



Étude pilote sur les caractéristiques et les facteurs déterminants de l'absentéisme chez les travailleurs belges pour la période 2018-2022

DÉPARTEMENT KNOWLEDGE, INFORMATION & RESEARCH

Groupe IDEWE

www.idewe.be

DATE

Septembre 2024

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
Définition	3
Taux d'absentéisme	3
Taux d'absentéisme IDEWE	4
Chiffres relatifs à l'absentéisme Acerta	5
Conclusions de la présente étude	5
COLLECTE DE DONNEES	6
La méthode d'examen	6
Collecte et flux de données	6
Collecte des données par IDEWE	7
Collecte de données par Acerta	7
Pseudonymisation et association des données	7
Sélection de la population étudiée	7
Sélection des variables	9
Variables	9
Variables explicatives ou déterminants	10
ANALYSES ET RESULTATS	13
Population de recherche	13
Sous-déclaration de l'absentéisme lors des examens médicaux	15
L'incidence de l'absentéisme et le nombre total de travailleurs en reprise progressive	17
Prévalence de l'absentéisme et de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée	17
La prévalence de l'absentéisme	17
La prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée	19
Les raisons les plus importantes de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée	21
Raisons de l'absentéisme de courte durée (figure 8)	21
Raisons de l'absentéisme de moyenne durée (figure 9)	22
Raisons de l'absentéisme de longue durée (figure 10)	23

Prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée par facteurs explicatifs pour l'année 2022	23
Analyse en fonction des facteurs sociodémographiques et professionnels et de la présence à l'examen médical	24
Analyse des facteurs liés à la santé et au mode de vie	28
L'effet des facteurs liés à la santé sur l'absentéisme de moyenne à longue durée	30
CONCLUSION	34
FORCES ET FAIBLESSES	36
REFERENCES	37

Étude pilote sur les caractéristiques et les facteurs déterminants de l'absentéisme chez les travailleurs belges 2018-2022

INTRODUCTION

Les derniers chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'organisme de gestion de l'assurance maladie, montrent que le nombre de travailleurs en invalidité a augmenté de 113 % entre 1997 et 2016 (1). C'est plus du double en moins de 10 ans.

Définition

On parle d'**invalidité** lorsqu'une période d'incapacité de travail due à une maladie dure plus d'un an. Cette forme d'incapacité de travail entre dans la définition de l'incapacité de travail de longue durée. Le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (SPF ETCS) parle d'**incapacité de travail de longue durée** lorsqu'un travailleur est absent depuis plus d'un mois. Il s'agit également de la définition couramment utilisée par les chercheurs.

Généralement, l'incapacité de travail de longue durée est subdivisée en incapacité de travail de moyenne et de longue durée. Dans la présente étude, nous utilisons les définitions de l'absentéisme suivantes :

Absentéisme de courte durée : absence de moins d'un mois

Absentéisme de moyenne durée : absence de plus d'un mois mais de moins d'un an

Absentéisme de longue durée : absence de plus d'un an

Ces définitions correspondent à la classification des absences (mais avec une terminologie différente) utilisée par les mutuelles. Lorsqu'un travailleur ne peut pas se rendre au travail pour des raisons médicales, il a droit à un **salaire garanti**, payé en tout ou en partie par l'employeur, pendant un mois. Vient ensuite la période de l'**incapacité de travail primaire**. Celle-ci commence le jour où le médecin-conseil de la mutuelle approuve l'incapacité et dure au maximum un an. L'**invalidité** commence à courir après l'année d'incapacité de travail primaire.

Taux d'absentéisme

Il n'existe pas de chiffres nationaux et européens normalisés sur l'absentéisme, mais l'enquête européenne sur les conditions de travail organisée par Eurofound depuis 1991 donne une idée de l'ampleur de l'absentéisme. Les derniers chiffres datent de 2015 et proviennent de 44 000 travailleurs de 35 pays. 37 % des travailleurs européens étaient absents 1 à 15 jours durant les 12 derniers mois précédant l'enquête, 8 % l'ont été plus de 15 jours. Pour les personnes interrogées en Belgique, ces

chiffres étaient respectivement de 43 % et 12 % (2). Dans un rapport plus ancien rapport d'Eurofound de 2010 relatif à l'absentéisme dans les États membres européens, basé sur une enquête auprès des représentants nationaux de l'European Working Conditions Observatory Network, l'absentéisme en Europe représentait alors 3 à 6 % du temps de travail, pour un coût de 2,5 % du PNB. Pour la Belgique, ils sont arrivés à un taux d'absentéisme moyen de 3 à 7 % et à un coût de 3,1 % du PNB (3).

L'absentéisme de moyenne et de longue durée n'est pas seulement un fardeau économique pour la société, il est également associé à une probabilité réduite de retour au travail (4,5,6). Les principales causes d'incapacité de travail de plus d'un mois sont les problèmes de santé mentale et les troubles musculosquelettiques. En outre, les ouvriers sont plus souvent absents pour cause de maladie que les employés, les femmes plus souvent que les hommes et les personnes âgées plus souvent que les jeunes, selon les chiffres de l'INAMI (1,7). La recherche montre que d'autres caractéristiques liées à la personne et au travail, telles que le niveau d'éducation, la perception de sa propre santé, la capacité de travail, les travaux physiques lourds, etc. jouent un rôle (8, 9).

Taux d'absentéisme IDEWE

IDEWE collecte des informations relatives à l'absentéisme sur la base d'une enquête auprès des travailleurs qui sont soumis à des examens médicaux périodiques. Lors de l'examen médical, le travailleur est interrogé sur ses absences au travail pour cause de maladie, d'accident privé ou d'accident du travail au cours de la période d'un an précédant l'examen. Nous enregistrons la durée de l'absence pour raisons médicales (avec les dates exactes de début et de fin si elles sont connues, mais c'est rarement le cas) et le diagnostic sous-jacent. Si le travailleur déclare ne pas avoir été absent, nous l'enregistrons également. Ces données rapportées par le travailleur sont reprises dans le dossier médical de la médecine du travail géré par les médecins du travail d'IDEWE. Les données biométriques et médicales issues de l'examen clinique (ex. : IMC, tension artérielle, etc.) sont également enregistrées dans ce dossier médical. En outre, IDEWE a accès à des informations administratives et professionnelles telles que l'âge, le sexe, le code professionnel ISCO du travailleur, la date d'embauche et de départ, le numéro d'entreprise et le secteur de l'employeur, ainsi que les risques de santé auxquels le travailleur est exposé.

Il est important de noter qu'IDEWE ne dispose donc de données sur l'absentéisme que pour les travailleurs qui se présentent à des examens médicaux. Cela représente environ la moitié des travailleurs sous surveillance médicale. Pour la plupart, il s'agit de travailleurs qui sont légalement tenus de subir un examen médical à une certaine fréquence parce qu'ils sont exposés à certains risques professionnels. Ces travailleurs sont appelés travailleurs « soumis », c'est-à-dire soumis à un examen médical. IDEWE ne dispose d'aucune donnée d'absentéisme ou d'autres données médicales pour les travailleurs qui ne sont pas soumis à un examen (principalement les « non soumis »).

En outre, les données d'absence collectées par IDEWE lors de l'examen médical ont été obtenues par déclaration des travailleurs eux-mêmes. Le fait que les travailleurs déclarent eux-mêmes leurs absences entraîne une sous-déclaration de l'absentéisme. Cette sous-déclaration a été estimée dans des recherches antérieures à environ 12 %, avec des variations entre 11 % et 24 %, en fonction de la population étudiée. Toutefois, il s'agit d'une étude ancienne (année de référence 1998), et des chiffres plus récents ne sont pas disponibles (10).

Chiffres relatifs à l'absentéisme Acerta

En tant que secrétariat social, Acerta dispose de données précises sur l'absentéisme, et ce tant pour les travailleurs soumis à un examen médical périodique que pour les travailleurs non soumis. Acerta dispose également d'informations socioéconomiques, professionnelles et organisationnelles. L'association des données d'Acerta et d'IDEWE est intéressante pour IDEWE afin d'avoir une idée de l'absentéisme parmi les travailleurs qui ne se présentent généralement pas à l'examen après du médecin du travail ou de l'infirmier. Pour Acerta, la mise en relation avec les données d'IDEWE permet de mieux comprendre les raisons de l'absentéisme et d'établir des liens avec les facteurs liés à la santé.

Conclusions de la présente étude

Nous pouvons résumer l'objectif de la présente étude par les questions de recherche suivantes :

- Comment se traduit l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée chez les travailleurs durant la période 2018-2022 ?
- Existe-t-il une différence dans la fréquence de l'absentéisme entre les travailleurs soumis et les travailleurs non soumis ?
- Quels sont les facteurs socio-économiques, liés au travail et à la santé qui s'avèrent déterminants dans l'identification du risque d'absentéisme ?
- Quelles sont les causes d'absentéisme de courte, moyenne et longue durée mentionnées par les travailleurs lors des examens ?
- Quelle est l'ampleur de la sous-déclaration de l'absentéisme parmi les travailleurs se rendant à des examens médicaux ?

COLLECTE DE DONNEES

La méthode d'examen

Ce rapport décrit une étude rétrospective en utilisant des données collectées auprès de travailleurs dont l'employeur était affilié à la fois à Acerta et à IDEWE entre 2018 et 2022.

Collecte et flux de données

Les données d'Acerta et d'IDEWE ont été reliées entre elles. Ce processus est présenté de manière schématique dans la **figure 1**.

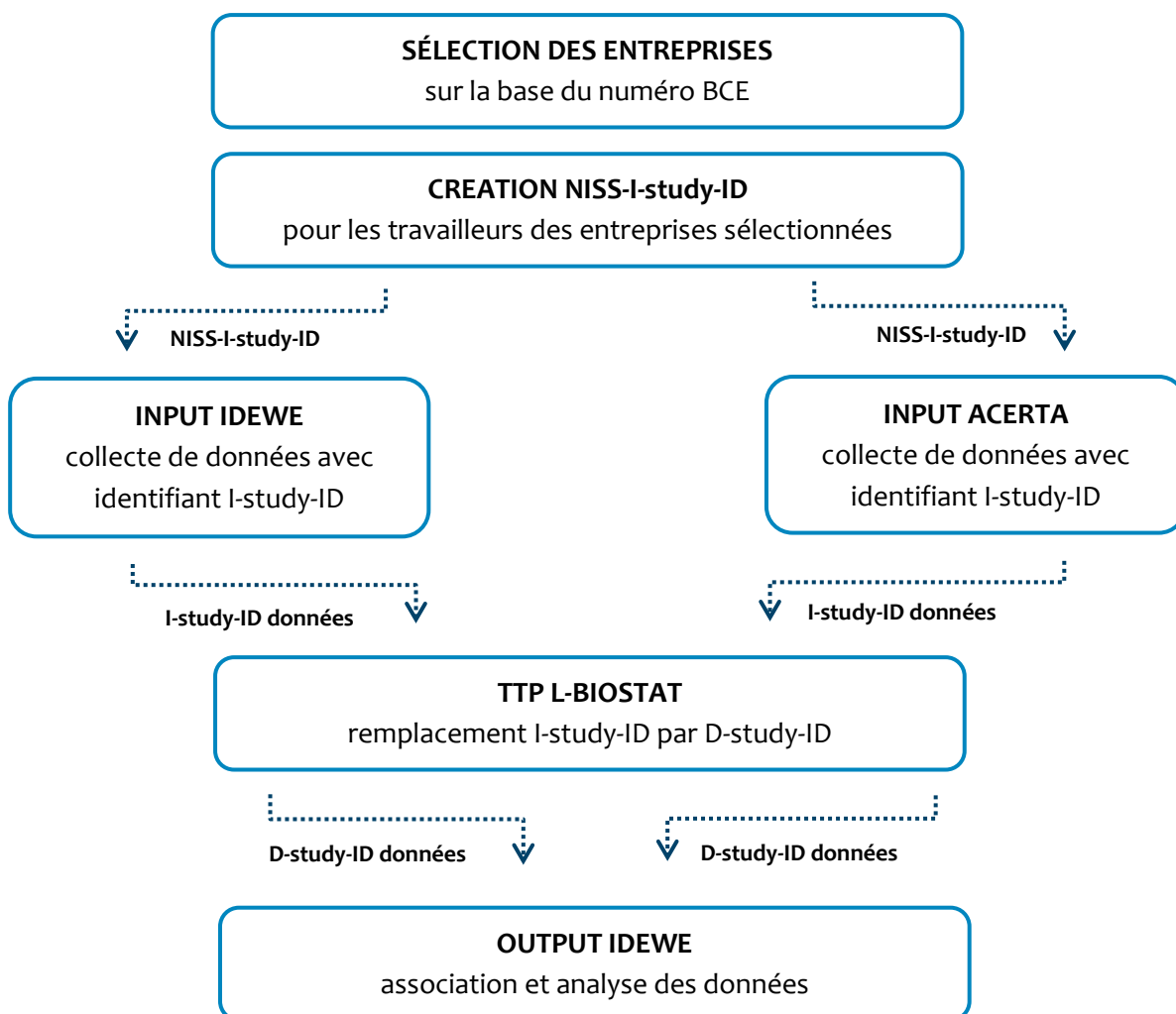


Figure 1 flux de données

Collecte des données par IDEWE

Pour répondre aux exigences légales en matière de surveillance médicale des travailleurs, les médecins du travail et les infirmiers d'IDEWE examinent chaque année plus de 300 000 travailleurs. Ils mesurent un certain nombre de paramètres de santé et enregistrent les résultats dans un dossier médical électronique. Toutes les données sont stockées dans une banque de données centrale.

Collecte de données par Acerta

Acerta gère les salaires de 500 000 travailleurs chaque mois. Les employeurs affiliés partagent des informations détaillées sur les absences (vacances, maladies, accidents, etc.) de leurs travailleurs. En outre, des informations socioéconomiques (âge, sexe, salaire, taille de l'entreprise, secteur, etc.) et géographiques (adresses) sur les travailleurs et les employeurs sont collectées.

Pseudonymisation et association des données

Acerta et IDEWE ont sélectionné les entreprises et les sociétés affiliées aux deux services sur la base du numéro BCE. Seules les entreprises affiliées pendant toute la période de l'étude, du 01/01/2018 au 31/12/2022, étaient éligibles.

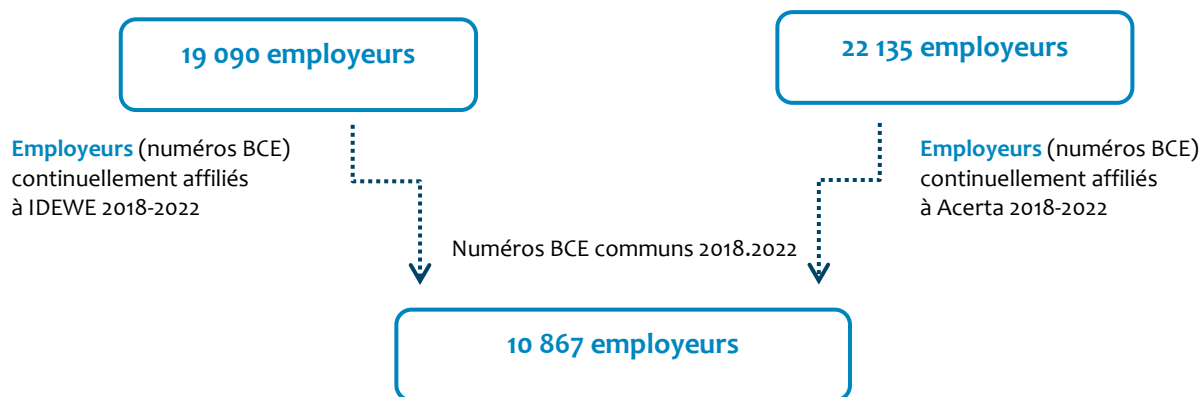
Pour associer les données des travailleurs communs, le numéro NISS (numéro d'identification d'une personne physique auprès de la sécurité sociale belge) a été utilisé comme identifiant. Les données des travailleurs ordinaires provenant des bases de données Acerta et IDEWE ont été pseudonymisées par un tiers de confiance, L-BioStat.

Pour éviter que les chercheurs ou le tiers de confiance ne découvrent l'identité des travailleurs, le numéro NISS a été remplacé deux fois par un numéro study-ID. Le tiers de confiance crée et conserve la clé entre I-study-ID (intermittent study ID) et D-study-ID (definitive study ID). Ces fichiers de données doublement pseudonymisés d'Acerta et d'IDEWE ont été fournis par le tiers de confiance aux chercheurs d'IDEWE qui ont procédé à l'association et à l'analyse des données.

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique sociale de la KU Leuven (SMEC) et le Comité d'éthique médicale d'IDEWE (OG 117).

Sélection de la population étudiée

La **figure 2** montre comment la population étudiée a été créée. La population étudiée se compose de 54 440 travailleurs employés par des employeurs affiliés à IDEWE et Acerta pendant toute la période 2018-2022.



Échange des numéros NISS et association des données des travailleurs qui sont restés employés de manière continue par ces 10 867 employeurs

Travailleurs employés de manière continue par ces employeurs au cours de la période 2018-2022 et dont la paie a été gérée par ACERTA



Suppression des données relatives aux années civiles au cours desquelles les travailleurs étaient tenus par leur contrat de travailler moins de 52 jours.

Population étudiée en

2018	2019	2020	2021	2022
54 399 travailleurs	54 390 travailleurs	54 396 travailleurs	54 396 travailleurs	54 402 travailleurs
<i>Écartement des travailleurs en reprise progressive</i>				
54 119 travailleurs	52 848 travailleurs	52 748 travailleurs	52 406 travailleurs	52 301 travailleurs
<i>Sélection des travailleurs avec un contrat médical chez IDEWE</i>				
25 500 travailleurs	23 961 travailleurs	21 009 travailleurs	26 640 travailleurs	25 397 travailleurs

Figure 2 Sélection de la population étudiée

Plusieurs employeurs, en particulier dans le secteur de l'enseignement, emploient des fonctionnaires pour lesquels Acerta n'est pas responsable de l'administration des salaires. Aucune donnée d'absentéisme n'étant disponible pour ces travailleurs, ils n'ont pas été inclus dans la population étudiée. Cela signifie que les données relatives à l'absentéisme dans cette étude pour le secteur de l'enseignement concernent principalement le personnel d'entretien et administratif, et non le personnel enseignant.

Du groupe initial de 54 440 travailleurs qui sont restés employés de manière continue par des employeurs affiliés à la fois à Acerta et à IDEWE entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2022, il reste un nombre variable de travailleurs par année calendrier après le nettoyage des données. Ainsi, les travailleurs qui avaient un contrat de moins de 52 jours de travail au cours d'une année civile ont été exclus. Les travailleurs en reprise progressive du travail n'ont pas non plus été inclus dans les analyses d'absentéisme. Les analyses des facteurs liés à la santé n'ont pu être réalisées que dans le groupe des travailleurs ayant eu au moins un contact médical chez IDEWE au cours d'une année calendrier.

Sélection des variables

Variables

Les données fournies par Acerta ont permis de calculer les résultats suivants en matière d'absentéisme. Il s'agit de l'absentéisme pour cause de maladie ou d'accident.

- **L'incidence de l'absentéisme** = % de travailleurs ayant au moins une nouvelle période d'absence au cours de l'année calendrier en question.
- **La prévalence de l'absentéisme** = % de travailleurs ayant eu une période d'absence au cours de l'année calendrier en question (une nouvelle période d'absence ou une continuation de l'année calendrier précédente).
- **La prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne ou de longue durée.** Pour calculer ces catégories, nous avons procédé comme suit :

Les enregistrements des absences ne nous ont pas permis de distinguer les nouvelles périodes d'absence des prolongations d'absences antérieures. Par conséquent, tous les jours d'absence ont été additionnés par année calendrier. Une absence de 359 jours ou plus par année calendrier a été considérée comme une absence d'une année calendrier complète. Nous avons supposé que l'enregistrement de quelques jours ouvrables seulement au cours d'une année calendrier était dû à des erreurs d'enregistrement ou à des périodes non consécutives figurant sur les notes de maladie.

Les absences de courte, moyenne et longue durée ont été définies comme suit :

- **Courte :** < 31 jours par année calendrier
- **Moyenne :** De 31 à 358 jours par année calendrier
- **Longue :** >= 359 jours par année calendrier

Il est important pour l'interprétation des résultats que l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée reflète dans cette analyse **la durée de l'absentéisme par année calendrier et non la durée de l'absentéisme par période de maladie.**

La sélection de la population étudiée décrite ci-dessus et l'ajout de périodes d'absence par année calendrier peuvent donner lieu à une sous-estimation ou à une surestimation de l'absentéisme.

Une **sous-estimation des absences de longue durée** peut être causée par :

- la sélection des travailleurs qui sont restés employés pendant 5 ans : un certain nombre de travailleurs peuvent avoir quitté leur emploi en raison d'une maladie de longue durée. Nous ne disposons pas de chiffres à ce sujet.
- la prise obligatoire de congés à la fin de la première année de maladie. Ainsi, selon l'enregistrement, une période de maladie prend fin. Au cours de l'année calendrier suivante, la période de maladie se poursuit.
- la définition de la durée de l'absence par année calendrier. Une période de maladie peut s'étaler sur deux années calendrier et durer plus de 365 jours, alors que cette absence par année calendrier dure moins de 365 jours.

Une **surestimation de l'absentéisme de moyenne durée et une sous-estimation de l'absentéisme de courte durée** peuvent être causées par :

- la définition de la durée de l'absence par année calendrier. De nombreuses absences de courte durée sont additionnées dans cette analyse et si elles dépassent 30 jours, elles sont comptabilisées dans les absences de moyenne durée.

Variables explicatives ou déterminants

Les facteurs suivants ont été inclus dans cette étude :

À partir des enregistrements d'Acerta

- Âge
- Sexe
- Secteur
- Ancienneté
- Pays de naissance
- Pays de résidence
- Province de résidence/Région de résidence
- État civil
- Formation
- Taille de l'entreprise
- Contrat (durée déterminée et indéterminée)
- Statut (ouvrier ou employé)
- Pourcentage d'occupation

À partir des enregistrements d'IDEWE

- Soumission à l'examen médical
- Contact médical
- Indice de masse corporelle (IMC)
- Comportement tabagique
- Tension artérielle
- Raisons de l'absence

Les **mesures de la taille, du poids et de la tension artérielle** sont effectuées au cours des examens médicaux de manière prescrite et à l'aide d'un équipement calibré.

L'**IMC** est calculé à partir du rapport entre la taille et le poids (poids/longueur²). L'IMC donne une indication sur la présence d'une insuffisance pondérale ou d'un surpoids. Un IMC normal se situe entre 18,5 et 25. Un IMC de 25 ou plus est synonyme de surpoids. À partir de 30, on parle d'obésité et à partir de 40, d'obésité morbide. À un IMC inférieur à 18,5, on parle d'insuffisance pondérale.

L'**hypertension artérielle** est définie comme une tension artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou une tension artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg ($\geq 140/90$ mm Hg). On parle d'hypertension modérée lorsque la pression artérielle est de 160/100 mm Hg et d'hypertension sévère lorsque la pression artérielle est $\geq 180/110$ mm Hg.

Les **habitudes en matière de tabagisme** sont interrogées lors de l'examen médical. Les fumeurs sont les travailleurs qui fument au moment de l'examen médical, du fumeur occasionnel au gros fumeur.

Lors des examens médicaux, les personnes sont interrogées sur leur absentéisme au cours des 12 mois précédant l'examen médical. Les raisons de l'absentéisme sont enregistrées et codées selon la classification ICD-9.

Catégories principales ICD-9-CM

La classification ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification*), ICD-9 en abrégé, est basée sur la neuvième révision du *Manual of the International Classification of Diseases* de l’OMS.

01-99 Procédures ou interventions
001-139 Maladies infectieuses et parasitaires
140-239 Néoplasmes
240-273 Maladies endocriniennes, affections de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires
280-289 Troubles hématologiques
290-319 Troubles mentaux
320-389 Maladies du système nerveux et des organes des sens
390-459 Maladies de l’appareil circulatoire
460-519 Maladies des voies respiratoires
520-579 Maladies de l’appareil digestif
580-629 Maladies des organes génito-urinaires
630-679 Complications de la grossesse, de l’accouchement et des suites de couches
680-709 Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
710-739 Troubles musculosquelettiques et maladies du tissu conjonctif
740-759 Anomalies congénitales
760-779 Affections dont l’origine se situe dans la période périnatale
780-799 Symptômes, signes et états morbides mal définis
800-999 Lésions traumatiques et intoxication
E800-E999 Causes extérieures de traumatismes et d’empoisonnements
M800-M997 Morphologie des tumeurs
V01-V83 Facteurs influant sur l’état de santé

ANALYSES ET RESULTATS

Les analyses ont été réalisées dans SPSS 29.0.2.0 et dans R (version 4.4.1 avec package glmmTMB version 1.1.9). Pour les analyses simples, le test du chi carré a été utilisé pour tester la relation entre les variables de résultats et les facteurs explicatifs. La corrélation a été considérée comme significative si la valeur p était inférieure à 0,05. Des modèles appropriés ont été utilisés pour les analyses multiples.

Population de recherche

La population étudiée comprend environ 54 400 travailleurs par année civile.

Le **tableau 1** présente le pourcentage de femmes dans le groupe d'étude par année, ainsi que l'âge moyen du groupe d'étude par année. Le pourcentage de femmes est environ de 62,5 %. En sélectionnant les travailleurs qui ont été et sont restés employés pendant les 5 années de l'enquête, nous constatons que la répartition par âge change au cours des années de l'enquête. Ainsi, le pourcentage de travailleurs en surpoids est passé de 16,3 % en 2018 à 31,3 % en 2022. Nous devons tenir compte de ce vieillissement de la population pour interpréter l'évolution de l'absentéisme.

Tableau 1 Répartition par âge du groupe d'étude et pourcentage de femmes par année

Année	N	< 35 ans	35-44 ans	45-54 ans	>= 55 ans	Femmes
		%	%	%	%	%
2018	54 399	23,5	26,3	33,9	16,3	62,6
2019	54 390	21,2	26,0	32,5	20,4	62,6
2020	54 396	18,9	25,7	31,3	24,1	62,6
2021	54 396	16,5	25,5	30,3	27,7	62,6
2022	54 402	14,4	24,9	29,4	31,3	62,5

Le **tableau 2** présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population étudiée pour les années 2018 et 2022.

Près de la moitié de la population étudiée (47,3 %) travaille dans le secteur de la santé. Il s'agit du secteur le plus important de la population étudiée. De même, près de la moitié travaille dans une grande entreprise de 200 travailleurs ou plus et plus de 90 % vivent en Flandre. Tout comme l'âge, l'ancienneté augmente également au fil des années d'étude.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population étudiée en 2018 et en 2022

	N	%	N	%
	2018	2018	2022	2022
Secteur				
Construction	2 336	4,3	2 336	4,3
Services	6 518	12,0	6 519	12,0
Soins de santé	25 755	47,3	25 754	47,3
Commerce	5 747	10,6	5 748	10,6
Horeca	516	0,9	517	1,0

	N 2018	% 2018	N 2022	% 2022
Industrie	5 049	9,3	5 047	9,3
Enseignement	1 550	2,8	1 562	2,9
Autorités	164	0,3	164	0,3
Autres secteurs	4 383	8,1	4 373	8,0
Transport	2 381	4,4	2 382	4,4
Ancienneté				
<= 1 an	6 360	11,7	31	0,1
> 1 an et <= 5 ans	16 593	30,5	6 373	11,7
> 5 ans et <= 10 ans	12 921	23,8	19 744	36,3
> 10 ans et <= 20 ans	12 836	23,6	18 715	34,4
> 20 ans	5 689	10,5	9 539	17,5
Pays de naissance				
Belgique	47 919	88,1	47 921	88,1
Autre que la Belgique	6 480	11,9	6 481	11,9
Domicile				
Belgique	54 209	99,7	54 199	99,6
Autre que la Belgique	190	0,3	203	0,4
Province de résidence				
Anvers	13 987	25,7	14 011	25,8
Brabant wallon	408	0,8	425	0,8
Bruxelles	1 713	3,1	1 569	2,9
Hainaut	777	1,4	803	1,5
Liège	668	1,2	673	1,2
Limbourg	7 915	14,5	7 933	14,6
Luxembourg	141	0,3	145	0,3
Namur	490	0,9	508	0,9
Flandre-Orientale	8 513	15,6	8 548	15,7
Brabant flamand	11 989	22,0	11 952	22,0
Flandre-Occidentale	7 776	14,3	7 815	14,4
Inconnue	22	0,0	20	0,0
État civil				
Célibataire	21 397	39,3	20 076	36,9
Cohabitant(e)	33 002	60,7	34 326	63,1
Niveau de formation				
Enseignement secondaire maximum	23 291	42,8	23 380	43,0
Enseignement supérieur de type court	12 023	22,1	12 205	22,4
Enseignement supérieur de type long	4 079	7,5	4 205	7,7
Inconnu	15 006	27,6	14 612	26,9
Taille de l'entreprise				
Micro (1-9)	9 888	18,2	9 325	17,1
Petite (10-49)	8 208	15,1	8 362	15,4
Moyenne (50-199)	9 667	17,8	9 542	17,5
Grande (>= 200)	26 636	49,0	27 173	49,9
Contrat				
Durée déterminée	1 696	3,1	1 073	2,0
Durée indéterminée	52 703	96,9	53 329	98,0
Statut				
Ouvrier	22 024	40,5	21 770	40,0
Employé	32 375	59,5	32 632	60,0
Régime de travail				
Temps partiel	26 243	48,2	27 586	50,7

	N 2018	% 2018	N 2022	% 2022
Temps plein	28 156	51,8	26 816	49,3
Soumis à l'examen médical				
Non soumis	14 623	26,9	16 298	30,0
Soumis	30 428	55,9	31 570	58,0
Inconnu	9 348	17,2	6 534	12,0
Contact médical				
Pas de contact médical	28 022	51,5	27 836	51,2
Contact médical	26 377	48,5	26 566	48,8
Total	54 399	100,0	54 402	100,0

Sous-déclaration de l'absentéisme lors des examens médicaux

L'un des objectifs de cette étude pilote était d'obtenir un aperçu de l'ordre de grandeur de la sous-déclaration des absences lors des examens médicaux en reliant les données d'Acerta et d'IDEWE sur les absences au niveau du travailleur. Malheureusement, il s'est avéré impossible d'estimer correctement la sous-déclaration avec les données d'étude disponibles. En effet, dans la base de données IDEWE, les enregistrements d'absence, mais pas les enregistrements de « non absence » par travailleur, ont été extraits. Par conséquent, l'absence d'enregistrements d'absence pour un travailleur du groupe d'étude pourrait être due à la fois au fait qu'il n'y a pas eu d'absence et au fait que l'absence n'a pas été demandée ou enregistrée lors d'un contact médical.

Pour avoir quand même une idée de la sous-déclaration, nous avons utilisé deux méthodes alternatives.

1. *Comparaison de l'absentéisme enregistré chez les travailleurs dont la tension artérielle ou l'IMC ont été mesurés.*

La tension artérielle et l'IMC ne sont mesurés ou calculés que lors de contacts médicaux plus approfondis avec un infirmier du travail ou un médecin du travail. Lors d'un tel contact médical prolongé, les problèmes médicaux qui surviennent ou sont survenus font généralement l'objet de questions approfondies et sont ensuite consignés dans le dossier médical sous forme de problèmes ou d'absentéisme. Nous pouvons donc supposer que lorsqu'aucune absence n'a été enregistrée dans cette sélection de travailleurs, il n'y a effectivement pas eu d'absence.

L'absentéisme est étudié lors d'un examen médical chez IDEWE pour la période de 12 mois précédant l'examen médical. La date d'enregistrement correspond à celle de l'examen médical. Cela implique que pour les examens médicaux qui se poursuivent au début de l'année civile, l'absence enregistrée peut avoir eu lieu au cours de l'année calendrier précédente. Il s'agit d'une différence importante par rapport à la période d'absence chez Acerta, qui est calculée par année calendrier, et qui peut expliquer pourquoi les enregistrements d'absence chez IDEWE et Acerta diffèrent.

Le **tableau 3** montre combien de travailleurs chez qui une mesure de la tension artérielle ou de l'IMC a été effectuée et qui ont été absents selon les données d'Acerta ont également été absents selon IDEWE. Seule la moitié de ces travailleurs avaient un enregistrement d'absence auprès d'IDEWE.

Tableau 3 Pourcentage de travailleurs absents selon Acerta et ayant un enregistrement d'absence auprès d'IDEWE au sein du groupe de travailleurs ayant subi un examen médical plus approfondi (avec enregistrement de l'IMC ou de la tension artérielle).

Année	N Travailleurs avec absentéisme selon Acerta	% d'absentéisme enregistré auprès d'IDEWE
2018	13 516	49,8
2019	12 167	49,9
2020	7 809	50,1
2021	9 662	49,0
2022	11 412	58,1
Total	54 566	51,4

2. Comparaison entre l'absentéisme enregistré par Acerta chez les hommes et les femmes concernés et les taux d'absentéisme du rapport de santé d'IDEWE.

Le rapport de santé annuel d'IDEWE fait état des taux d'absentéisme des travailleurs qui se sont présentés à un examen médical « ordinaire ». Il s'agit d'examen médicaux à l'embauche ou lors d'un changement de travail, d'une évaluation périodique de la santé ou d'un bilan de santé. Dans le **tableau 4**, nous comparons les taux d'absentéisme des rapports de santé de 2018 à 2022 avec les taux d'absentéisme des travailleurs concernés par l'étude actuelle sur l'absentéisme. Les travailleurs soumis sont ceux qui sont habituellement invités à ces examens réguliers. Seuls les examens check-up impliquent principalement des travailleurs non soumis, mais ce type d'examen ne représente qu'une petite fraction du nombre total d'examen, et donc du nombre total de travailleurs en consultation médicale. Nous effectuons la comparaison séparément pour les hommes et les femmes. Le taux d'absentéisme dans cette étude pilote est un peu plus élevé de 10 % pour les hommes et de 20 % pour les femmes que dans les rapports de santé des années calendrier correspondantes. Il est possible que la forte représentation du secteur de la santé dans cette enquête joue un rôle (près de 50 %). Dans le rapport de santé, le pourcentage de travailleurs dans le secteur des soins est généralement de 30 %.

Tableau 4 Pourcentage de travailleurs masculins et féminins en absentéisme selon le rapport de santé d'IDEWE, et parmi les hommes et les femmes concernés par cette enquête sur l'absentéisme.

Année	N travailleurs rapport de santé	% d'absence chez les hommes selon le rapport de santé	% d'absence chez les femmes selon le rapport de santé	N travailleurs soumis à la surveillance de la santé Étude sur l'absentéisme	% d'absence chez les hommes soumis à la surveillance de la santé.	% d'absence chez les femmes soumises à la surveillance de la santé
2018	218 906	48,0	52,9	29 550	57,0	74,1
2019	219 570	47,5	52,3	29 734	56,3	73,2
2020	186 928	46,6	52,0	30 017	54,2	73,1
2021	221 841	47,9	53,0	29 249	57,4	74,4
2022	238 166	56,8	64,0	30 171	65,2	80,7

L'incidence de l'absentéisme et le nombre total de travailleurs en reprise progressive

La **figure 3** montre le pourcentage de travailleurs ayant connu une nouvelle période d'absence et une période d'absence continue par année calendrier, ainsi que le pourcentage de travailleurs ayant bénéficié d'une reprise progressive du travail. L'incidence est le pourcentage de travailleurs ayant connu une nouvelle période d'absence au cours d'une année calendrier. La prévalence est la somme des pourcentages de travailleurs ayant une nouvelle période d'absence et une période d'absence continue. Nous constatons une nette augmentation de l'incidence et de la prévalence en 2022, la dernière année de la crise du coronavirus. Le pourcentage de travailleurs en reprise progressive du travail augmente, passant de 2,4 % en 2018 à 3,9 % en 2022.

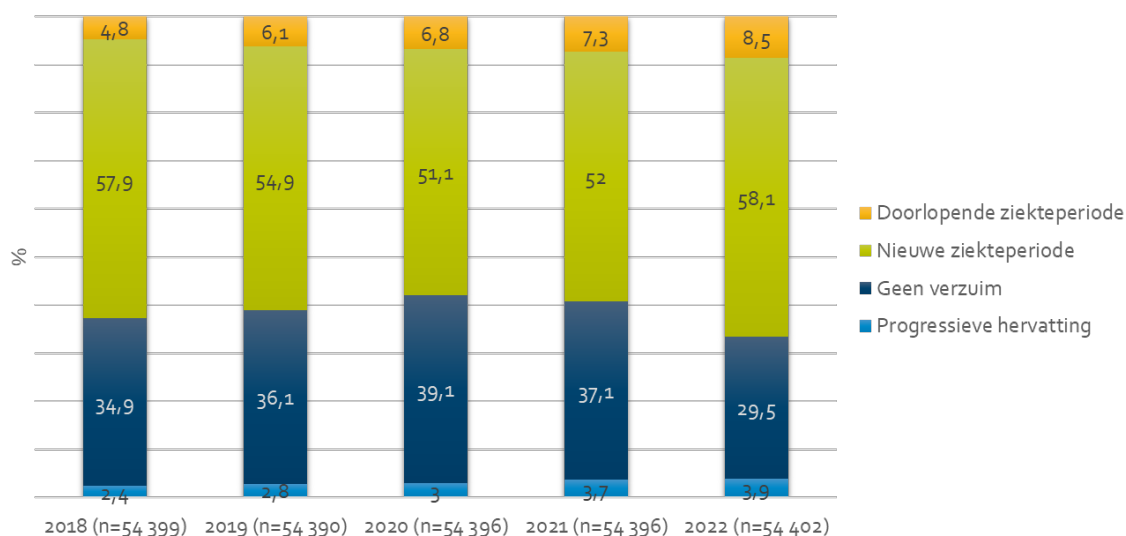


Figure 3 Pourcentage de travailleurs sans absence, avec une nouvelle absence, avec une absence continue ou avec une reprise progressive du travail par année calendrier (2018-2022) ($p < 0,001$).

Aucune donnée d'absentéisme n'a été incluse pour les travailleurs en reprise progressive du travail.

Prévalence de l'absentéisme et de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée

Les taux de prévalence ont été calculés sur le fichier de données sans les travailleurs en reprise progressive du travail.

La prévalence de l'absentéisme

Cette partie de l'analyse couvre les travailleurs qui ont eu au moins un jour d'absence au cours de l'année calendrier. La **figure 4** montre l'évolution de la prévalence de l'absentéisme entre 2018 et 2022. On constate une légère diminution de l'absentéisme entre 2018 et 2020, suivie d'une augmentation principalement en 2022, la dernière année de la pandémie de coronavirus.

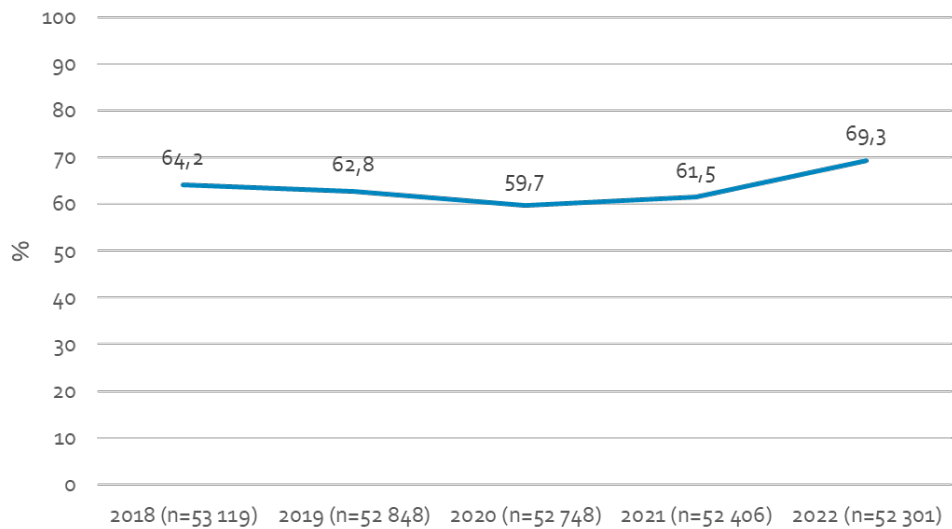


Figure 4 Prévalence de l'absentéisme par année calendrier (2018-2022) ($p < 0,001$)

Les **figures 5a et 5b** montrent la prévalence par année calendrier pour les groupes d'âge et pour les différents secteurs. Nous constatons la même évolution pour les différents groupes d'âge et pour les différents secteurs, à l'exception des autorités. Avec seulement 164 travailleurs, les autorités sont un petit groupe qui n'est pas représentatif du secteur.

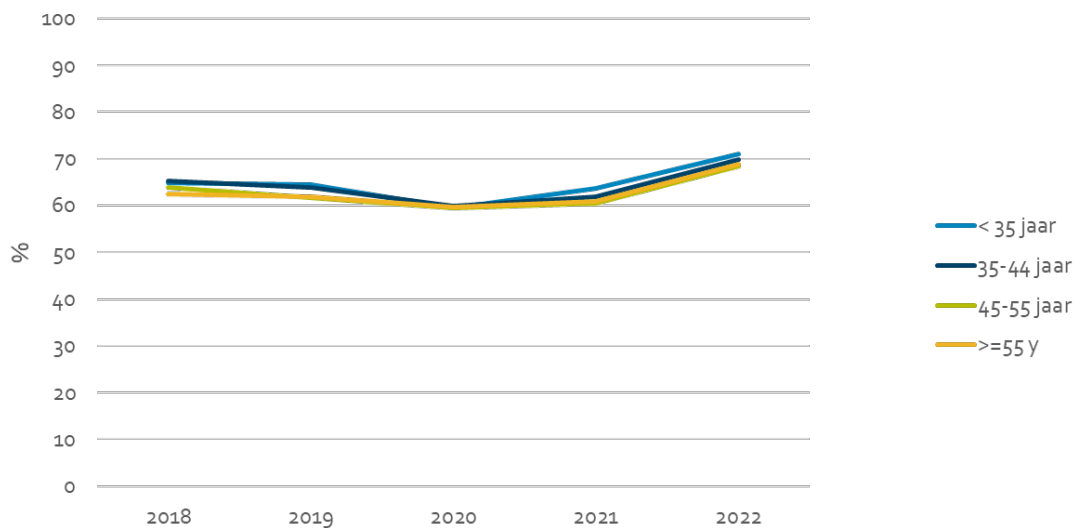


Figure 5a Prévalence de l'absentéisme par année calendrier (2018-2022) pour les catégories d'âge

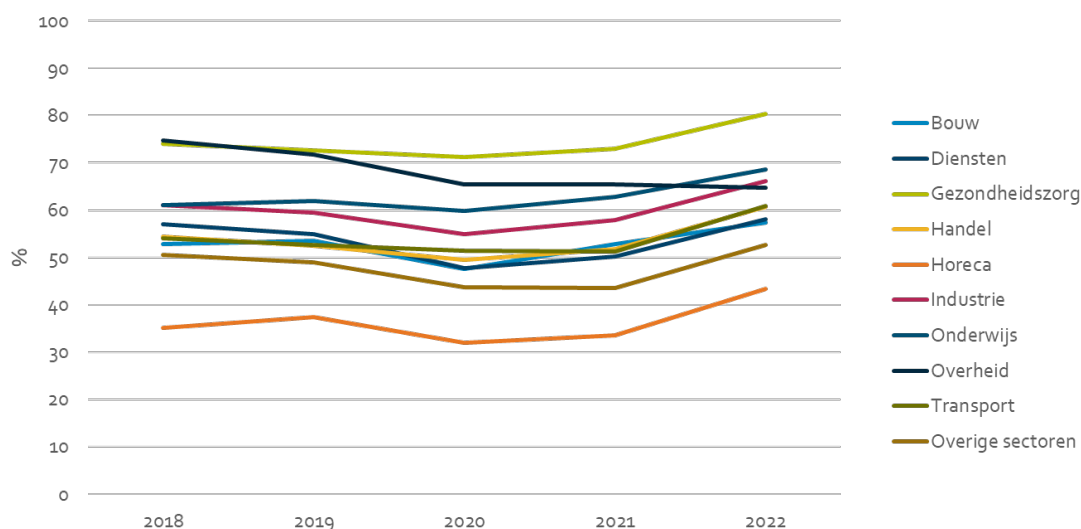


Figure 5b Prévalence de l'absentéisme par année calendrier (2018-2022) pour différents secteurs.

La prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée

La **figure 6** représente l'évolution de la prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée. Il est à noter que la baisse de l'absentéisme au cours des années 2018 à 2020 est due à la diminution de l'absentéisme de courte durée. En revanche, l'absentéisme de moyenne et de longue durée a augmenté au cours de cette période. Cette augmentation s'est poursuivie en 2021 et 2022. À partir de 2022, correspondant à la fin de la pandémie de coronavirus, les absences de courte durée ont fortement augmenté. L'augmentation des absences de moyenne et longue durée observée entre 2018 et 2022 pourrait être due au vieillissement de la population étudiée.

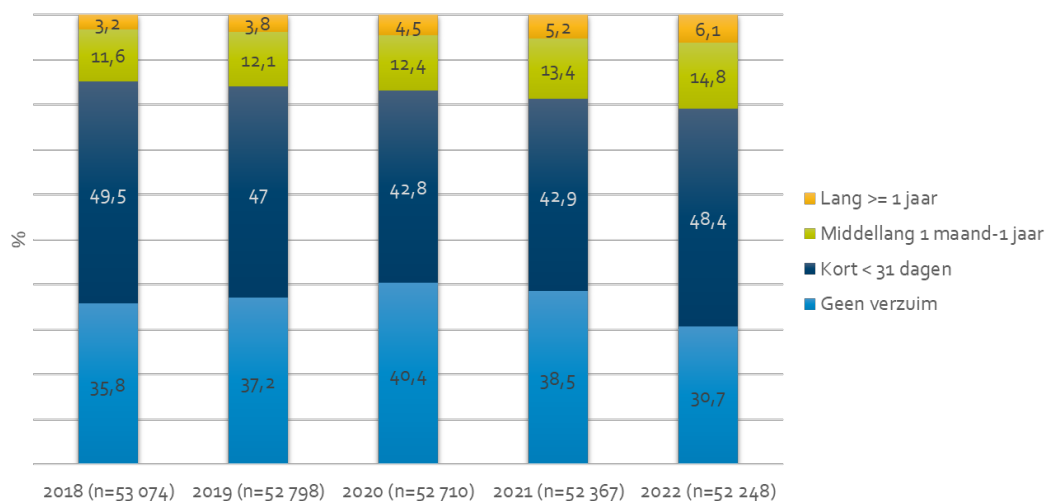


Figure 6 Prévalence de non-absentéisme et d'absentéisme de courte, moyenne et longue durée par année calendrier (2018-2022) ($p < 0,001$)

Les **figures 7a et 7b** montrent la prévalence de l'absentéisme de longue durée par année calendrier pour les catégories d'âge et dans l'ensemble des secteurs. Les travailleurs plus âgés étaient plus susceptibles de connaître des absences de longue durée que les plus jeunes. Les absences de longue durée ont augmenté à la fois dans les catégories d'âge plus jeunes et plus âgées. L'augmentation a été plus rapide chez les plus de 55 ans. L'augmentation de l'absentéisme de longue durée que nous observons dans la figure 6 est probablement due au vieillissement de la population, mais n'est pas entièrement expliquée par ce phénomène, car nous observons l'augmentation de l'absentéisme de longue durée dans toutes les catégories d'âge.

L'absentéisme de longue durée a augmenté dans tous les secteurs. Le secteur des soins de santé est celui qui enregistre le plus grand nombre d'absences de longue durée depuis 2018.

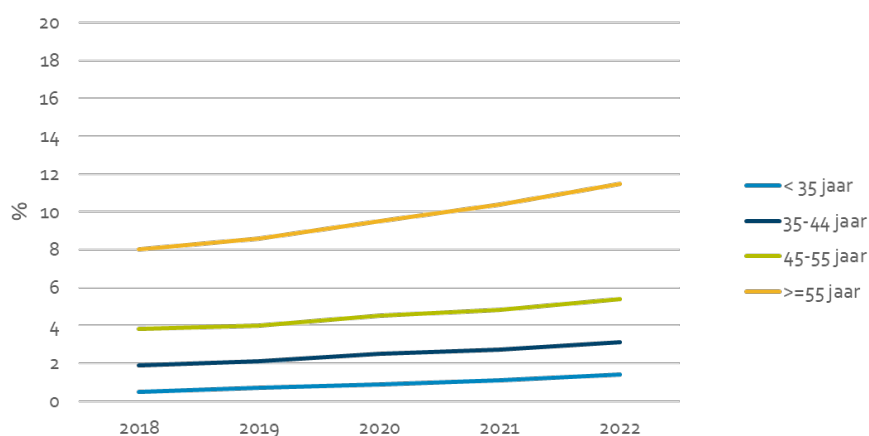


Figure 7a Prévalence de l'absentéisme par année calendrier (2018-2022) pour les catégories d'âge

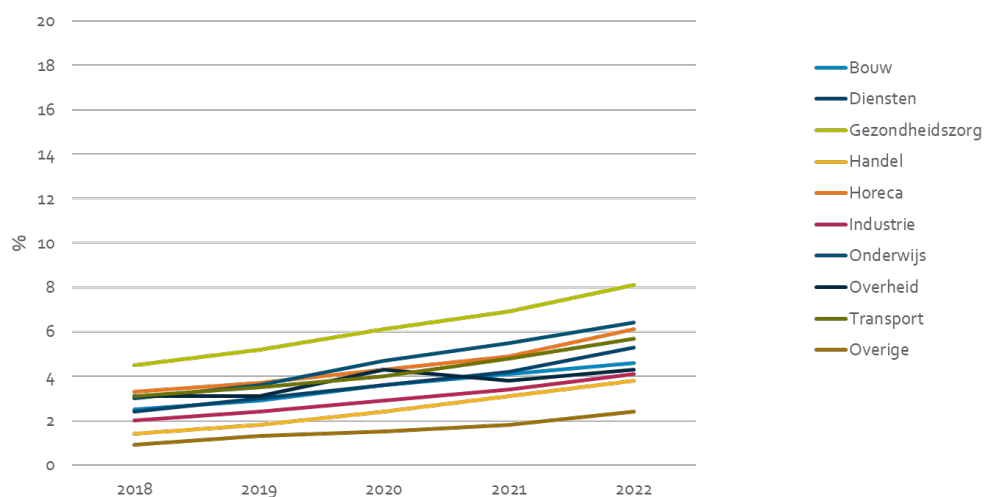


Figure 7b Prévalence de l'absentéisme par année calendrier (2018-2022) pour différents secteurs.

Les évolutions dans le temps ont également été examinées au moyen d'une régression logistique multiple (à effets mixtes) (logiciel R version 4.4.1 avec package glmmTMB version 1.1.9). La relation entre le temps (2018-2022) et l'absentéisme de longue durée d'une part, et l'absentéisme général d'autre part, a été examinée. Les variables d'influence possibles sont l'âge (0 = <35 ; 1 = 35-44 ; 2 = 45-54 ; 3 = 55+), le sexe (0 = homme ; 1 = femme), le secteur (services, soins de santé, commerce, industrie, autres), la taille de l'entreprise (0 = micro ; 1 = petite ; 2 = moyenne ; 3 = grande), le régime de travail (0 = temps partiel ; 1 = temps plein), le statut (0 = ouvrier ; 1 = employé), l'état civil (0 = célibataire ; 1 = cohabitant) et toutes les interactions possibles à deux voies.

Les résultats confirment la tendance générale à l'augmentation de l'absentéisme de longue durée, même après contrôle des différentes variables d'influence ; pour l'absentéisme général, la tendance était principalement à la hausse chez les ouvriers, mais moins prononcée chez les employés.

Les raisons les plus importantes de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée

Lorsque les travailleurs se présentent à des examens médicaux chez IDEWE, l'absentéisme et ses raisons sont examinés. Comme décrit ci-dessus, ce sont principalement les travailleurs concernés qui sont examinés et il s'agit de l'absentéisme autodéclaré survenu au cours des 12 mois précédant l'examen médical. Les raisons invoquées peuvent donc encore se rapporter à une période d'absence de l'année civile précédente. C'est notamment le cas si l'examen a lieu au cours des premiers mois de l'année. Un travailleur peut fournir plusieurs motifs d'absence au travail au cours des 12 derniers mois. Ces motifs d'absence sont codés selon l'ICD-9.

Les **figures 8 à 10** présentent les huit motifs les plus fréquents d'absentéisme de courte, moyenne et longue durée. Les données relatives à l'absentéisme proviennent d'Acerta et sont combinées avec les motifs d'absentéisme signalés par les travailleurs lors d'un examen médical chez IDEWE. Les chiffres couvrent les années civiles 2018 à 2022, ainsi qu'un résumé des cinq années combinées.

Raisons de l'absentéisme de courte durée (figure 8)

Les raisons les plus fréquentes des absences de courte durée sont les maladies et les infections respiratoires. Les maladies respiratoires comprennent souvent les infections respiratoires. Les infections en tant que motifs d'absentéisme de courte durée ont connu une forte augmentation depuis 2020 en raison du COVID-19. La prévalence était très élevée en 2022 : même chez plus de la moitié des travailleurs ayant moins de 31 jours d'absence, l'infection était le motif.

Dans le même temps, les **maladies respiratoires** en tant que cause d'absence de courte durée semblaient diminuer entre 2018 et 2022. Cette tendance opposée à l'augmentation de l'absentéisme dû aux infections et à la diminution de l'absentéisme dû aux maladies respiratoires est causée, d'une part, par la pandémie de coronavirus et aux mesures de prévention des infections qui y sont associées et, d'autre part, par un changement dans le code ICD-9 que les travailleurs d'IDEWE attribuent aux syndromes présentant un état grippal et des symptômes respiratoires. Le code du COVID-19 entre dans la catégorie principale des infections, alors que les rhumes sont souvent codés comme des maladies respiratoires. Le COVID-19 a entraîné de nombreuses absences pour cause d'infections. Les mesures d'isolement et de quarantaine promulguées au cours de cette période ont permis de limiter la transmission des germes, ce qui a entraîné une diminution des rhumes.

L'augmentation continue de l'absentéisme de courte durée pour cause d'infection en 2022 peut résulter d'enregistrements en 2022 qui concernaient encore l'absentéisme de l'année précédente. De plus, les médecins traitants ont prescrit aux travailleurs plusieurs jours d'arrêt de travail pour une infection banale plus facilement qu'avant la pandémie de coronavirus, afin d'éviter la transmission sur le lieu de travail. Par ailleurs, à partir de 2021 et 2022, nos médecins et infirmiers ont peut-être aussi commencé à utiliser plus souvent le code de l'infection que celui de la maladie respiratoire pour les infections respiratoires dont le germe n'était pas connu.

Les troubles musculosquelettiques arrivent en troisième position des motifs d'absence de courte durée.

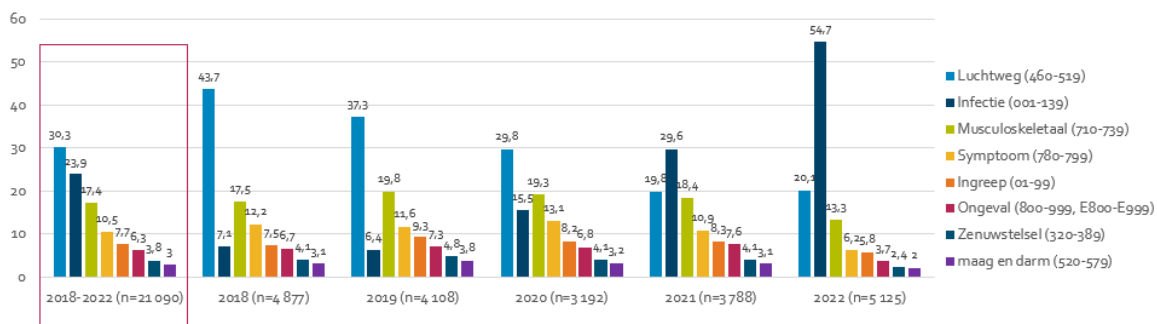


Figure 8 Pourcentage d'occurrence des 8 principaux motifs d'absence parmi les travailleurs ayant eu une absence de **courte** durée (< 31 jours) au cours des années civiles 2018 à 2022 et dont le(s) motif(s) d'absence était (étaient) connu(s). Le graphique dans l'encadré de gauche représente les prévalences des 5 années calendrier ensemble. L'ordre des motifs d'absence va de la prévalence la plus élevée à la plus faible pour l'ensemble de ces 5 années calendrier.

Raisons de l'absentéisme de moyenne durée (figure 9)

Les **troubles musculosquelettiques et les interventions** sont les motifs d'absence les plus fréquemment signalés par les travailleurs absents pour une durée d'un mois à un an par année calendrier. Il ne semble pas y avoir d'évolution significative entre 2018 et 2022.

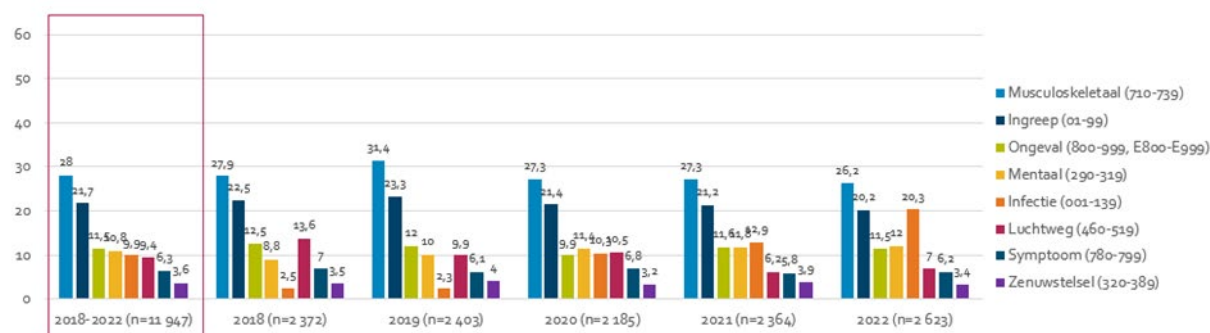


Figure 9 - Pourcentage d'occurrence des 8 principaux motifs d'absence parmi les travailleurs ayant eu une absence de **moyenne** durée (1 mois - 1 an) au cours des années calendrier 2018 à 2022 et dont le(s) motif(s) d'absence était (étaient) connu(s). Le graphique dans l'encadré de gauche représente les prévalences des 5 années calendrier ensemble. L'ordre des motifs d'absence va de la prévalence la plus élevée à la plus faible pour l'ensemble de ces 5 années calendrier.

Raisons de l'absentéisme de longue durée (figure 10)

Nous constatons une évolution des motifs d'absence chez les travailleurs qui sont absents pendant un an ou plus. Étant donné que le nombre de travailleurs absents pendant plus d'un an et pour lesquels nous disposons d'informations issues d'un examen médical est faible, nous devons être prudents lorsque nous tirons des conclusions importantes. Les travailleurs ne se présentent aux examens médicaux que lorsqu'ils sont au travail ou lorsqu'ils reprennent le travail. Depuis quelques années, les travailleurs peuvent consulter leur médecin du travail même pendant la maladie, surtout lorsque la reprise est prioritaire (examen de reprise du travail) ou lors d'un trajet de réintégration. Ce n'est le cas que pour une minorité de travailleurs en invalidité. Selon les données de cette étude, seuls 10 % des travailleurs qui ont été malades pendant une année calendrier complète ont eu un contact médical au cours de cette année.

Pour les cinq années d'étude combinées, les **troubles musculosquelettiques** ont été les principales raisons des absences prolongées d'un an ou plus. C'était le cas de 30 % des travailleurs ayant eu de longues absences. Les **troubles mentaux** ont été à l'origine de l'absence de 20 % des travailleurs pendant plus d'un an. La troisième raison la plus fréquente est **une intervention**. Si l'on considère l'évolution, les problèmes mentaux en tant que motif d'absentéisme de longue durée semblent augmenter en 2022. Néanmoins, il convient d'être prudent avant de tirer des conclusions, car cette étude ne porte que sur de petits groupes de travailleurs qui ne sont pas représentatifs de l'ensemble des travailleurs en invalidité.

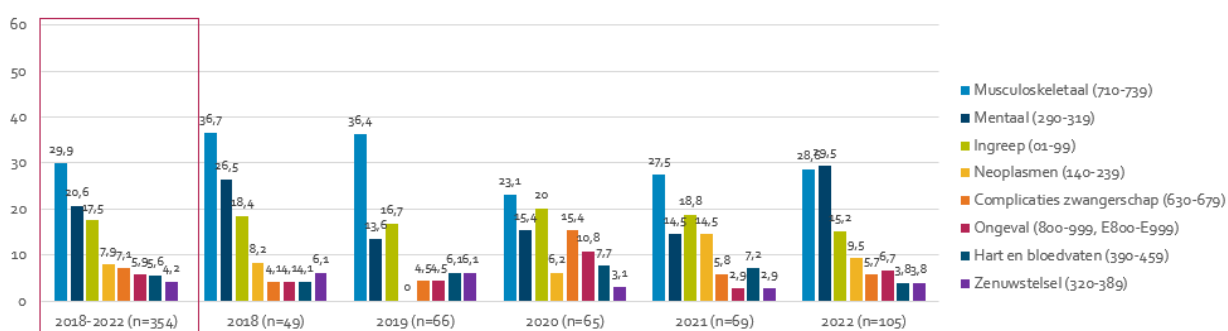


Figure 10 - Pourcentage d'occurrence des 8 principaux motifs d'absence parmi les travailleurs ayant eu une absence de longue durée (> = 1 an) au cours des années calendrier 2018 à 2022 et dont le(s) motif(s) d'absence était (étaient) connu(s). Le graphique dans l'encadré de gauche représente les prévalences des 5 années calendrier ensemble. L'ordre des motifs d'absence va de la prévalence la plus élevée à la plus faible pour l'ensemble de ces 5 années calendrier.

Dans l'ensemble, on constate que les **troubles musculosquelettiques** figurent parmi les **principales causes d'absentéisme**, tant chez les travailleurs ayant des absences de courte, moyenne et longue durée.

Prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée par facteurs explicatifs pour l'année 2022

Pour examiner l'association des variables de résultats avec les facteurs explicatifs, nous avons restreint la population étudiée aux travailleurs pour l'année 2022. Il s'agit de la dernière année d'étude

et des données les plus récentes. Il convient de garder à l'esprit que ce groupe était légèrement plus âgé en 2022 qu'en 2018. Cela pourrait potentiellement affecter l'incidence de l'absentéisme.

Analyse en fonction des facteurs sociodémographiques et professionnels et de la présence à l'examen médical

Pour cette analyse, des petits groupes ont été composés. Ainsi, la résidence a été analysée par région et non par province. Les groupes inconnus (dits manquants) n'ont pas été inclus dans l'analyse.

La prévalence de l'absentéisme (au moins un jour d'absence en 2022) et la prévalence de l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée en fonction des différents facteurs explicatifs sont présentées dans les **tableaux 6 et 7**.

Comme attendu, l'absentéisme est significativement plus élevé chez les **femmes**, les **ouvriers** et les personnes ayant un **faible niveau d'éducation**. Ces deux derniers facteurs sont liés l'un à l'autre. La différence se situe principalement au niveau de l'absentéisme de moyenne et de longue durée. Chez les femmes, l'absentéisme de longue durée était deux fois plus élevé (ratio de prévalence $7,8\% / 3,4\% = 2,29$) que chez les hommes, et l'absentéisme de moyenne durée était 70 % plus élevé (ratio de prévalence $17,5\% / 10,4\% = 1,68$).

La relation entre l'**âge** et l'absentéisme dépend de la durée de l'absentéisme. La prévalence globale de l'absentéisme ne diffère pas beaucoup entre les groupes d'âge, et il y a même plus d'absentéisme dans le groupe d'âge le plus jeune (< 35 ans). En ce qui concerne la durée de l'absentéisme, il convient de noter que les jeunes groupes d'âge affichent un taux d'absentéisme de courte durée significativement plus élevé et que les groupes plus âgés affichent un taux d'absentéisme à moyen et à long terme plus élevé.

Les **travailleurs à temps partiel** s'absentent beaucoup plus que les travailleurs à temps plein. Là encore, la différence est la plus marquée pour l'absentéisme de moyenne et de longue durée. Le secteur avec le plus d'absentéisme est celui des soins de santé, avec plus de 80 % d'absentéisme en 2022. Les absences de courte, moyenne et longue durée sont nettement plus fréquentes dans le **secteur des soins**. Les soins de santé sont un secteur qui emploie beaucoup de femmes, ce qui influe sur les taux d'absentéisme.

L'absentéisme des travailleurs soumis à l'examen médical était 30 % plus élevé que celui des travailleurs non soumis (ratio de prévalence $74,4\% / 56,6\% = 1,3$). On peut probablement attribuer ce phénomène au fait que les **travailleurs soumis** occupent des emplois présentant des risques professionnels, qui sont souvent des emplois pour des travailleurs moins qualifiés. L'absentéisme de courte, moyenne et longue durée est plus fréquent chez les travailleurs soumis, mais la différence est plus marquée pour l'absentéisme de moyenne et longue durée. Les travailleurs ayant eu un contact médical en 2022 étaient plus absents que les travailleurs n'ayant pas eu de contact médical. Ce résultat était prévisible, car ce sont principalement les travailleurs soumis qui sont invités à un examen médical. Toutefois, si l'on examine la durée de l'absentéisme chez les travailleurs ayant eu un contact médical, la faible prévalence des absences de longue durée est notable (1,7 %, contre 10,2 % chez les travailleurs n'ayant pas eu de contact médical). Cette prévalence est si faible parce que les travailleurs en arrêt maladie ne se rendent pas aux examens médicaux. Ils ne sont invités qu'au moment de la reprise ou dans le cadre d'un trajet de réintégration. La majorité des travailleurs en invalidité n'ont pas

de contact médical avec leur service de prévention et sont donc sous-représentés dans cette population d'étude. La faible prévalence d'absence de longue durée que nous observons ici parmi les travailleurs ayant un contact médical est faussement faible en raison de ce biais de sélection au sein de la population étudiée.

Tableau 6 - Pourcentage de travailleurs en absentéisme par facteurs sociodémographiques et professionnels et par contact médical en 2022

	n	Prévalence de l'absentéisme (%)	p
Sexe			<0,001
Homme	19 854	60,1	
Femme	32 335	75,0	
Âge			<0,001
< 35 ans	7 691	71,0	
35-44 ans	13 171	69,8	
45-54 ans	15 323	68,5	
>= 55 ans	16 116	68,9	
Secteur			< 0,001
Construction	2 304	57,4	
Services	6 344	58,1	
Soins de santé	24 310	80,3	
Commerce	5 620	60,8	
Horeca	510	43,3	
Industrie	4 950	66,2	
Enseignement	1 503	68,6	
Autorités	162	64,8	
Autres secteurs	4 293	52,6	
Transport	2 305	60,9	
Ancienneté			< 0,001
<= 5 ans	6 226	66,2	
> 5 ans et <= 10 ans	19 134	68,2	
> 10 ans et <= 20 ans	17 906	70,2	
20 ans	9 035	72,0	
Pays de naissance			0,440
Belgique	46 018	69,4	
Autre que la Belgique	6 283	68,9	
Domicile			0,074
Belgique	52 104	69,3	
Autre que la Belgique	197	63,5	
Région de résidence			<0,001
Flandre	48 277	69,8	
Wallonie	2 472	63,4	
Bruxelles	1 532	64,5	
État civil			0,030
Célibataire	19 214	68,7	
Cohabitant(e)	33 087	69,6	
Niveau de formation			<0,001
Enseignement secondaire maximum	22 133	77,1	
Supérieur de type court	11 860	69,1	
Supérieur de type long	4 103	57,3	
Taille de l'entreprise			<0,001
Micro (1-9)	9 156	47,8	

	n	Prévalence de l'absentéisme (%)	p
Petite (10-49)	8 162	62,1	
Moyenne (50-199)	9 212	70,3	
Grande (>= 200)	25 771	78,8	
Contrat			0,127
Durée déterminée	1047	67,1	
Durée indéterminée	51 254	69,3	
Statut			<0,001
Ouvrier	20 665	73,2	
Employé	31 636	66,8	
Régime de travail			<0,001
Temps partiel	26 478	75,4	
Temps plein	25 823	63,0	
Soumis à l'examen médical			<0,001
Non soumis	15 879	56,6	
Soumis	30 171	74,4	
Contact médical			<0,001
Pas de contact médical	27 204	65,2	
Contact médical	25 097	73,7	

Tableau 7 - Pourcentage de travailleurs en absentéisme de courte, moyenne et longue durée par facteurs sociodémographiques et professionnels et par contact médical en 2022

	n	Prévalence absentéisme de courte durée (%)	Prévalence absentéisme de moyenne durée (%)	Prévalence absentéisme de longue durée (%)	P
Sexe					<0,001
Homme	19 839	46,3	10,4	3,4	
Femme	32 297	49,7	17,5	7,8	
Âge					<0,001
< 35 ans	7 681	55,6	13,9	1,4	
35-44 ans	13 162	52,7	14,0	3,1	
45-54 ans	15 318	48,2	14,8	5,4	
>= 55 ans	16 087	41,5	15,8	11,5	
Secteur					<0,001
Construction	2 300	43,6	9,2	4,6	
Services	6 342	44,0	8,9	5,3	
Soins de santé	24 278	53,0	19,2	8,1	
Commerce	5 615	45,3	11,7	3,8	
Horeca	510	27,3	10,0	6,1	
Industrie	4 944	48,5	13,6	4,1	
Enseignement	1 502	46,9	15,3	6,4	
Autorités	162	48,1	12,3	4,3	
Autres secteurs	4 292	42,0	8,2	2,4	
Transport	2 303	41,5	13,6	5,7	
Ancienneté					<0,001
<= 5 ans	6 218	49,1	13,9	3,1	
> 5 ans et <= 10 ans	19 114	49,0	14,2	4,9	
> 10 ans et <= 20 ans	17 889	48,4	15,1	6,7	
20 ans	9 027	46,4	16,0	9,6	
Pays de naissance					<0,001
Belgique	45 970	48,6	14,8	6,0	
Autre que la Belgique	6 278	46,6	15,1	7,1	
Domicile					0,206
Belgique	52 051	48,4	14,8	6,1	
Autre que la Belgique	197	42,6	16,2	4,6	
Région de résidence					<0,001
Flandre	48 228	49,0	14,7	6,0	
Wallonie	2 470	40,1	16,8	6,5	
Bruxelles	1 530	41,8	14,1	8,6	
État civil					<0,001
Célibataire	19 194	46,9	15,2	6,6	
Cohabitant(e)	33 054	49,2	14,5	5,9	
Niveau de formation					<0,001
Enseignement secondaire maximum	22 098	48,4	19,9	8,8	
Supérieur de type court	11 853	53,6	12,3	3,1	
Supérieur de type long	4 100	48,0	7,5	1,8	
Taille de l'entreprise					<0,001
Micro (1-9)	9 151	37,6	7,0	3,1	
Petite (10-49)	8 153	48,7	9,6	3,8	
Moyenne (50-199)	9 203	49,7	15,0	5,6	
Grande (>= 200)	25 741	51,6	19,1	8,1	
Contrat					0,022
Durée déterminée	1044	45,1	14,1	7,9	

	n	Prévalence absentéisme de courte durée (%)	Prévalence absentéisme de moyenne durée (%)	Prévalence absentéisme de longue durée (%)	P
Durée indéterminée	51 204	48,4	14,8	6,1	
Statut					<0,001
Ouvrier	20 644	46,3	17,7	9,2	
Employé	31 604	49,7	12,9	4,1	
Régime de travail					<0,001
Temps partiel	26 436	49,6	17,9	7,8	
Temps plein	25 812	47,1	11,6	4,4	
Soumis à l'examen médical					<0,001
Non soumis	15 864	43,5	9,7	3,4	
Soumis	30 133	49,8	17,2	7,3	
Contact médical					<0,001
Pas de contact médical	27 175	44,3	10,7	10,2	
Contact médical	25 073	52,8	19,3	1,7*	

*valeur faible en raison du biais de sélection

Analyse des facteurs liés à la santé et au mode de vie

Les données médicales n'étaient disponibles que pour la petite moitié des travailleurs ayant eu un contact médical au cours d'une année calendrier. L'IMC et la tension artérielle ne sont mesurés que lors des examens médicaux les plus approfondis. Par conséquent, pour l'analyse de l'absentéisme en fonction de l'IMC, de la tension artérielle et du tabagisme, la population étudiée était beaucoup plus petite que pour les autres facteurs.

En outre, le biais de sélection décrit ci-dessus a également joué un rôle dans ces analyses. La sous-représentation des travailleurs en invalidité a pour conséquence une très faible prévalence de l'absentéisme de longue durée dans le groupe des travailleurs ayant un contact médical. Les données relatives à la santé et au mode de vie ne sont enregistrées que pour les travailleurs ayant un contact médical. Dès lors, nous constatons une très faible prévalence de l'absentéisme de longue durée parmi ces travailleurs. Dans la présentation des résultats, nous ne tiendrons donc pas compte des chiffres de l'absentéisme de longue durée selon ces facteurs. Les résultats des analyses selon l'IMC, la présence ou l'absence d'hypertension ($\geq 140/90$ mmHg) et le tabagisme sont repris dans les **tableaux 8 et 9**.

Conclusions

Comme attendu, nous constatons un absentéisme significativement plus important chez les **fumeurs** que chez les non-fumeurs. En particulier, la prévalence de l'absentéisme de moyenne durée était plus élevée chez les fumeurs. Chez les non-fumeurs, l'absentéisme de courte durée était plus important.

Les travailleurs dont l'IMC se situait entre 18,5 et 30 étaient les moins absents. Tant les travailleurs en sous-poids que ceux souffrant d'obésité présentaient un taux d'absentéisme plus élevé. Dans le cas d'un IMC faible, il s'agissait d'un absentéisme de courte durée, tandis que dans le cas d'un IMC élevé de 30 ou plus, l'absentéisme de plus d'un mois était particulièrement élevé. Le lien entre l'IMC et l'âge est une explication possible de cette constatation. L'insuffisance pondérale est plus fréquente chez les jeunes, qui sont plus susceptibles d'être absents pour de courtes durées. L'obésité, en revanche, est plus fréquente chez les personnes plus âgées, qui sont plus susceptibles d'être absentes plus longtemps et/ou plus souvent.

Il est également notable que l'absentéisme soit plus important chez les travailleurs ayant une **tension artérielle** normale que chez les travailleurs souffrant d'hypertension (tension artérielle $\geq 140/90$ mmHg). Nous présumons que le sexe joue un rôle à cet égard. L'hypertension est beaucoup moins fréquente chez les femmes que chez les hommes (de moitié à 50 % de moins selon nos propres recherches). Il se peut donc que la proportion de femmes dans le groupe de travailleurs ayant une tension artérielle normale soit plus élevée. Les femmes s'absentent plus souvent du travail que les hommes et peuvent donc expliquer les taux d'absentéisme plus élevés chez les travailleurs présentant une tension artérielle normale.

Tableau 8 - Pourcentage de travailleurs avec absentéisme en fonction de l'IMC, de la présence d'hypertension et du tabagisme en 2022

	n	Prévalence de l'absentéisme (%)	p
IMC			0,015
<18,5	150	78,7	
18,5-24,99	5 617	70,8	
25-29,99	5 302	69,8	
30-39,99	2 946	72,7	
≥ 40	228	72,8	
Hypertension ($\geq 140/90$ mmHg)			< 0,001
Pas d'hypertension	10 359	72,7	
Hypertension	4 006	67,9	
Tabagisme			0,017
Non-fumeur	19 378	73,7	
Fumeur	4 474	75,4	

Tableau 9 - Pourcentage de travailleurs avec absentéisme de courte, moyenne et longue durée en fonction de l'IMC, de la présence d'hypertension et du tabagisme en 2022

	n	Prévalence absentéisme de courte durée (%)	Prévalence absentéisme de moyenne durée (%)	Prévalence absentéisme de longue durée (%)	p
IMC					<0,001
<18,5	150	64,7	13,3	0.7*	
18,5-24,99	5 617	59,0	11,7	0.0*	
25-29,99	5 301	59,9	12,8	0.1*	
30-39,99	2 949	55,1	17,4	0.1*	
≥ 40	228	52,2	20,6	0.0*	
Hypertension ($\geq 140/90$ mmHg)					<0,001
Pas d'hypertension	10 355	58,5	14,1	0.1*	
Hypertension	4 006	54,6	13,3	0.1*	
Tabagisme					<0,001
Non-fumeur	19 365	53,9	18,6	1.2*	
Fumeur	4 465	50,8	22,6	2.0*	

*Valeur faible en raison de la sous-représentation des travailleurs en invalidité

L'effet des facteurs liés à la santé sur l'absentéisme de moyenne à longue durée

Les analyses des données de 2022 ont montré une association entre le tabagisme, l'hypertension, l'IMC et l'absentéisme. Comme l'association n'était pas toujours attendue et que nous soupçonnions des facteurs d'influence, nous avons décidé d'examiner plus en détail l'effet de ces facteurs liés à la santé sur l'absentéisme et de corriger les facteurs d'influence. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse multiple.

L'analyse multiple utilise un modèle dans lequel les variables de résultats sont considérées comme une fonction de plusieurs facteurs. Cela permet d'examiner l'effet d'un facteur tout en tenant compte des autres variables explicatives.

Cette analyse inclut les facteurs ou variables explicatives qui ont montré une association statistiquement significative avec les variables de résultats dans l'analyse simple, et qui étaient disponibles pour un nombre suffisamment important de travailleurs. Les variables qui n'ont pas montré d'association statistiquement significative avec les variables de résultats dans l'analyse simple, mais qui présentaient un intérêt particulier, ont également été incluses.

En outre, nous avons voulu concentrer l'étude sur les degrés les plus graves d'obésité et d'hypertension, à savoir la présence ou l'absence d'obésité (IMC ≥ 30) et la présence ou l'absence d'hypertension modérée à sévère (degré d'hypertension 2 ou 3 = pression artérielle $\geq 160/100$).

Compte tenu de la disponibilité limitée des facteurs liés à la santé et de la sous-représentation des données relatives aux travailleurs en incapacité de travail, nous avons voulu exploiter au maximum les données des cinq années d'étude afin d'obtenir le groupe d'étude le plus large possible auquel nous pourrions appliquer cette analyse multiple.

Nous avons donc sélectionné des travailleurs pour cette analyse :

- dont l'IMC, la tension artérielle et le tabagisme étaient connus par un examen médical en 2018 ou 2019 ;
- et dont la présence ou l'absence de maladie était connue pour les 5 années d'enquête (2018 à 2022). Les travailleurs étant absents pour cause d'accident n'ont pas été inclus ;
- dont tous les autres facteurs explicatifs sélectionnés (voir liste ci-dessous) étaient connus.

Cette sélection a permis de constituer un groupe d'étude de 17 653 travailleurs.

Le **résultat** que nous avons examiné pour ce groupe est la survenance d'**au moins une année d'absence de moyenne à longue durée** (> 31 jours par année calendrier) **entre 2018 et 2022**.

Les **facteurs** que nous avons inclus dans le modèle sont les suivants :

- Obésité (IMC > 30) Présence d'obésité si un IMC ≥ 30 a été mesuré en 2018 ou en 2019. Absence d'obésité si un IMC < 30 a été mesuré en 2018 ou en 2019 ET qu'il n'y a pas eu de mesure de l'IMC ≥ 30 .
- Hypertension degré 2 ou 3 (tension artérielle $\geq 160/100$ mmHg). Présence d'hypertension degré 2 ou 3 si une tension artérielle $\geq 160/100$ mmHg a été mesurée en 2018 ou en 2019. Absence

d'hypertension degré 2 ou 3 si une tension artérielle < 160/100 mmHg a été mesurée en 2018 ou en 2019 ET qu'il n'y a pas eu de mesure de la tension artérielle \geq 160/100 mmHg.

- Tabagisme. Le facteur « tabagisme » est considéré comme présent s'il y a une mention « fumeur » pour les années 2018 ou 2019. Le facteur « non-fumeur » est présent si la mention « non-fumeur » est indiquée en 2018 ou 2019 ET s'il n'y a pas de mention « fumeur » en 2018 ou 2019.
- Sexe
- Âge en 2018
- Ancienneté en 2018
- Niveau de formation en 2018
- Statut en 2018
- Emploi en 2018
- Taille de l'entreprise en 2018
- Secteur en 2018. En raison des faibles chiffres, les secteurs « autres », « enseignement », « gouvernement » et « horeca » ont été regroupés dans le secteur « autres ».
- Région de résidence en 2018
- Contrat en 2018
- État civil en 2018

Nous avons vérifié si les facteurs nouvellement créés, l'obésité en 2018-2019, l'hypertension degré 2 ou 3 en 2018-2019 et le tabagisme en 2018-2019 en analyse simple présentaient une association statistiquement significative avec un absentéisme de moyenne ou longue durée pendant au moins une année entre 2018 et 2022. C'est le cas pour l'obésité (48,2 % d'absentéisme de moyenne et longue durée en cas d'obésité contre 37,7 % en cas de non-obésité, $p < 0,001$) et le tabagisme (46,7 % d'absentéisme de moyenne et longue durée en cas de tabagisme contre 40 % en cas de non-tabagisme, $p < 0,001$), mais pas pour l'hypertension degré 2 ou 3. Nous avons constaté un taux d'absentéisme légèrement plus élevé en cas d'hypertension modérée à sévère (41,6 % d'absentéisme en cas d'hypertension degré 2 ou 3 contre 39,7 % d'absentéisme en l'absence d'hypertension degré 2 ou 3, $p = 0,13$), mais cette association n'était pas statistiquement significative.

Il s'agit essentiellement d'une étude transversale sur des données collectées au cours des années calendrier 2018 à 2022.

Cette analyse multiple a utilisé un modèle de régression logistique multiple (*backward binary logistic regression*) dans SPSS 29.0.2.0.

Les résultats de cette analyse sont résumés dans le **tableau 10**.

Tableau 10 Facteurs liés à la santé, sociodémographiques et professionnels influençant l'incidence de l'absentéisme de moyenne à longue durée (> 31 jours). Si un facteur est absent, cela signifie qu'il n'a pas été sélectionné dans l'automatic backward regression.

Facteur	Référence	Absentéisme de moyenne à longue durée : au moins 1 an/5 ans (2018-2022)	OR
Sexe	Homme	Femme	1,67
Catégorie d'âge	< 35 ans	35-44 ans	1,12
		45-54 ans	1,21
		>= 55 ans	1,33
Obésité	Pas d'obésité	Obésité	1,45
Tabagisme	Non-fumeur	Fumeur	1,52
Ancienneté	<= 5 an	5-10 ans	1,01
		11-20 ans	0,96
		> 20 ans	0,75
Niveau de formation	Max secondaire	Supérieur de type court	0,67
		Supérieur de type long	0,39
Statut	Ouvrier	Employé	0,90
Régime de travail	Temps plein	Temps partiel	1,23
Taille de l'entreprise	Micro (1-9)	Petite (10-49)	1,87
		Moyenne (50-199)	2,30
		Grande (>= 200)	2,41
Secteur	Autre	Construction	1,39
		Services	0,78
		Soins de santé	1,27
		Commerce	0,94
		Industrie	1,13
		Transport	1,17

Statistiquement et significativement **plus** d'absentéisme de moyenne et longue durée que le groupe de référence avec $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$

Statistiquement et significativement **moins** d'absentéisme de moyenne et longue durée que le groupe de référence avec $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$

OR = Odds Ratio. Le rapport de cotes est le résultat d'une régression logistique binaire.

Constatations

Le lien entre **l'obésité et le tabagisme** et l'incidence de l'absentéisme de moyenne et longue durée est très significatif. Aucun lien n'a été trouvé avec l'hypertension modérée ou sévère.

Le lien entre **l'âge et le sexe** et l'absentéisme de moyenne et longue durée est conforme aux attentes : chez les femmes, la probabilité de s'absenter pour une durée moyenne à longue est presque 70 % plus élevée que chez les hommes. L'absentéisme augmente de manière significative avec l'âge. Il est intéressant de constater que c'est à **l'ancienneté** la plus élevée que l'absentéisme est le plus faible, alors que dans les analyses simples, l'absentéisme augmente avec l'ancienneté. Le lien entre l'ancienneté et l'absentéisme s'inverse lorsque l'on corrige pour l'âge. Dans ce modèle, l'absentéisme de moyenne à longue durée reste significativement plus élevé chez les travailleurs à **temps partiel** que

chez les travailleurs à temps plein, même lorsque l'on corrige pour le fait que davantage de femmes et de travailleurs plus âgés travaillent à temps partiel.

Le niveau de formation et le statut, après ajustement pour d'autres facteurs, ont toujours une corrélation statistiquement significative avec l'incidence de l'absentéisme de moyenne et longue durée. Les ouvriers et les travailleurs ayant un niveau de formation moins élevé s'absentent davantage.

La **taille de l'entreprise** est également étroitement liée à l'absentéisme. L'absentéisme de moyenne à longue durée augmente significativement avec la taille de l'entreprise.

Concernant les **secteurs** : dans ce modèle d'analyse multiple, le secteur des soins de santé est rejoint en tête de l'absentéisme de moyenne à longue durée par le secteur de la construction. Le taux d'absentéisme élevé dans les soins de santé ne peut être attribué uniquement au fait qu'il emploie beaucoup de femmes, qui travaillent plus souvent à temps partiel, ou qu'il s'agit de travailleurs de grands établissements. Le secteur de la construction, qui ne s'est pas distingué dans les analyses simples, se distingue comme un secteur présentant une incidence relativement élevée d'absentéisme de moyenne à longue durée.

L'objectif principal de cette analyse était d'examiner l'effet de la présence ou de l'absence de facteurs liés à la santé sur l'absentéisme de moyenne et longue durée. Pour l'obésité et le tabagisme, nous avons constaté un taux significativement plus élevé d'absentéisme de moyenne à longue durée. L'analyse des motifs d'absence de moyenne et longue durée montre que les troubles musculosquelettiques sont significativement plus cités par les travailleurs obèses et les fumeurs que par les non-obèses et les non-fumeurs (respectivement 25,6 % par les obèses, 23,1 % par les non-obèses, 25,4 % par les fumeurs et 22,3 % par les non-fumeurs). Une intervention, deuxième motif d'absentéisme de moyenne durée, était de manière frappante et significative plus souvent déclarée comme motif d'absence par les travailleurs obèses que par les travailleurs non obèses (21,1 % par les obèses, 15,7 % par les non-obèses). Il n'y avait pas de différence significative entre les fumeurs et les non-fumeurs en ce qui concerne la mention d'une intervention comme motif d'absence.

CONCLUSION

- Avec une surreprésentation des femmes et des travailleurs des soins de santé qui sont en outre principalement domiciliés en Flandre, cet échantillon n'est pas représentatif de la population belge et nous ne pouvons pas généraliser les chiffres de prévalence. Nous pouvons toutefois établir des comparaisons entre les groupes.
- Au cours de la période 2018-2022, nous constatons une **augmentation de l'absentéisme de moyenne et longue durée**, malgré l'augmentation de l'âge dans la population d'étude. L'absentéisme de courte durée, qui était en baisse depuis 2018, augmente significativement à partir de 2022 en raison de la pandémie de coronavirus.
- En 2022, le taux d'absentéisme était 30 % plus élevé chez les travailleurs soumis que chez les travailleurs non soumis. L'écart est le plus important pour l'absentéisme de moyenne et longue durée, ce qui s'explique par le fait que les travailleurs soumis à l'examen médical présentent des risques professionnels. Il s'agit plus souvent d'emplois occupés par des travailleurs ayant un niveau de formation moins élevé.
- Il existe une corrélation forte et significative entre **l'âge et le sexe** et l'absentéisme. Le taux d'absentéisme de moyenne et longue durée augmente avec l'âge et est une fois et demie à deux fois plus élevé chez les femmes.
- L'augmentation de l'absentéisme avec **l'ancienneté** s'explique entièrement par le lien avec l'âge. Les travailleurs qui travaillent depuis longtemps dans la même entreprise sont également plus âgés. Si l'on contrôle l'âge, on constate qu'une ancienneté de 20 ans ou plus est associée à un taux d'absentéisme de moyenne et longue durée moins important.
- Les **ouvriers** et les **travailleurs ayant un niveau de formation moins élevé** étaient nettement plus susceptibles de s'absenter, en particulier à moyen et à long terme, que les employés et les travailleurs ayant un niveau de formation plus élevé. Il en va de même pour les travailleurs à **temps partiel** par rapport aux travailleurs à temps plein.
- L'absentéisme, qu'il soit de courte, moyenne ou longue durée, augmente de manière significative avec la **taille de l'entreprise**. Il est probable que le choix de rester à la maison soit plus facile dans les grandes entreprises où une absence est moins visible et où la pression sur les collègues en cas d'absence est moins forte que dans les petites entreprises.
- Le secteur où l'on observe le plus grand taux d'absentéisme, qu'il soit de courte, moyenne ou longue durée, est celui des **soins de santé**, un secteur qui emploie un nombre proportionnellement élevé de femmes, ce qui peut expliquer le taux élevé d'absentéisme. Dans l'analyse multiple, où des corrections ont été effectuées pour tenir compte notamment des différences entre les sexes, les soins de santé sont restés un secteur où le taux d'absentéisme est significativement plus élevé. Dans cette analyse multiple, la construction est également apparue comme un secteur présentant un taux significativement plus élevé d'absentéisme de moyenne à longue durée.
- Les **troubles musculosquelettiques** figuraient parmi les principaux motifs d'absence de longue, moyenne et courte durée. Les **troubles mentaux** sont d'autres motifs importants

d'absentéisme de longue durée. Ils semblent également être en augmentation parmi les motifs d'absence. Les **infections, respiratoires ou non**, constituent les principaux motifs d'absentéisme de courte durée.

- Il n'y a pas de lien significatif entre l'**hypertension** et l'absentéisme.
- L'absentéisme de moyenne à longue durée était significativement plus fréquent chez les **fumeurs** que chez les non-fumeurs, même après correction pour d'autres facteurs explicatifs. Les troubles musculosquelettiques étaient significativement plus souvent cités comme motif d'absence par les fumeurs que par les non-fumeurs.
- Les travailleurs dont l'IMC se situait entre 18,5 et 30 étaient les moins absents. Nous avons constaté plus d'absentéisme chez les travailleurs en sous-poids et les travailleurs obèses. L'**obésité** reste significativement associée à l'absentéisme de moyenne et longue durée après correction pour d'autres facteurs explicatifs. Les troubles musculosquelettiques et les interventions étaient significativement plus souvent cités comme motif d'absence par les travailleurs obèses que par les travailleurs non obèses.

FORCES ET FAIBLESSES

- En raison de la sélection de la population étudiée, il n'y avait pas d'informations sur les travailleurs qui ont quitté leur entreprise.
- La structure du fichier de données de cette étude pilote n'a pas permis d'étudier l'absentéisme de courte, moyenne et longue durée par période d'absence. Cette collecte de données n'a pas permis non plus d'estimer correctement la sous-déclaration de l'absentéisme chez IDEWE. Des solutions à ce problème devront être recherchées dans le cadre de nouvelles études à l'avenir.
- Le groupe d'étude n'est pas représentatif de la population belge.
- Les facteurs liés à la santé n'étaient disponibles que pour une petite partie des travailleurs en absence de longue durée.
- Il existe des accords d'exécution pour les enregistrements et les mesures des données médicales, et le matériel médical est calibré chaque année, mais il n'y a pas de protocole de mise en œuvre standardisé comme c'est le cas pour les études cliniques.
- L'un des principaux atouts de cette étude est l'importance de la population étudiée. Les données de 54 440 travailleurs ont été incluses. Pour ces travailleurs, des données relatives à 5 années calendrier sont disponibles. Par ailleurs, nous disposons d'un grand nombre de facteurs explicatifs pour ces travailleurs.
- Les motifs d'absence ne sont pas disponibles pour les secrétariats sociaux et les services RH. En reliant les données relatives à l'absentéisme aux données médicales du service externe pour la prévention et la protection au travail, il a été possible d'obtenir un aperçu des facteurs liés à la santé qui ont un lien avec l'absentéisme.

REFERENCES

1. INAMI. Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides – Régime des salariés et régime des indépendants – 2007 – 2016. INAMI 2018.
2. Eurofound (2017), *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-survey>
3. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010). *Absence from work*. Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland.
4. Bevan, S. (2015). Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 29(3), 356–373. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.08.002>
5. Kant, Ij., Jansen, N. W. H., van Amelsvoort, L. G. P. M., et al. (2009). Screening questionnaire Balansmeter proved successful in predicting future long-term sickness absence in office workers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(4), 408-414.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.07.003>
6. Vemer, P., Bouwmans, C. A., Zijlstra-Vlasveld, M. C., et al. (2013). Let's get back to work: Survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1637–1645. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49883>
7. INAMI. Absentéisme pour maladie en incapacité primaire : analyse et facteurs explicatifs – 2011-2016. INAMI 2018
8. van der Burg LR, van Kuijk SM, ter Wee MM et al. (2020) Long-term sickness absence in a working population: development and validation in a large Dutch prospective cohort. *BMC Public Health* 20:699 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08843-x>
9. Goorts K, Duchesnes C, Vandebroeck S, et al. (2017) Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar? *TBV*25,59-62 <https://doi.org/10.1007/s12498-017-0023-6>
10. De Wit R., Moens G., D'Hondt M. (1998) Een onderzoek naar de validiteit van zelfgerapporteerd ziekteverzuim. *Arbeidsgezondheidszorg & ergonomie*, band XXXV, nr 4,165-168.

Plus d'informations

Pour obtenir de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à :

Martijn Schouteden et Lieve Vandersmissen, chercheurs et auteurs
Sofie Vandebroeck, directrice du département Knowledge, Information & Research

Adresse

Groupe IDEWE
Research Park Haasrode
Interleuvenlaan 58
3001 Louvain
www.idewe.be/fr
016/390 411