€9.824	€3.368	6-12m invalidité	€2.580	€11.179	€5.277	>12m invalidité	€4.121	€13.374	€6.327
Durée de l'invalidité	Dépenses soins de santé (assurance maladie)																					
	12m avant incapacité de travail primaire	Pendant incapacité de travail primaire	12m après incapacité de travail primaire																			
<6 m invalidité	€2.563	€9.824	€3.368																			
6-12m invalidité	€2.580	€11.179	€5.277																			
>12m invalidité	€4.121	€13.374	€6.327																			

Étude	Attention particulière aux troubles psychosociaux	Méthodologie	Principaux résultats
Solidaris (Meeus et coll. 2021)	Oui	<p>L'ensemble des 1 630 affiliés des mutualités flamandes (Flandre occidentale, Flandre orientale, Anvers et Limbourg) qui, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 30 juin 2018, ont été en incapacité de travail avec burnout pour diagnostic primaire et ne sont pas entrées en invalidité.</p> <p>La différence entre période courte et longue d'incapacité de travail est la même que celle appliquée dans les études AIM précédentes.</p> <p>Consommation de soins évaluée pour chaque affilié un an avant et un an après l'entrée en incapacité de travail.</p> <p>Pas de groupe de contrôle</p>	<p>travail primaire qui s'est prolongée en invalidité. En moyenne, environ un quart (26 %) des personnes en invalidité en 2016 ont été hospitalisées 1,7 fois (au moins une nuitée) pendant 34,6 jours au cours des 12 mois suivant l'incapacité de travail primaire qui s'est prolongée en invalidité.</p> <p>Près de 40 % des personnes qui étaient invalides en 2016 se sont rendues au service d'urgence avant (36,5 %) et durant (38,2 %) l'incapacité de travail primaire de 12 mois, contre un quart des personnes (27,3 %) après celle-ci. Dans le reste de la population, ce taux s'élève à 15,6 % (1 personnes 6) soit 2,5 fois moins que pendant l'incapacité de travail primaire de 12 mois.</p> <p>Cette étude a démontré que bien souvent, les personnes qui entraient en invalidité connaissaient déjà des problèmes de santé avant le début de l'incapacité de travail.</p> <p>Visites chez le médecin généraliste : la quasi-totalité des affiliés souffrant de burnout ont consulté le médecin généraliste au cours du mois d'incapacité de travail (97 %) ; 35 % l'ont consulté une fois, 40 % deux fois, 17 % trois fois et 8 % quatre fois ou plus. La moyenne du nombre de consultations des personnes en burnout atteint un pic au moment de l'arrêt du travail. Les affiliés souffrant d'un burnout long font l'objet d'un suivi à long terme par le généraliste, tandis que ceux qui présentent un burnout court reviennent plus rapidement à un niveau normal.</p> <p>Visites chez le médecin spécialiste : environ 24 % des personnes souffrant d'un burnout ont consulté un médecin spécialiste au cours des trois premiers mois suivant le début de l'incapacité de travail. Il s'agit notamment de spécialistes en médecine interne, pneumologie et gastro-entérologie. Les visites chez le spécialiste augmentent pendant le premier mois du burnout et atteignent leur niveau maximum après un mois de maladie. Cette tendance est encore plus nette chez les gens qui souffrent de burnout.</p> <p>Consultations chez le psychiatre : avant le début de l'incapacité de travail, 3 % des personnes souffrant de burnout ont consulté un psychiatre. Après le début de l'incapacité, il est à noter que davantage de personnes souffrant de burnout en ont consulté un (13 %). C'est particulièrement marquant en cas de burnout de longue durée : au cours de l'année précédant le burnout, 3 % des personnes ont consulté un psychiatre au moins une fois contre 18 % l'année suivant le diagnostic.</p> <p>Prestations biologie clinique: au début de l'incapacité de travail, on observe clairement un pic des prescriptions en biologie clinique. En effet, une moyenne de sept prestations sont facturées le premier mois de l'incapacité de travail. La moyenne des prestations facturées est plus élevée chez les affiliés souffrant de burnout long. Au moment de l'arrêt de travail dû à un burnout, un quart d'entre eux a facturé au moins une prestation de biologie clinique, dont 82 % ont été prescrites par le médecin généraliste. Six affiliés sur 10 souffrant de burnout ont reçu au moins un test au cours de la période allant de trois mois avant jusqu'à trois mois après le début de l'incapacité de travail, dont 72 % ont été prescrits par le généraliste.</p> <p>Prestations sérologie infectieuse : 5 % des personnes comptent une facturation de sérologie infectieuse au cours du mois d'incapacité de travail. La grande majorité d'entre elles ont été prescrites par le généraliste (93 %). Le nombre moyen de tests pour maladies infectieuses commençait déjà à grimper avant l'entrée en incapacité de travail. Dans les trois mois précédant leur entrée en incapacité de travail due à un burnout, 108 affiliés (7 %) comptaient déjà une prestation de sérologie infectieuse. Le taux était supérieur chez les personnes en burnout long (8 %) à celui des personnes en burnout court (5 %).</p> <p>Prestations kinésithérapie : seuls les affiliés souffrant de burnout de longue durée ont vu le nombre de leurs prestations de kinésithérapie augmenter après le début de l'incapacité de travail.</p>

Étude	Attention particulière aux troubles psychosociaux	Méthodologie	Principaux résultats
			<p>Consommation de médicaments : à partir du début de la période d'incapacité de travail, on a observé une forte augmentation de la moyenne des doses journalières mensuelles que se procuraient les affiliés en pharmacie. Les affiliés en incapacité de travail de longue durée affichaient une plus forte hausse de consommation de médicaments que ceux qui étaient en incapacité de courte durée. L'augmentation la plus forte a eu lieu dans la classe ATC N. Il s'agit du groupe de médicaments qui agissent sur le système nerveux. On y retrouve notamment les antidouleurs sur prescription, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Avant le début de l'incapacité de travail, 17 % des personnes prenaient déjà des antidépresseurs, un taux grimant à 39 % après le début de l'incapacité de travail. Cette hausse est plus marquée chez les personnes en burnout de longue durée.</p> <p>Visites chez le psychologue (assurance complémentaire) : un tiers (29 %) des personnes qui, lors de leur entrée en incapacité de travail, avaient la possibilité de faire appel à l'avantage complémentaire 'remboursement psychologue' au sein de la fédération à laquelle elles étaient affiliées comptaient au moins une consultation remboursée chez le psychologue au cours des 12 mois suivant le début de l'incapacité de travail due à un burnout.</p>

RG: régime général, RI: régime indépendants, AMI: assurance maladie-invalidité (c.-à-d. assurance obligatoire)

## Annexe 2. Indicateurs de consommation utilisés

Indicateur	Description	Méthode (nomenclature)
Contact avec un médecin généraliste	Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec un médecin généraliste.  Moyenne du nombre de contacts avec un médecin généraliste.	Prestation de soins: 101010 101032 101054 101076 103110 103132 103213 103235 103412 103434 103913 104112 104215 104230 104252 104355 104510 104650
Contact avec un médecin spécialiste	Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec un médecin spécialiste.  Moyenne du nombre de contacts avec un médecin spécialiste.  L'indicateur est ventilé par discipline (anesthésie, chirurgie, neurochirurgie, orthopédie, médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie, psychiatrie, médecine physique et rééducation, revalidation, biologie clinique, médecine d'urgence, radiodiagnostic, radiothérapie, médecine nucléaire). <sup>16</sup>	L'identification a été effectuée à partir du numéro INAMI et du type de prestataire de soins.
Contact avec un kinésithérapeute	Pourcentage de personnes comptant au moins un contact avec un kinésithérapeute.  Moyenne du nombre de contacts avec un kinésithérapeute (pour les personnes comptant au moins 1 contact).	Prestation de soins: 518011 518033 518055 518081 518103 560011 560055 560092 560114 560151 560195 560210 560254 560291 560313 560350 560394 560416 560453 560501 560523 560534 560545 560571 560615 560652 560696 560711 560733 560755 560770 560814 560836 560851 560873 560895 560932 560954 560976 560991 561013 561050 561072 561094 561116 561131 561175 561190 561212 561245 561260 561282 561304 561315 561326 561352 561396 561411 561433 561455 561470 561492 561514 561540 561551 561562 561573 561595 561610 561632 561654 561676 561702 561713 561724 562332 562354 562376 562391 562413 562435 562450 562472 562505 563010

<sup>16</sup> Sont également étudiées dans une analyse préliminaire, mais plus prises en considération car trop peu fréquentes : Gériatrie, Neurochirurgie-neuropsychiatrie, Chirurgie plastique, Chirurgie abdominale / thoracique / vasculaire, Gynécologie, Ophtalmologie, Oto rhino laryngologie, Urologie, Stomatologie, Dermatologie, Pédiatrie, Neuropsychiatrie, Rhumatologie, Clinique génétique, Médecine légale.

563054 563076 563091 563113  
563150 563172 563194 563216  
563253 563275 563290 563312  
563356 563371 563393 563415  
563452 563474 563496 563533  
563555 563570 563581 563614  
563651 563673 563695 563710  
563754 563776 563791 563813  
563850 563872 563894 563916  
563953 563975 563990 564012  
564056 564071 564093 564130  
564152 564174 564185 564211  
564233 564255 564270 564292  
564314 564336 564351 564373  
564395 564410 564432 564454  
564476 564491 564513 564535  
564550 564572 564594 564616  
564631 564653 564675 564701  
566974 566996 567011 567033  
567055 567070 567092 567114  
567136 567151 567173 567206  
567221 567232 567243 567254  
567265 567276 567291 567313  
567335 567350 567361 567372  
567394 567416 567431 567453  
567475 567490 567512 567534  
567556 567571 567593 567615  
567630 567652 567674 567696  
567711 567733 567755 567770  
567792 567814 639111 639133  
639155 639170 639192 639332  
639354 639376 639391 639413  
639435 639446 639450 639461  
639472 639494 639516 639531  
639553 639575 639590 639601  
639612 639623 639634 639656  
639671 639693 639715 639730  
639752 639774 639785 639796  
639811 639833

Psychothérapie	<p>Pourcentage de personnes comptant au moins un contact en psychothérapie.</p> <p>Nombre moyen de contacts en psychothérapie (pour les personnes comptant au moins 1 contact).</p> <p>Sont pris en compte : consultation au cabinet par un médecin spécialisé en psychiatrie ou séance de traitement psychothérapeutique (individuelle ou de groupe) ou entretien (multidisciplinaire), y compris téléconsultation.</p>	<p>Prestation de soins: 102196  102690 109513 109631 109535  109550 109653 109572 109336  109675 109351 109410 109432  109454 109373 109395 101953  101975 101894 101916 101931</p>
Admission au service d'urgence pour soins psychiatriques	<p>Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en service d'urgence pour soins psychiatriques</p> <p>Sont pris en considération : examens dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés par un médecin spécialisé en neurologie ou en psychiatrie</p>	<p>(Prestation de soins: 590914  590995  Et  Type prestataire de soins: 078 119  780 784 788)  Ou</p>

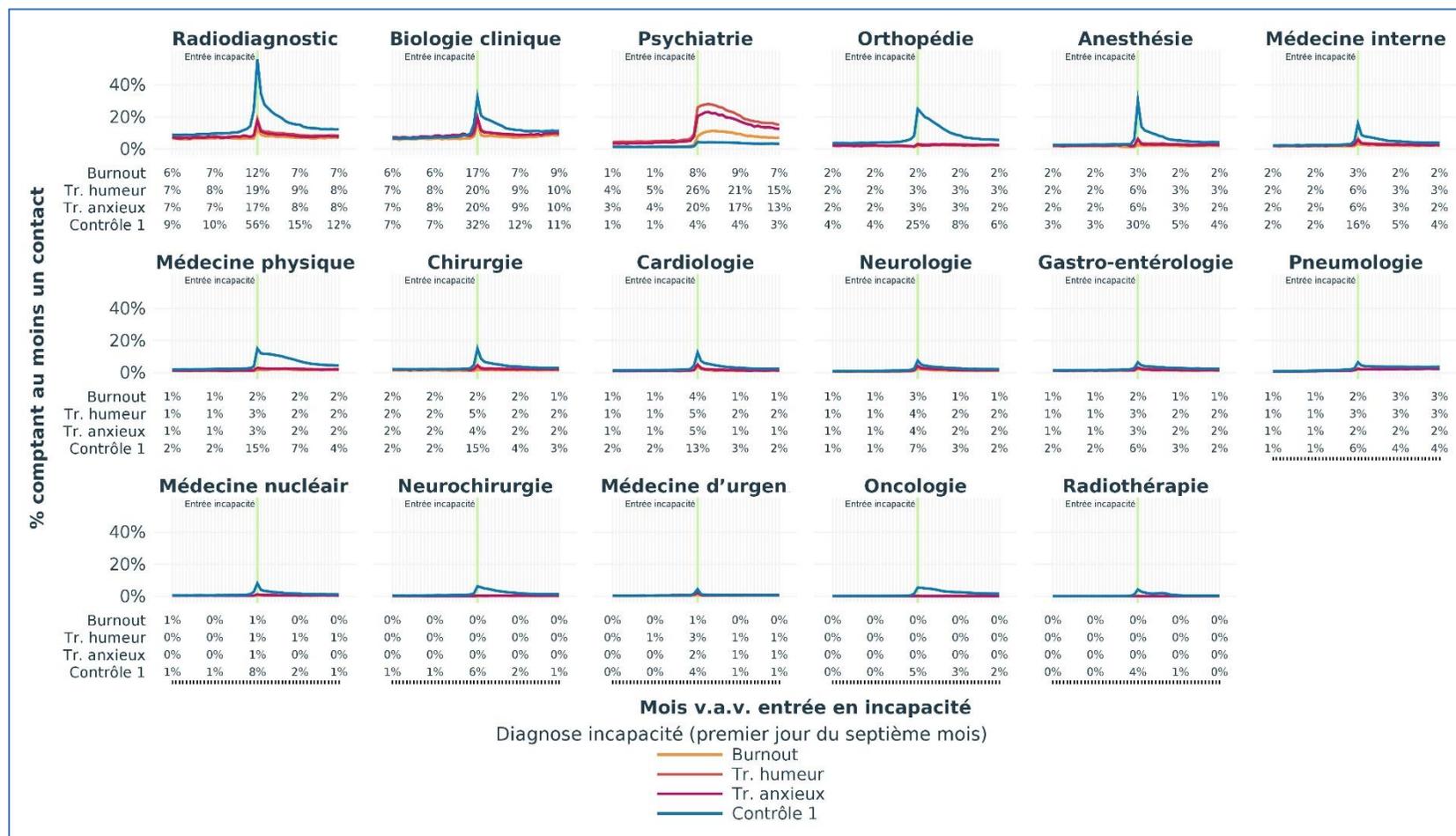
	ou en neuropsychiatrie, ou admission dans un service d'un établissement psychiatrique, qu'elle soit urgente ou qu'elle concerne l'administration d'antidépresseurs par perfusion.	Prestation de soins: 761073
Hospitalisation en établissement psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général (SPHG)	Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général  Moyenne des jours d'admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général (pour les personnes comptant au moins une admission)	(Numéro d'identification institution: ≥71000000000 et <72000000000) Et Code service: ≥340 et <400) Ou (Numéro d'identification institution: ≥72000000000 et <73000000000)
Hospitalisation classique en hôpital général	Pourcentage de personnes comptant une hospitalisation classique.  Moyenne des jours d'hospitalisation classique (pour les personnes comptant au moins une admission)	(Numéro d'identification institution: ≥71000000000 en <72000000000) Et Code service: ≤340 ou ≥400)
Hospitalisation de jour	Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en hôpital de jour	Prestation de soins: 768036 768040
Admission en centre de réhabilitation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes	Pourcentage de personnes comptant au moins une admission en centre de revalidation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes  Moyenne des jours d'admission en centre de revalidation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes (pour les personnes comptant au moins une admission)	(Numéro d'identification institution: ≥77200000000 et <77400000000)
Délivrance de médicaments remboursables	Pourcentage de personnes comptant au moins une délivrance de médicaments remboursables  Moyenne des doses journalières de médicaments remboursables.  L'indicateur est construit par groupe anatomique principal ATC (A-Système digestif et métabolisme, B-Sang et organes hématopoiétiques, C-Système cardio-vasculaire, D-Dermatologie, G-Système génito-urinaire et hormones sexuelles, H-Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines, J-Anti-infectieux [usage systémique], L-Antinéoplasiques et agents immunomodulants, M-Système musculosquelettique, N-Système nerveux, P-Antiparasitaires, insecticides et répulsifs, R-Système respiratoire, S-Organes sensoriels) et décrit le nombre total de délivrances des groupes principaux ci-dessus. Enfin, nous considérons également la médication spécifique aux problèmes liés à la santé mentale (N04-Anti-parkinsoniens,	Niveau ATC 1: A B C D G H J L M N P R S V

	N05 Psycholeptiques, N06 Psychoanaleptiques) et les médicaments liés à l'alcool ainsi que les opioïdes.	
Prestation biologie clinique	Pourcentage de personnes comptant au moins une prestation de biologie clinique. Moyenne des prestations de biologie clinique (pour les personnes comptant au moins une prestation.	Rubrique: N08



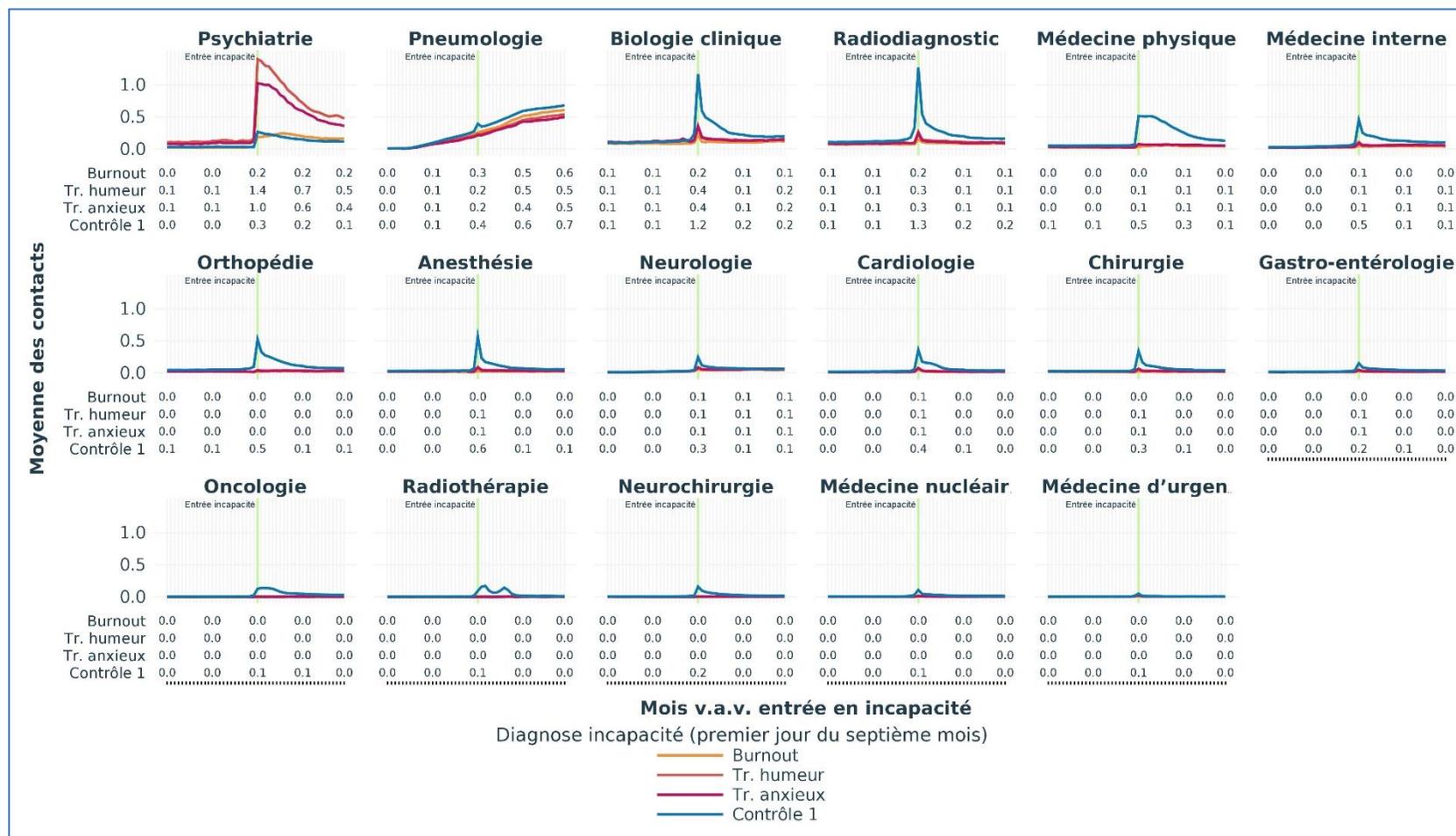


**Graphique B3.3. Pourcentage de personnes comptant un contact avec un médecin spécialiste (par discipline)**



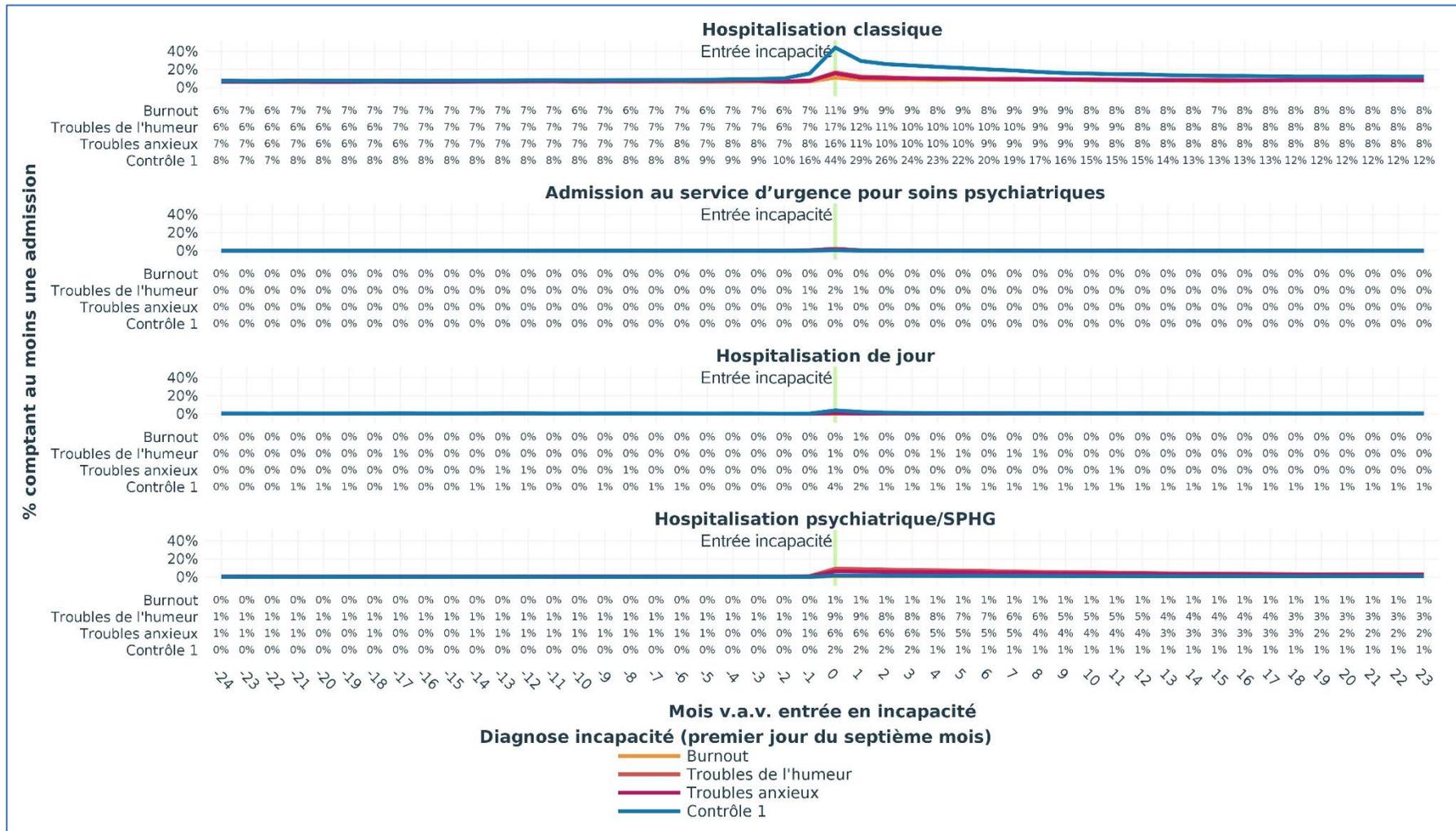
Note : le graphique indique les pourcentages au 24<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au 12<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au mois d'entrée, au 12<sup>e</sup> mois suivant l'entrée et au 23<sup>e</sup> mois suivant l'entrée

**Graphique B3.4. Nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste (par discipline)**

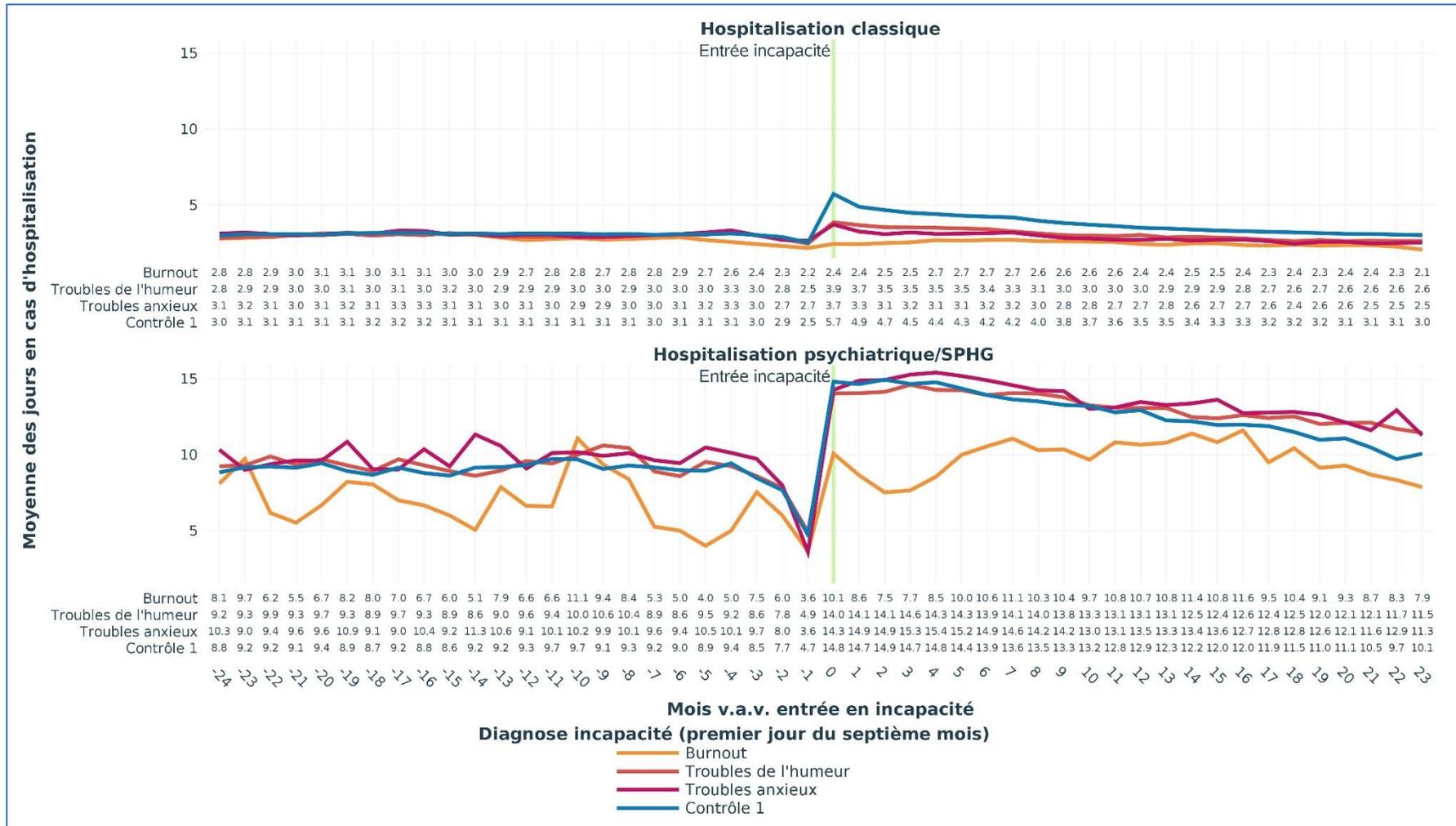


Note : le graphique indique les pourcentages au 24<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au 12<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au mois d'entrée, au 12<sup>e</sup> mois suivant l'entrée et au 23<sup>e</sup> mois suivant l'entrée

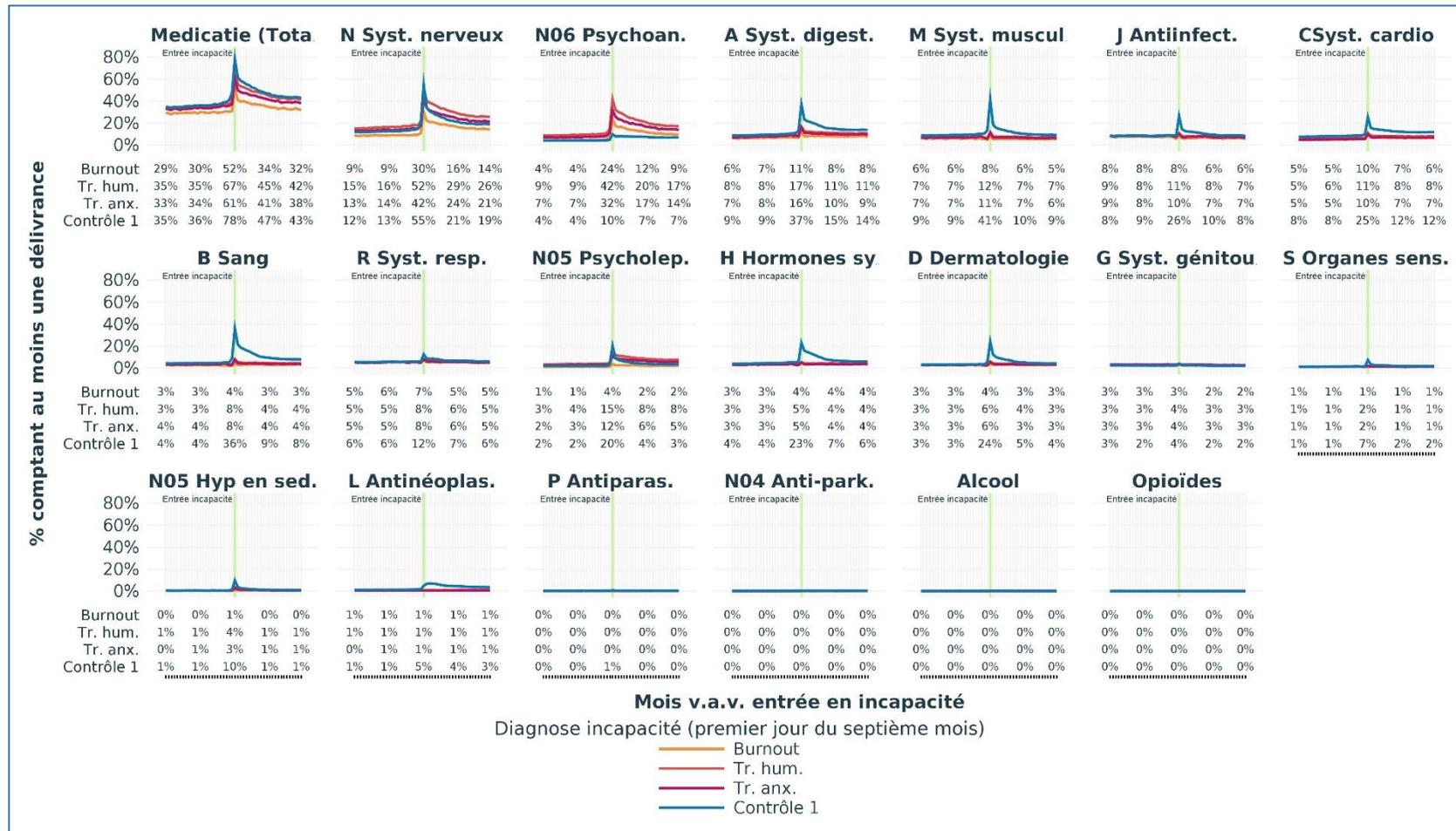
**Graphique B3.5. Pourcentage de personnes comptant une admission en hôpital (psychiatrique/classique)**



**Graphique B3.6. Nombre moyen de jours à l'hôpital (psychiatrique/classique) (pour les personnes comptant au moins 1 admission)**

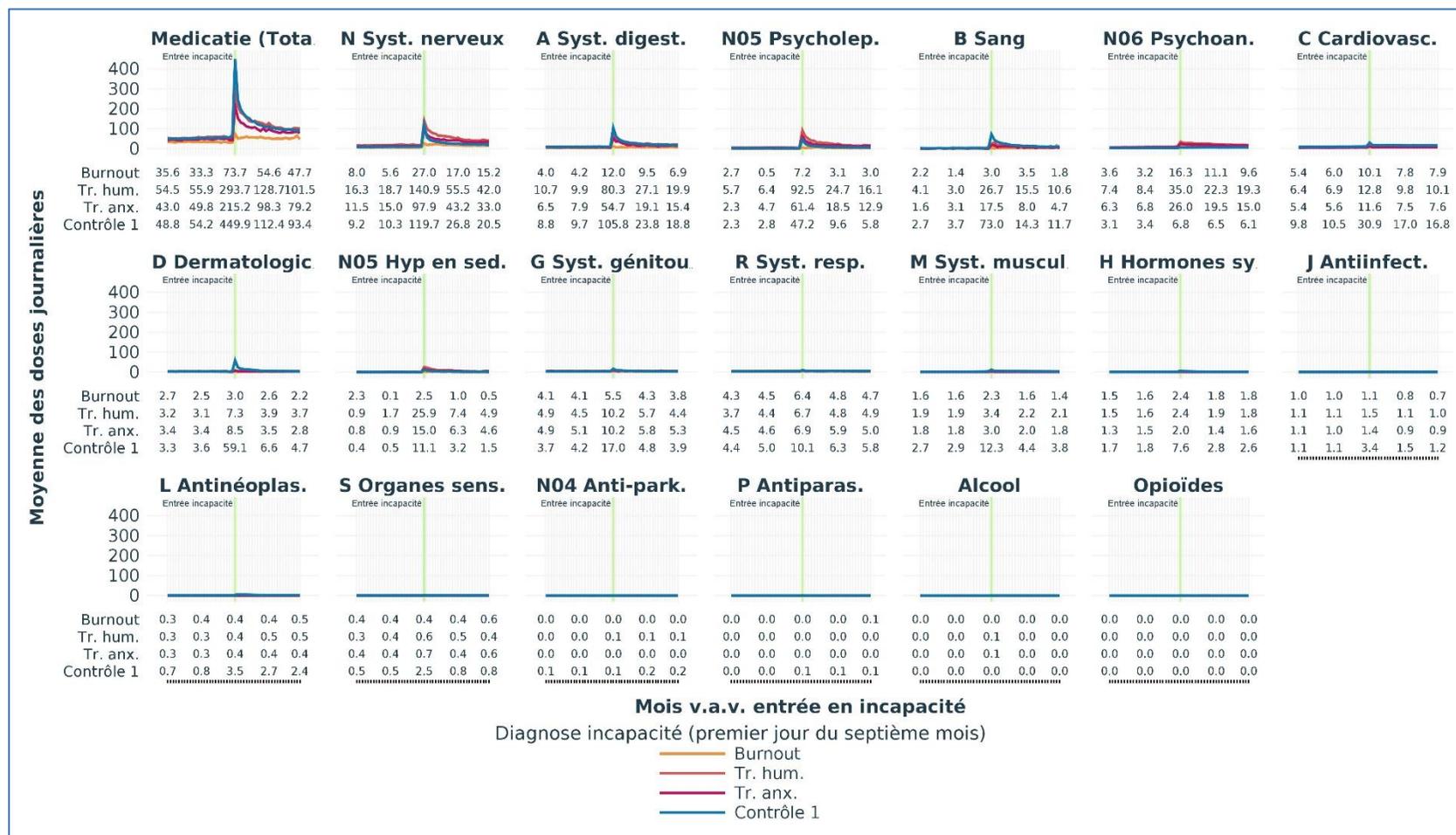


**Graphique B3.7. Pourcentage de personnes comptant une délivrance de médicaments (total et par ATC)**



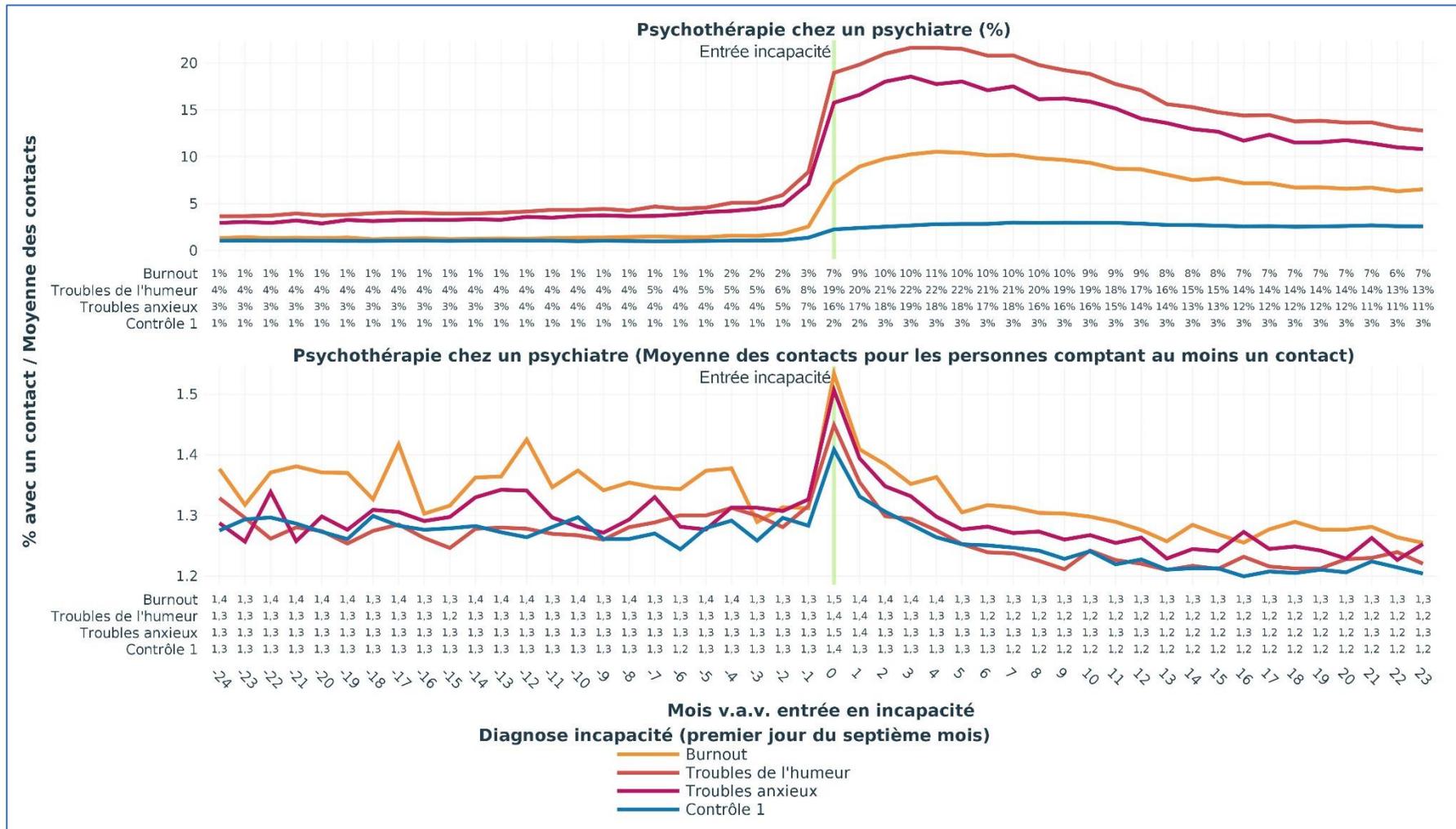
Note : le graphique indique les pourcentages au 24<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au 12<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au mois d'entrée, au 12<sup>e</sup> mois suivant l'entrée et au 23<sup>e</sup> mois suivant l'entrée

**Graphique B3.8. Nombre moyen de doses journalières de médicaments délivrés (total et par ATC)**



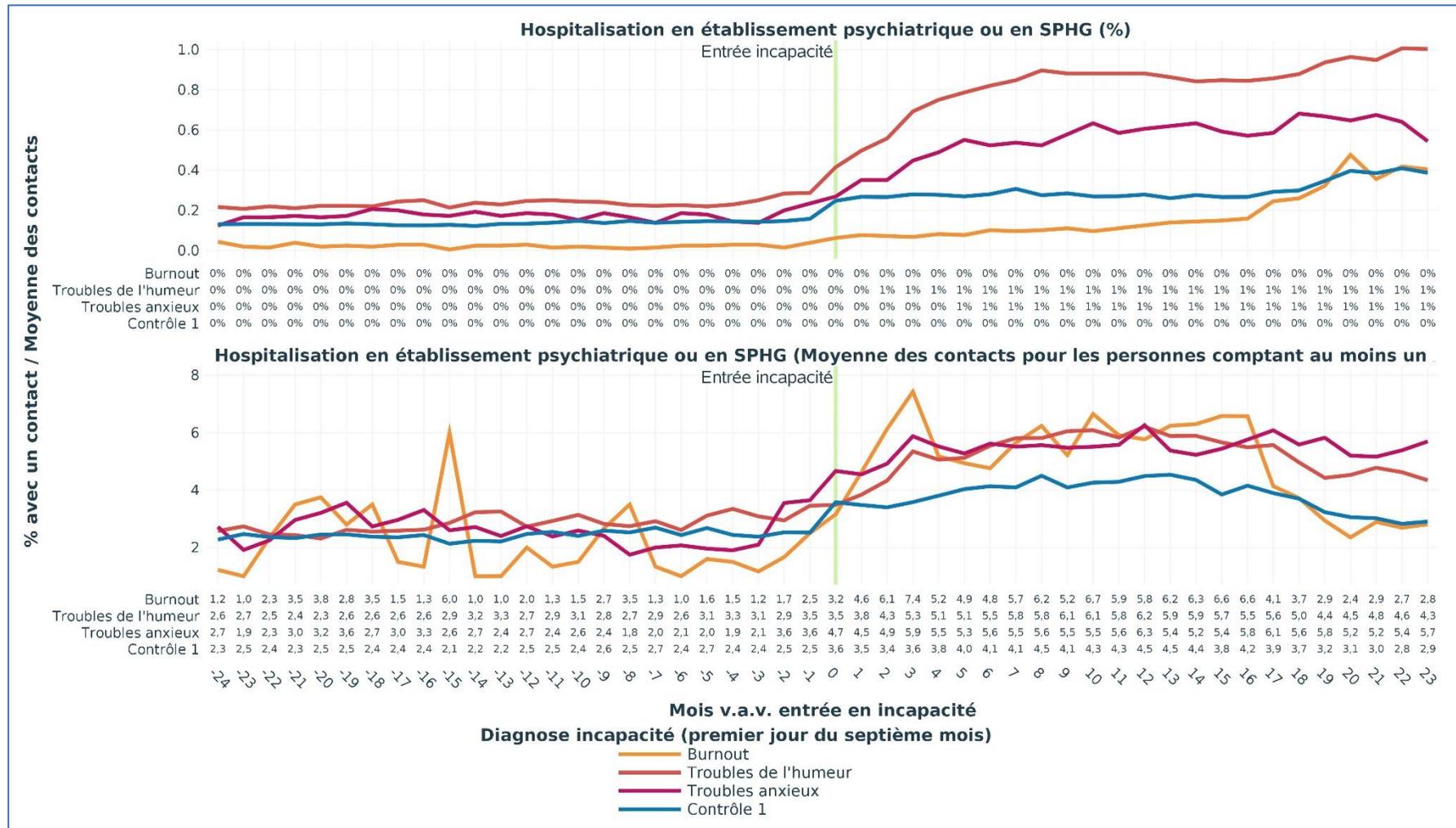
Note : le graphique indique les pourcentages au 24<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au 12<sup>e</sup> mois précédant l'entrée, au mois d'entrée, au 12<sup>e</sup> mois suivant l'entrée et au 23<sup>e</sup> mois suivant l'entrée

**Graphique B3.9. Pourcentage de personnes comptant un contact en psychothérapie chez un psychiatre et nombre moyen de contacts (pour les personnes comptant au moins 1 contact)**

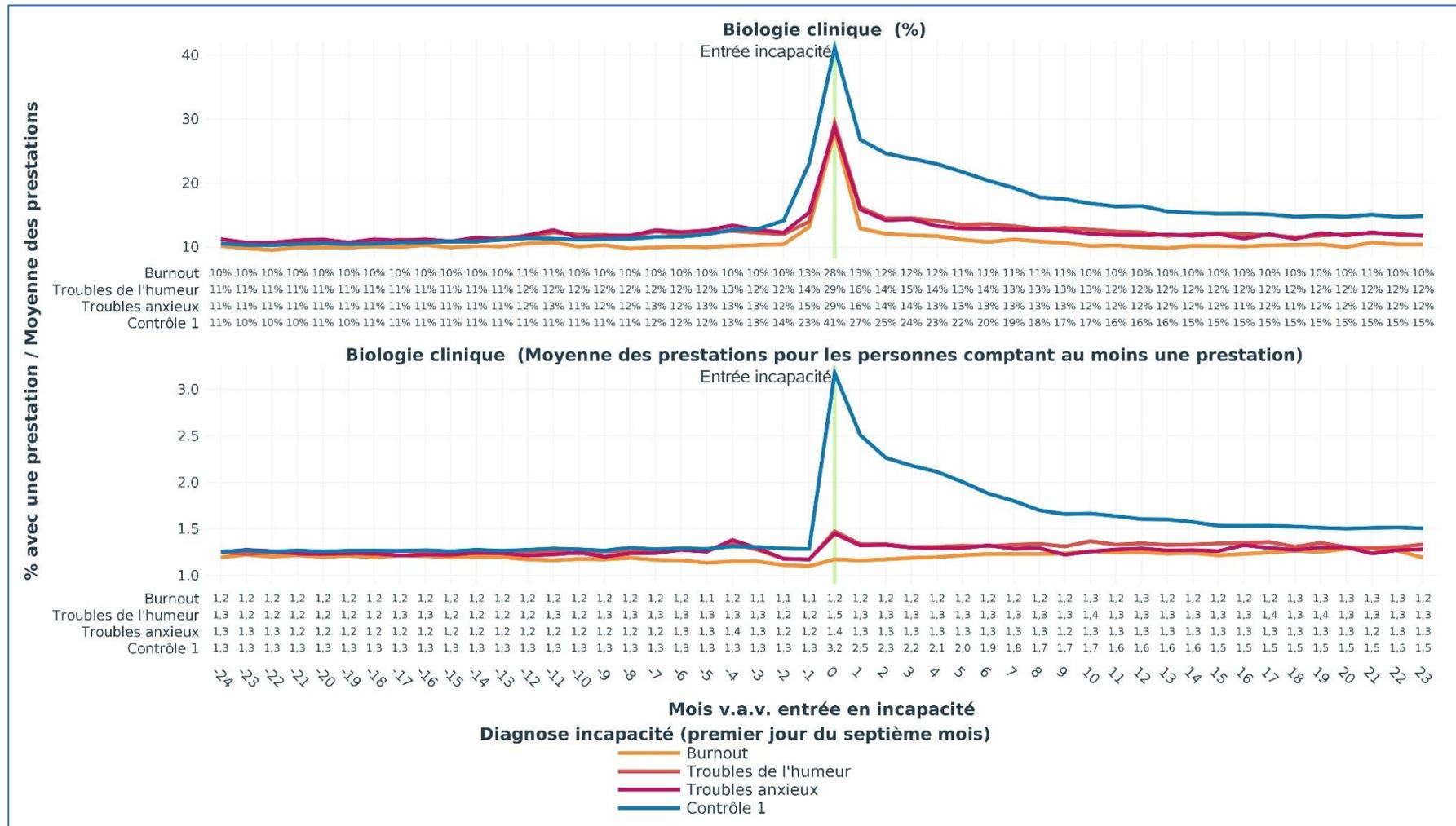




**Graphique B3.11. Pourcentage de personnes comptant une admission en centre de réhabilitation psychosociale ou en rééducation dans le cadre d'assuétudes et nombre moyen de jours (pour les personnes comptant 1 admission)**

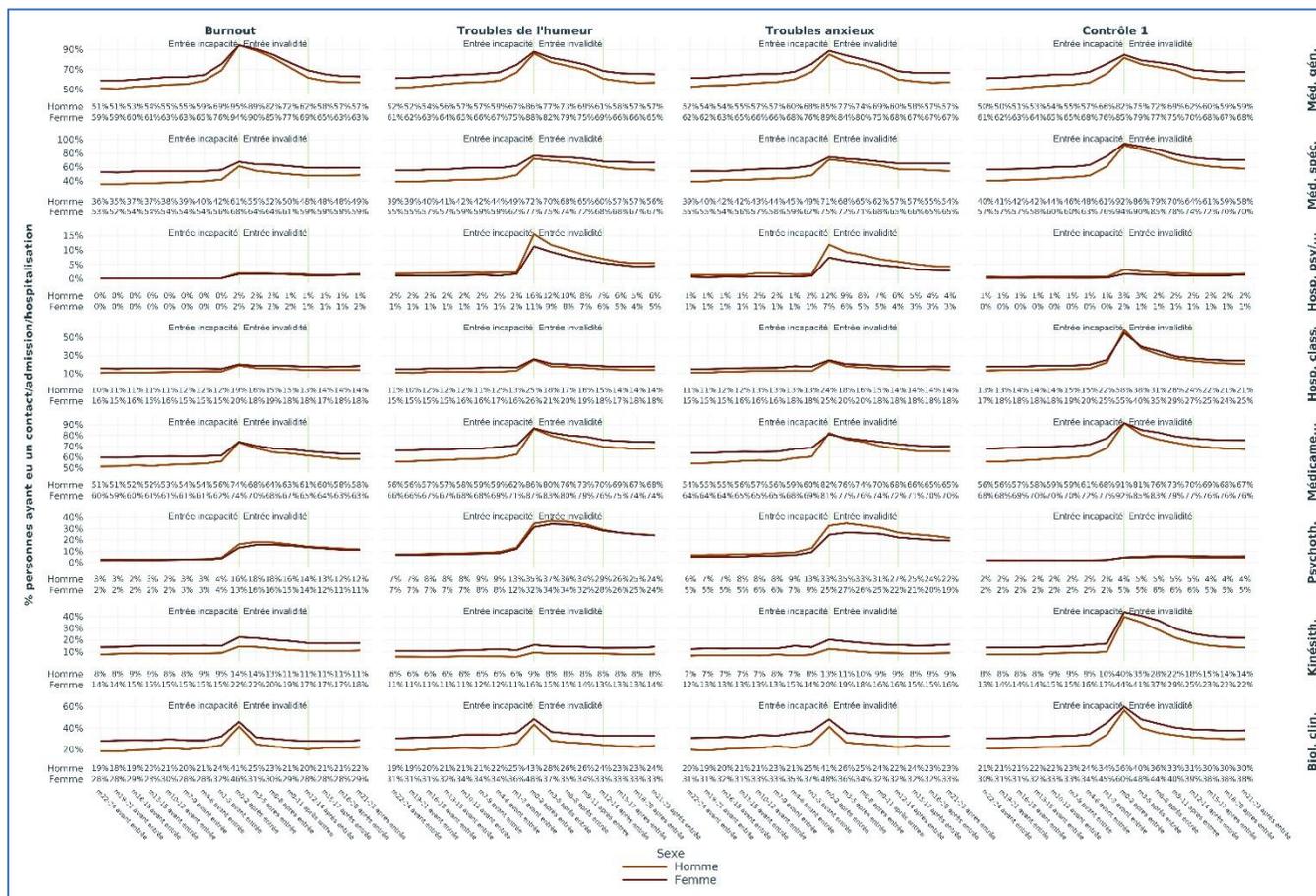


**Graphique B3.12. Pourcentage de personnes comptant une prestation de biologie clinique et moyenne des prestations (pour les personnes comptant au moins 1 prestation)**

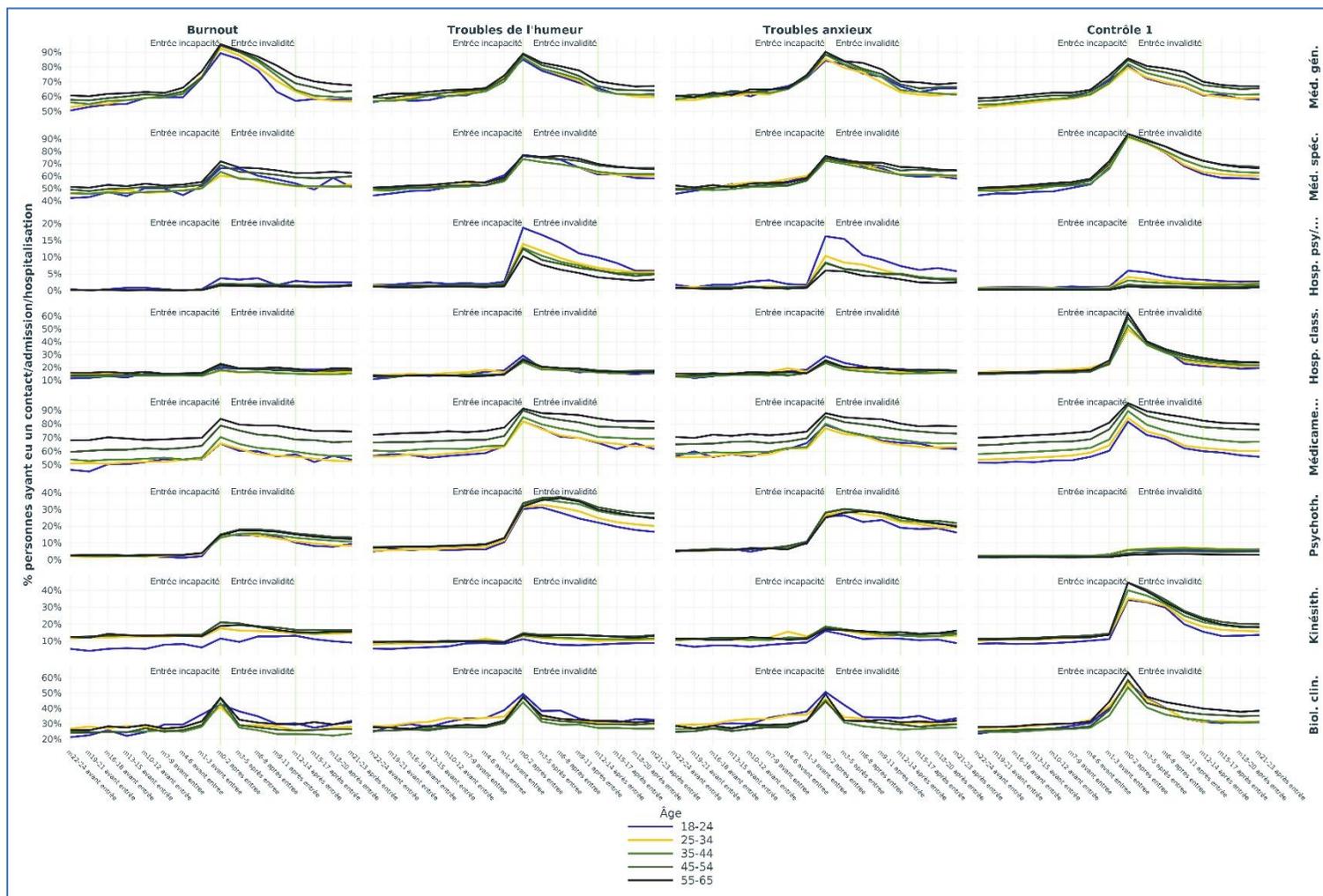


# Annexe 4. Indicateurs de consommation de soins et caractéristiques socio-démographiques

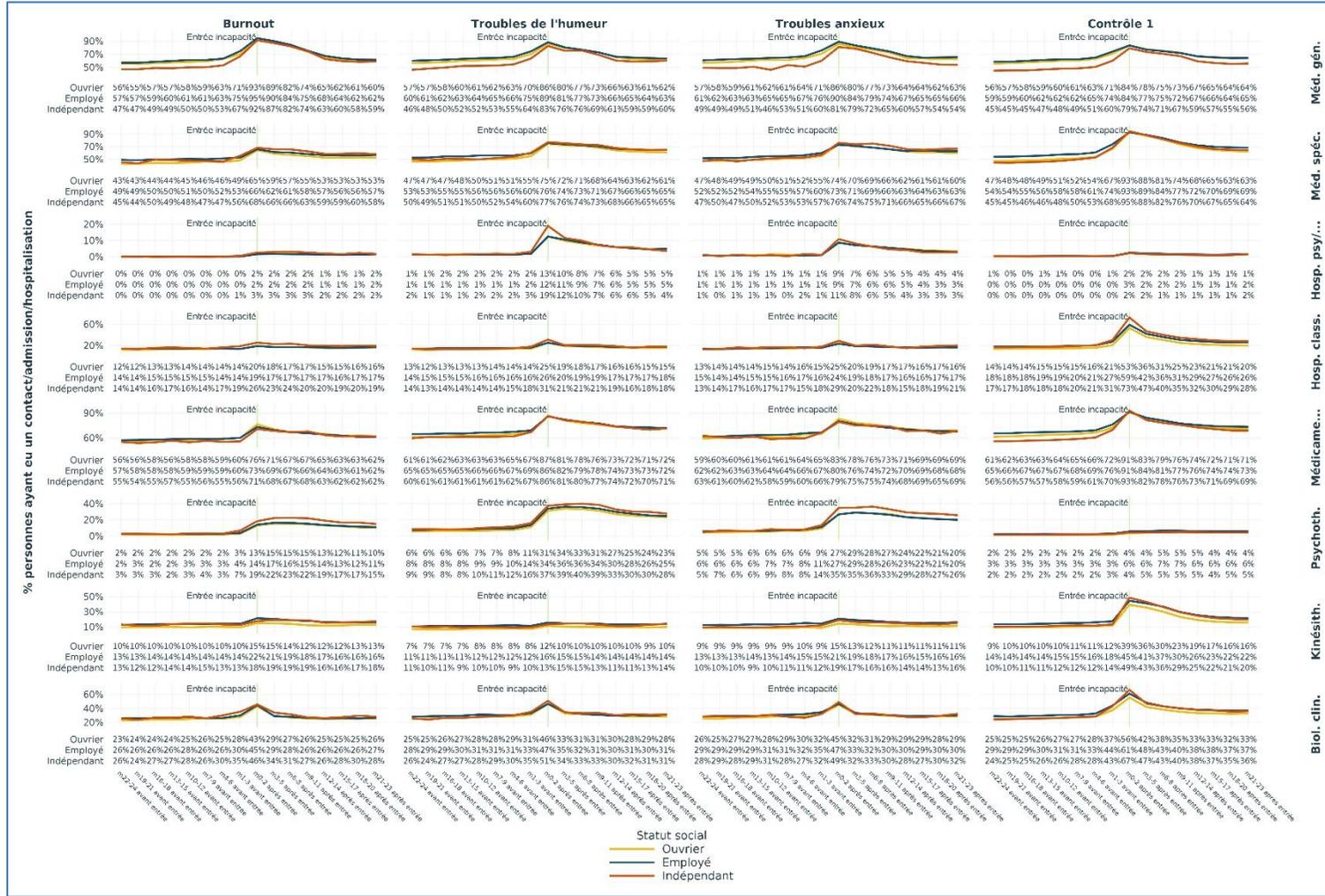
Graphique B4.1. Aperçu des indicateurs dont la consommation de soins est la plus élevée, selon le sexe



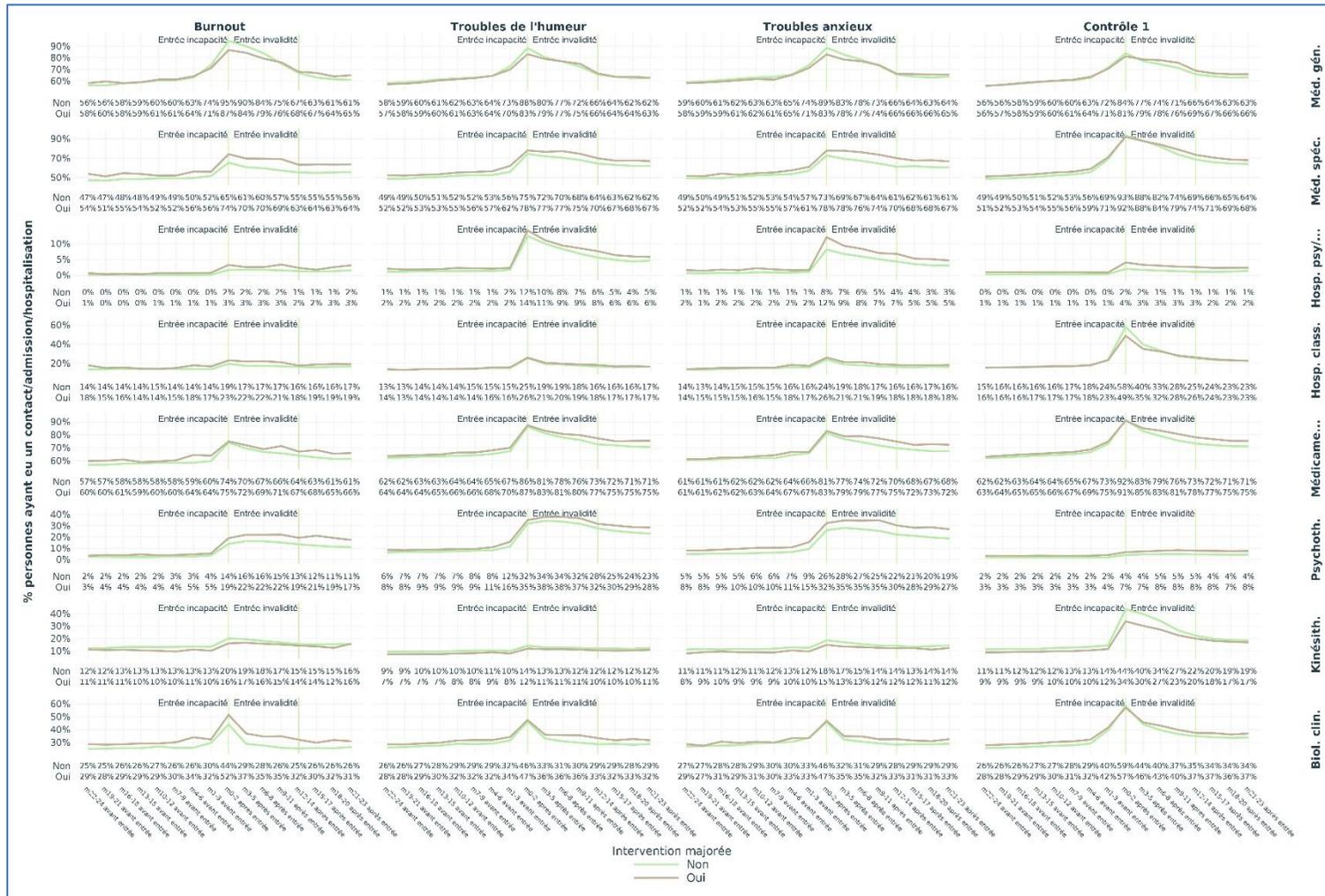
**Graphique B4.2. Aperçu des indicateurs dont la consommation de soins est la plus élevée, par tranche d'âge**



Graphique B4.3. Aperçu des indicateurs dont la consommation de soins est la plus élevée, par statut social



**Graphique B4.4. Aperçu des indicateurs dont la consommation de soins est la plus élevée : bénéficiaires de l'intervention majorée par rapport aux bénéficiaires ordinaires**



**Graphique B4.5. Aperçu des indicateurs dont la consommation de soins est la plus élevée : avec et sans « statut affection chronique »**



## Annexe 5. Exemple d'un nomogramme dynamique

Graphique B5.1. Exemple d'un nomogramme dynamique des prédicteurs significatifs dans le modèle de prédiction visant à expliquer l'invalidité à l'aide des profils socio-démographiques et médicaux, de la catégorie ICD-10 et du profil de consommation (au 6<sup>e</sup> mois suivant l'entrée en incapacité de travail) des personnes en incapacité de travail de longue durée due à des troubles de l'humeur

