

Introduction : un défi majeur de santé et de société en 2025

En Belgique, le nombre de **travailleurs en incapacité de travail de longue durée** a atteint un niveau record en 2023 : plus de **500 000 personnes** sont en congé maladie depuis plus d'un an ¹. Ce chiffre, en hausse constante (+20 % entre 2019 et 2023), dépasse désormais largement le nombre de chômeurs (en 2022 on comptait 500 000 malades de longue durée contre 300 000 chômeurs) ². Cette « épidémie » de longues maladies représente un **coût annuel** de l'ordre de **9 milliards d'euros** rien qu'en indemnités de sécurité sociale ¹. Au-delà des chiffres, le phénomène concerne surtout des travailleurs vieillissants (63 % ont plus de 50 ans) et il touche davantage les **femmes** (59 % des malades de longue durée sont des femmes, et jusqu'à 69 % dans les cas de burn-out ou dépression) ³. Les principales causes médicales sont les **troubles de santé mentale** (dépression, burn-out, etc.), qui représentent environ un tiers des cas, et les **affections musculo-squelettiques** (douleurs chroniques, arthrose, etc.) pour un autre tiers ⁴ ⁵. Face à l'augmentation de ces maladies de longue durée, les pouvoirs publics belges considèrent la situation comme **insoutenable** à terme et ont multiplié les réformes depuis 2019 afin de maîtriser les coûts et de favoriser la ré intégration au travail ⁶ ¹. Cependant, ces mesures suscitent des débats quant à leur impact sur les **droits sociaux acquis** de ces malades et leur efficacité réelle.

Dans ce dossier, nous dresserons un panorama complet de la **situation des malades de longue durée en 2025**, tous secteurs et pathologies confondus, sur le plan national. Nous examinerons d'abord les **droits sociaux** dont bénéficient actuellement ces personnes (indemnités, statut, accès aux soins, etc.), puis nous analyserons comment ces droits ont été **remis en question** dans un contexte d'ajustements budgétaires et d'austérité. Ensuite, nous passerons en revue les **politiques et réformes récentes** (depuis 2019) qui ont modifié le régime d'incapacité de travail et d'invalidité. Nous ferons le point sur les **dispositifs de ré intégration professionnelle** en vigueur et leurs implications pour les malades et les employeurs. Enfin, nous aborderons les **impacts de la maladie de longue durée sur la pension, le chômage et l'assurance soins de santé**, avant de proposer un **bilan actualisé en 2025** de la situation et des défis à venir. Tout au long du rapport, les informations clés sont appuyées par des **sources documentaires** fiables afin de garantir une analyse rigoureuse de ce sujet sensible.

Droits sociaux des malades de longue durée en Belgique

Les travailleurs qui se retrouvent en **incapacité de travail prolongée** conservent un certain nombre de droits sociaux, prévus par le régime général de sécurité sociale. Ces droits couvrent principalement : **des indemnités de remplacement de revenus**, un **statut social protégé** pendant la période d'incapacité (avec maintien de certains droits comme la pension), ainsi que l'**accès continu aux soins de santé** via l'assurance maladie obligatoire. Nous détaillons ci-dessous ces différents aspects.

Indemnités de maladie et statut d'invalidité

Lorsqu'un travailleur salarié tombe malade de manière prolongée, il a droit à une **indemnité de maladie** après la période de salaire garanti versé par l'employeur. En effet, durant l'absence pour cause médicale, l'employeur est tenu de maintenir la rémunération pendant une période initiale (30 jours pour les employés, 7 jours à temps plein pour les ouvriers, avec complément de la mutuelle du 15^e au 30^e jour) ⁷. Passé ce délai, c'est la mutuelle qui prend le relais en versant des indemnités journalières.

Pendant la première année d'incapacité (appelée *incapacité primaire*), l'indemnité versée correspond généralement à **60 % du salaire brut** perdu, dans la limite d'un plafond fixé par la loi ⁸. Un montant minimum garanti s'applique dès le 4^e mois, variable selon la situation familiale (avec charge de famille, isolé, etc.) ⁹.

Si l'absence se prolonge au-delà d'un an, le travailleur passe alors en **invalidité** et le dossier est transféré au Conseil médical de l'INAMI qui reconnaît le statut d'invalidé ¹⁰ ¹¹. L'intéressé continue de percevoir des indemnités mensuelles tant qu'il remplit les conditions médicales, possiblement jusqu'à l'âge de la retraite ¹². **Le montant de l'indemnité d'invalidité dépend de la situation familiale**: il équivaut à **65 % du dernier salaire** (plafonné) si le malade a une personne à charge, **55 %** s'il est isolé, et **40 %** s'il cohabite avec un conjoint ayant des revenus ¹³. En pratique, cela signifie qu'un invalide avec famille à charge peut toucher au maximum environ 106 € brut par jour (montant 2022), contre 90 € s'il est isolé et 65 € s'il est cohabitant, ces montants étant indexés périodiquement ¹³. Il est important de noter que ces **allocations de remplacement de revenus** ne sont pas très élevées et peuvent impliquer une perte de revenu substantielle par rapport au salaire normal, surtout pour les personnes sans charge de famille. Néanmoins, le système prévoit un **complément forfaitaire en cas de besoin d'assistance** par une tierce personne (aide aux actes de la vie quotidienne) – d'environ 26 € par jour – si l'état de santé le justifie ¹⁴.

Durant toute la période d'incapacité, le travailleur conserve un **statut social protégé**. Son **contrat de travail est suspendu** (et non rompu) tant que dure le congé maladie, ce qui lui évite d'être licencié pour motif d'absence (sauf procédure spécifique de *force majeure médicale*, voir plus loin) ¹⁵. S'il était chômeur au moment de tomber malade, il passe sous le régime mutuelle (et non plus chômage) mais **garde le droit aux indemnités** de maladie, le chômage contrôlé étant assimilé à du travail pour ouvrir ce droit ¹⁶. En d'autres termes, demandeurs d'emploi et salariés sont logés à la même enseigne en ce qui concerne les indemnités de maladie, pour autant qu'ils remplissent les conditions d'assurabilité (stage préalable, durée de travail minimum, etc.) ¹⁷. Par ailleurs, les périodes d'incapacité sont prises en compte pour l'ancienneté dans certains cas (pour les éventuels avantages liés à l'ancienneté dans l'entreprise, sous réserve de la convention collective). Enfin, signalons qu'après un an d'absence, le travailleur acquiert souvent administrativement la reconnaissance d'un **taux d'incapacité de minimum 66 %**, ce qui correspond au critère légal d'invalidité (cette reconnaissance peut aussi ouvrir la porte à d'autres aides, comme la **carte de stationnement handicapé** ou des réductions sociales, si le degré d'incapacité est confirmé par d'autres instances).

Un droit important pour les malades de longue durée est la possibilité de **cumuler une reprise partielle du travail avec le maintien d'une partie des indemnités**. Ce dispositif, souvent appelé *mi-temps médical* ou *travail autorisé*, permet au bénéficiaire d'exercer une activité professionnelle jugée compatible avec son état de santé, tout en conservant une fraction de ses allocations. Concrètement, si le médecin-conseil de la mutuelle donne son accord, l'assuré peut reprendre un emploi à temps partiel (ou à temps plein allégé) ; ses indemnités de maladie seront alors réduites proportionnellement au nombre d'heures prestées au-delà d'un certain seuil ¹⁸ ¹⁹. Par exemple, pour un invalide autorisé à travailler 10 heures par semaine (sur 38 h), les indemnités journalières seront réduites d'environ 6 % ²⁰. En revanche, si la reprise reste très limitée ($\leq 20\%$ d'un temps plein), aucune réduction n'est appliquée ¹⁹. Ce mécanisme incitatif permet une **réinsertion progressive**, en évitant de perdre tous ses droits dès qu'on retravaille un peu. Il est largement utilisé dans le cadre de la convalescence ou de l'adaptation post-maladie, et constitue un **droit acquis** précieux pour concilier santé fragile et maintien dans l'emploi.

Accès aux soins de santé et protections associées

Être en incapacité de travail de longue durée n'affecte pas le **droit fondamental aux soins de santé**, qui reste garanti par l'affiliation à une mutuelle (assurance maladie obligatoire). Tant que l'individu perçoit des indemnités de l'INAMI, il est réputé en ordre de mutuelle et bénéficie du remboursement des soins comme tout assuré. Mieux, de nombreux malades de longue durée entrent dans des catégories les protégeant davantage face aux coûts médicaux. D'une part, s'ils disposent de **faibles revenus** (ce qui est souvent le cas vu la diminution de ressources), ils peuvent obtenir le **statut BIM** (*bénéficiaire de l'intervention majorée*, ex-OMNIO) qui donne droit à des remboursements plus élevés et à un plafond annuel de dépenses de santé réduit (*Maximum à facturer social*) ²¹. D'autre part, les malades chroniques peuvent être reconnus comme tels par leur mutualité, ce qui abaisse encore le **plafond maximal à charge** par an pour les frais de santé du ménage ²². En pratique, cela signifie que les personnes en invalidité prolongée voient leurs tickets modérateurs (quote-part personnelle) limités au-delà d'un certain montant annuel, le surplus étant pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ²³. Par ailleurs, divers **services et avantages** sont offerts via les mutuelles ou les régimes régionaux : par exemple, des programmes de soins intégrés pour maladies chroniques, l'exonération du paiement de la prime annuelle à la mutuelle, le maintien de l'assurance hospitalisation de groupe si l'employeur en proposait une, etc.

Notons aussi que les malades de longue durée peuvent faire appel au **Fonds spécial de solidarité** de l'INAMI en cas de traitement médical lourd non remboursé, afin de ne pas renoncer à des soins vitaux pour des raisons financières ²⁴. Ce fonds, doté d'un budget limité, peut intervenir *ad hoc* pour financer des thérapies coûteuses hors nomenclature, sur décision du médecin-conseil ²⁵. En résumé, sur le plan de la santé, le système belge veille à ce que la **couverture médicale** des travailleurs en incapacité reste continue et même renforcée si leur situation économique se dégrade, évitant une double peine « maladie + frais médicaux ».

Maintien des droits sociaux et pension

Les périodes de maladie de longue durée sont **assimilées à des périodes de travail** pour l'ouverture de la plupart des droits sociaux, ce qui constitue un acquis important. Concrètement, cela signifie que pendant son absence, le travailleur continue à **accumuler des droits à la pension** de retraite comme s'il travaillait. Le Service fédéral des Pensions prend en compte les jours d'incapacité de travail comme des **jours assimilés** lorsqu'il calcule le nombre d'années de carrière et le salaire annuel moyen fictif pour la pension ²⁶ ²⁷. Un salaire fictif (souvent basé sur le salaire minimum ou le dernier salaire plafonné) est imputé pour ces périodes, afin de ne pas pénaliser la personne ²⁸. Ainsi, un travailleur qui a connu plusieurs années d'invalidité continuera à avoir ces années comptabilisées pour la pension de retraite, évitant des « trous » de carrière préjudiciables au montant de sa pension. De plus, jusqu'à récemment, ces périodes assimilées comptaient également pour l'accès à la **retraite anticipée** ou au calcul de la pension minimum. Être malade longtemps n'empêchait donc pas de prendre sa pension anticipée dès lors que la carrière totale (périodes assimilées comprises) atteignait les seuils requis.

En outre, le **droit aux allocations de chômage** est préservé en cas de fin de l'incapacité de travail. Si, après une longue maladie, la personne est **déclarée apte** à reprendre une activité mais qu'elle ne peut retrouver son poste (par exemple si son contrat a été rompu entre-temps pour raison médicale ou économique), elle peut s'inscrire au chômage et faire valoir ses droits aux allocations. Les périodes d'incapacité étant assimilées à du travail, elles **comptent pour l'ouverture du droit au chômage** ou pour prolonger la durée d'indemnisation. Autrement dit, quelqu'un qui tombe malade alors qu'il travaillait et qui, au terme de sa convalescence, se retrouve sans emploi, pourra percevoir le chômage comme s'il sortait directement d'une période de travail. Il devra bien sûr satisfaire aux conditions de disponibilité sur le marché de l'emploi (être apte au travail, chercher activement un emploi). Signalons

toutefois que **tant qu'une personne est en incapacité ≥ 66 %**, elle ne peut pas prétendre aux allocations de chômage (considérée indisponible pour le travail) : c'est l'assurance maladie-invalidité qui reste compétente dans ce cas ²⁹. La transition mutuelle → chômage n'a lieu que lorsque l'état de santé le permet, souvent après une évaluation du médecin-conseil de la mutuelle. Ce mécanisme garantit que le malade longue durée ne se retrouve pas sans revenu une fois sa maladie terminée : il passe du statut d'invalidé à celui de demandeur d'emploi indemnisé, le cas échéant.

Enfin, mentionnons que pendant son congé maladie de longue durée, le travailleur conserve divers **droits périphériques** : par exemple, il continue en principe à accumuler des **jours de vacances** assimilés pour l'année suivante (le législateur considère l'incapacité comme du travail presté pour le calcul des congés légaux). Il bénéficie aussi d'une protection contre le licenciement discriminatoire (l'employeur ne peut le congédier en raison de son état de santé, sous peine de dommages-intérêts). De plus, de nombreuses **réductions sociales** s'appliquent pour les personnes invalides (transports en commun gratuits ou à tarif réduit, tarif social pour le gaz et l'électricité si elles vivent seules avec un revenu de remplacement, etc.), souvent sous conditions de reconnaissance administrative de l'invalidité ou du handicap. En somme, le régime belge a progressivement construit un filet de sécurité pour les malades de longue durée, leur assurant **revenu de remplacement, continuité des droits sociaux et accès aux soins**, afin qu'ils ne basculent pas dans la précarité en raison de leur état de santé.

Remise en question des droits dans un contexte d'austérité

Depuis quelques années, et en particulier dans le cadre des efforts budgétaires récents, certains de ces droits acquis font l'objet de **restrictions ou de remises en question**. Le **contexte d'austérité économique** et de soutenabilité des finances publiques a incité le gouvernement fédéral à prendre des mesures pour réduire le coût des malades de longue durée, souvent perçues comme un **resserrement des conditions d'accès ou d'étendue des droits sociaux** de ces personnes. Voici les principaux axes dans lesquels ces droits ont été écornés ou menacés :

- **Réductions ou gel des revalorisations d'allocations** : traditionnellement, les allocations sociales (y compris les indemnités de maladie) bénéficient tous les deux ans d'une **liaison au bien-être**, c'est-à-dire une augmentation supplémentaire pour suivre l'évolution du niveau de vie moyen. Or, dans le conclave budgétaire de 2025, le gouvernement a décidé la **suspension pure et simple de l'enveloppe bien-être pour cinq ans** (2025-2029), invoquant des économies nécessaires ³⁰. En d'autres termes, les malades de longue durée ne verront pas leurs indemnités revalorisées au-delà de l'indexation automatique, ce qui va progressivement les appauvrir par rapport aux salaires moyens. Une enveloppe spécifique très limitée pourrait être réservée aux allocations les plus basses (dont certaines indemnités maladie), mais sans certitude ³¹. Cette mesure s'inscrit dans une tendance générale à **rogner sur les mécanismes de solidarité automatique**, et elle suscite des inquiétudes quant à la perte de pouvoir d'achat des invalides sur le moyen terme.
- **Durcissement des contrôles et sanctions financières** : **sous prétexte de lutter contre d'éventuels abus et de stimuler le retour au travail, les autorités ont renforcé les sanctions applicables aux malades de longue durée qui ne respecteraient pas leurs obligations**. Depuis 2017, il existait déjà une **pénalité modeste** (réduction de 2,5 % de l'indemnité) en cas de **non coopération aux trajets de réintégration** ³². Désormais, l'arsenal s'est accru : la **sanction peut aller jusqu'à 10 % de réduction des indemnités, voire une suspension totale du droit aux allocations en cas de manquements graves** ³³. Par exemple, un malade de longue durée qui omet de renvoyer un formulaire **administratif**, qui ne se présente pas à une **convocation chez le médecin-conseil de la mutuelle ou auprès du coordinateur "retour au travail"**.

travail" sans motif valable, recevra un avertissement puis une coupure de ses indemnités jusqu'à ce qu'il régularise la situation^{34 35}. De même, deux absences injustifiées à un rendez-vous avec le médecin du travail dans le cadre d'un trajet de réintégration en entreprise entraîneront le retrait du droit aux indemnités³⁶. Même les malades sans employeur (chômeurs en invalidité) risquent la perte de l'indemnité s'ils ne répondent pas aux convocations du service régional de l'emploi (Forem, Actiris, VDAB...)³⁷. Ces sanctions alourdies témoignent d'une approche plus coercitive envers les malades, considérés implicitement comme susceptibles de fraude ou d'inertie. Les mutualités soulignent toutefois que ces cas de mauvaise volonté sont très marginaux : en 2024, Solidaris n'a appliqué des sanctions qu'à 40 affiliés sur des centaines de milliers d'invalides³⁸. On est donc face à des mesures symboliques, dont l'impact budgétaire sera quasi nul (le gouvernement espérait en tirer 74 millions d'euros, un calcul jugé « pas crédible » par la mutualité³⁸). En revanche, l'impact sur les droits des personnes est réel : désormais, un malade peut perdre le bénéfice de sa protection sociale** s'il rate un contrôle, ce qui fragilise sa sécurité de revenu en pleine convalescence.

- **Allongement du délai de carence pour le salaire garanti en cas de rechute** : auparavant, si un travailleur tentait de reprendre le travail après une maladie mais devait rechuter peu de temps après (dans les 14 jours), on considérait qu'il s'agissait de la **même incapacité** ; il retournait alors directement à la mutuelle sans rouvrir un nouveau droit au salaire garanti de l'employeur. Au-delà de 14 jours, une nouvelle période de salaire plein à charge de l'employeur s'appliquait. En 2025, dans une optique d'« économie » pour les entreprises, le gouvernement a **porté ce seuil de rechute à 8 semaines** : désormais, il faudra avoir retravaillé au moins deux mois complets pour recouvrir le droit à un salaire garanti en cas de nouvelle absence liée à la même pathologie³⁹. Concrètement, un travailleur qui retombe malade dans les 7 semaines suivant sa reprise ne percevra plus **que 60 % de son salaire via la mutuelle**, au lieu d'un salaire à 100 % pris en charge par l'employeur – ce qui constitue une **perte sèche** pour le travailleur⁴⁰. Solidaris a chiffré le coût de cette mesure à **166 millions d'euros** supplémentaires par an pour l'INAMI (mutualités)⁴¹, car davantage de jours seront indemnisés à 60 % au lieu d'être payés par les employeurs. Cette mesure, présentée comme une rationalisation, **dégradera la protection de revenu** des malades en reprise et pourrait les dissuader de tenter un retour rapide au travail de peur de « tout perdre » en cas de rechute. Elle est perçue comme un « **cadeau aux employeurs** » qui n'auront plus à supporter financièrement les échecs de réintégration à court terme⁴⁰.
- **Limitation des droits à la pension anticipée (système de malus)** : un autre changement majeur, inscrit dans l'accord gouvernemental de 2025, concerne la prise en compte des périodes assimilées (dont la maladie) pour la **retraite anticipée**. Dorénavant, pour éviter une pénalisation (*malus*) de la pension, le travailleur devra justifier **35 années de carrière avec 156 jours de travail effectif par an** – et **7 020 jours prestés** en total cumulé – sans inclure les congés de maladie⁴². En clair, les **périodes de maladie ne compteront plus** dans le calcul de ces 35 années requises⁴². Un salarié qui a connu de longues absences pour raison médicale aura donc plus difficilement accès à une pension anticipée sans décote, ou devra travailler plus longtemps pour compenser. Même des carrières à temps partiel avec quelques jours de maladie par an risquent un malus : « *même les personnes qui travaillent à mi-temps et sont malades seulement un jour par an risquent un malus de 2 % (jusqu'en 2030), 4 % (jusqu'en 2040) et 5 % à partir de 2040* » alerte la CSC⁴³. Ce **malus pension** se traduira par une réduction du montant de la pension pour chaque année manquante par rapport à l'âge légal (par exemple -2 % par année d'anticipation d'ici 2030)^{44 45}. Le fait de ne pas considérer la maladie comme du temps de carrière est une véritable **remise en cause d'un droit acquis** de longue date (l'assimilation intégrale). Devant les critiques, le gouvernement a indiqué vouloir atténuer l'effet négatif pour

les invalides de longue durée, mais sans mesures concrètes immédiates ⁴⁶. En l'état, cette réforme revient à **pénaliser financièrement la maladie** lors du passage à la retraite, ce que beaucoup dénoncent comme injuste pour ceux qui n'ont pas choisi d'être malades.

• **Autres mesures d'austérité diverses** : dans le budget 2025, on note également la volonté de **limiter dans le temps les allocations de chômage** (avec une dégressivité accrue) ⁴⁷, ce qui pourrait affecter indirectement les malades de longue durée après leur guérison (s'ils basculent au chômage, ils seraient soumis à ces limites temporelles). De plus, la suppression du régime de **chômage avec complément d'entreprise (prépension)** à partir de mi-2025 a été décidée ³⁰. Cette suppression pourrait avoir un impact sur le nombre de malades de longue durée : par le passé, certains travailleurs usés par le métier optaient pour la prépension ; désormais, sans cette possibilité, ils risquent soit de rester en poste plus longtemps (au risque d'accroître les problèmes de santé liés au travail), soit de passer par la case « invalidité » pour quitter le marché du travail. Enfin, les services publics de la sécurité sociale subissent une **coupe linéaire de 1,8% de leurs dépenses de fonctionnement** ⁴⁸, ce qui peut réduire les moyens disponibles pour encadrer et accompagner les malades (par exemple moins de personnel pour traiter les dossiers ou animer la réinsertion). L'ensemble de ces mesures budgétaires traduit une orientation visant à **réduire le coût** de la protection sociale, et donc potentiellement à **restreindre certains droits** ou avantages dont bénéficiaient jusqu'ici les malades de longue durée.

En synthèse, le contexte d'austérité a vu émerger des politiques de « **responsabilisation** » **financière** des différents acteurs (malades, employeurs, mutualités) qui se traduisent par une **économie substantielle** sur le dos des malades : gel des revalorisations d'allocations, transfert de charges vers les travailleurs et les entreprises, diminution de certaines garanties (pension anticipée, salaire garanti). Ces remises en question suscitent de vives réactions des syndicats et mutualités, qui dénoncent une **stigmatisation** des malades de longue durée. Selon eux, le gouvernement s'attaque aux personnes en incapacité (« *les victimes* ») plutôt qu'aux **causes structurelles** de la hausse des maladies (comme la dégradation des conditions de travail ou le recul de l'âge de la pension) ⁴⁹ ⁵⁰. Nous verrons plus loin que ces critiques rejoignent l'analyse de nombreux experts en santé au travail.

Politiques et réformes récentes (2019–2025)

Face à l'augmentation continue du nombre de malades de longue durée, les gouvernements successifs de la fin des années 2010 et du début des années 2020 ont lancé plusieurs **politiques et réformes** visant à réformer le régime d'incapacité de travail et à **favoriser le retour à l'emploi** de ces personnes. L'année 2019 marque un tournant symbolique : c'est la première fois que la Belgique comptait **plus de personnes en invalidité de longue durée que de chômeurs** ². Ce constat a imposé la problématique au premier plan des défis socio-économiques du pays ⁵¹, souvent évoquée comme une « bombe à retardement » pour la sécurité sociale. Depuis lors, plusieurs gouvernements ont introduit des mesures. Nous récapitulons ici les principales réformes intervenues **depuis 2019** et leur esprit.

De 2016 à 2018 : mise en place du trajet de réintégration et premières sanctions

Bien que nous nous concentriions sur la période 2019-2025, il convient de rappeler qu'une réforme importante a eu lieu peu avant, sous le gouvernement Michel I (centre-droit). En 2016, a été instauré le **trajet de réintégration** des travailleurs en incapacité, effectif à partir de 2017. Ce mécanisme, détaillé dans la section suivante, visait déjà à accélérer le retour au travail via l'intervention du médecin du travail et à permettre à l'employeur de licencier pour cause médicale si aucune adaptation n'était possible. Parallèlement, une **sanction de 5%** sur les indemnités a été prévue en cas de refus injustifié de coopérer au plan de réintégration (ramenée ensuite à 2,5 %, peu appliquée) ³⁴. En outre, la notion

de **force majeure médicale** a été inscrite dans la loi, autorisant la rupture du contrat de travail sans indemnité de préavis une fois le trajet de ré intégration abouti sur un constat d'impossibilité de reprise. Ces mesures, encore modestes à l'époque, posent le cadre d'une responsabilisation accrue des malades et des employeurs.

2019-2020 : prise de conscience et études d'évaluation

En 2019, le gouvernement a commandité des études pour comprendre le phénomène des maladies de longue durée. La **Cour des comptes** a notamment examiné l'efficacité des mesures de ré intégration mises en place jusqu'en 2019 ⁵². Il en est ressorti que les résultats en termes de retours effectifs au travail étaient limités, beaucoup de trajets se concluant par des licenciements médicaux plutôt que par une reprise dans l'entreprise. Parallèlement, le débat public s'est intensifié : les médias ont commencé à parler d'**« explosion du nombre de malades de longue durée »** et à poser la question « *Qui trouvera le remède ?* » ⁵³. Des chiffres marquants circulent : le coût des invalidités a doublé en 10 ans (6 milliards en 2019 contre 3 milliards en 2009) ⁵⁴, la hausse étant particulièrement forte pour les troubles psychiques (+43 % en 5 ans pour les cas de burn-out/dépression) ⁵⁵. Fin 2019, on dénombrait environ 440 000 malades de longue durée, coûtant 21,2 milliards € au total (chiffre incluant sans doute les soins de santé remboursés) ⁵⁶. Durant cette période, toutefois, aucune grande réforme n'a pu être menée en raison de la chute du gouvernement Michel fin 2018 et de la longue crise politique qui a suivi les élections de mai 2019. C'est donc surtout à partir de fin 2020, avec le gouvernement De Croo (alliance « Vivaldi »), que de nouvelles mesures ont été décidées.

2021-2022 : plan de réduction des malades de longue durée (gouvernement De Croo)

Le gouvernement fédéral formé en octobre 2020 s'est fixé un objectif ambitieux : **atteindre un taux d'emploi de 80 % d'ici 2030** (contre ~70 % en 2020) ⁵⁷. Pour y arriver, il était indispensable d'agir sur le « **stock** » **important de travailleurs hors emploi pour raison médicale**. L'accord de gouvernement de 2020 prévoyait donc un « **plan global de prévention et de ré intégration des malades de longue durée** » ⁵⁸, reconnaissant que tous les acteurs (employeur, travailleur, mutualité, médecin traitant, médecine du travail, services de l'emploi) devaient être mobilisés ⁵⁹. Plusieurs mesures concrètes ont été élaborées en 2021-2022 et ont commencé à être implémentées :

- **Contribution des employeurs** : Introduction d'une **cotisation de responsabilisation** à charge des entreprises comptant un nombre anormalement élevé de malades de longue durée. Ce système, complexe à gérer, a finalement été remplacé par une mesure plus simple : depuis 2022, il est acté que les **employeurs devront financer 30 % de l'indemnité** de mutuelle pendant les **2^e et 3^e mois d'incapacité** (après le mois de salaire garanti) ⁶⁰. Cette contribution, qui s'applique aux employeurs moyens et grands (exemption pour les PME, fixée sous 50 travailleurs) ⁶¹ ⁶², vise à responsabiliser financièrement l'employeur dès le début de l'absence. Elle entre pleinement en vigueur au **1er janvier 2026** ⁶², avec perception par l'ONSS, et représente environ 1 700 € sur deux mois pour un salaire moyen ⁶³ ⁶⁴. L'idée sous-jacente est d'inciter les entreprises à mieux prévenir l'absentéisme et à activer rapidement un plan de ré intégration, plutôt que de se décharger sur la sécurité sociale.
- **Accélération de la procédure de licenciement pour cause médicale** : En contrepartie de l'effort demandé aux employeurs ci-dessus, le gouvernement a **assoupli les conditions de rupture** du contrat pour incapacité de longue durée. À partir de 2026, un employeur pourra mettre fin au contrat pour *force majeure médicale* dès **6 mois d'absence ininterrompue**, contre 9 mois auparavant ⁶⁵ ⁶⁰. Cette mesure, actée dans « l'accord de Pâques 2025 », suscite la controverse : elle permet un **licenciement médical plus rapide** alors même que l'objectif affiché

est la réintégration. Le gouvernement justifie ce changement par le fait que les procédures actuelles de 9 mois sont lourdes et qu'il vaut mieux fixer plus tôt la situation du travailleur (reprise effective ou rupture avec indemnités). Toutefois, les syndicats craignent que cela n'entraîne surtout une **éviction plus prompte** des malades de leur emploi, sans réelle chance de réadaptation. Notons qu'une indemnité forfaitaire existe dans ce cas : l'employeur doit verser 1 800 € au **Fonds de retour au travail** lors d'un licenciement pour raison médicale (cette cotisation de solidarité sera due dans tous les cas de rupture pour force majeure, y compris si c'est le travailleur qui demande la rupture) ⁶⁶.

- **Renforcement de l'accompagnement et des contrôles mutualistes** : Le plan du ministre de la Santé a prévu d'augmenter la **part variable du financement des mutualités** liée à leurs performances en matière de suivi des malades de longue durée. Concrètement, d'ici 2029, jusqu'à 15 % des subsides aux mutuelles dépendront de critères de rapidité de traitement, de nombre de retours au travail, etc., contre 2,5 % aujourd'hui ⁶⁷. L'objectif est de pousser les mutuelles à intensifier les **contrôles médicaux** et à enclencher plus rapidement les trajets de réinsertion. Cependant, les mutualités alertent sur le fait qu'elles manquent déjà de moyens humains : on compte seulement 198 médecins-conseils et 90 coordinateurs "Retour au travail" (RAT) en 2022 pour suivre plus de 526 000 malades ⁶⁸. Exiger plus de productivité sans augmenter les effectifs risque de se traduire par un **travail bâclé** et une approche plus administrative que bienveillante (on « poussera » les gens hors de l'invalidité sans résoudre leurs problèmes) ⁶⁹. Cette réforme des mutualités est donc controversée, certains la voyant comme un pas vers la « chasse aux malades » et une dégradation de l'accompagnement qualitatif.
- **Nouvelles obligations pour les travailleurs malades** : Depuis 2022-2023, différentes règles ont été modifiées pour impliquer davantage le malade lui-même. D'une part, une personne en invalidité depuis plus d'un an voit son **capacité de travail réévaluée régulièrement** (tous les quelques mois). Si le médecin-conseil estime qu'elle a récupéré une certaine capacité de travail **et qu'elle n'a plus de contrat actif**, elle est désormais **obligée de s'inscrire** auprès du service public de l'emploi régional (Forem, Actiris, VDAB...) ⁷⁰. Autrement dit, on la considère en partie comme un demandeur d'emploi potentiel. D'autre part, si le malade a encore un employeur, il doit **collaborer à son trajet de réintégration** : assister aux visites médicales, participer aux entretiens, etc., sous peine de sanction (comme évoqué plus haut) ⁷¹ ⁷². Cette logique de devoirs accentue la responsabilité individuelle dans le processus de guérison professionnelle. Par ailleurs, le gouvernement a encouragé la pratique des « **certificats d'aptitude restante** » : l'idée est que le médecin généraliste, lorsqu'il rédige un certificat d'incapacité, mentionne également ce que le patient *peut encore faire* comme tâches, afin d'orienter rapidement une éventuelle réorientation ⁷³. Ce concept, inspiré du modèle britannique des *fit notes*, resterait optionnel et expérimental ⁷⁴, car les médecins généralistes belges ne sont pas formés pour cela et craignent une charge administrative supplémentaire ⁷⁵. Néanmoins, il illustre la volonté politique de changer de paradigme : passer d'un modèle "100 % en maladie" à un modèle "malade mais encore capable de...".

Beaucoup de ces mesures ont été rassemblées dans un paquet législatif voté en plusieurs phases (2022, 2023, 2024). Le **conclave budgétaire de mars 2025** a entériné l'essentiel des décisions, parfois appelées « *mesures de l'Arizona* » en référence au surnom de la coalition politique en gestation à ce moment ⁷⁶ ⁷⁷. On peut citer parmi les autres nouveautés la simplification de certaines démarches administratives (par exemple, le certificat médical électronique, la limitation à 2 jours par an où un certificat ne peut être exigé par l'employeur) ⁷⁸, ou encore la création d'un **Baromètre "Retour au travail"** pour suivre l'évolution des chiffres de réinsertion ⁷⁹.

2025 : accord de coalition et réforme du régime d'incapacité

L'année 2025 a vu l'aboutissement de la réflexion avec un **accord de gouvernement fédéral** (surnommé coalition *Arizona*) qui renforce et précise plusieurs réformes. En avril 2025, les partenaires gouvernementaux (sortants et potentiels entrants) se sont accordés sur une **refonte du régime d'incapacité de travail et d'invalidité** ⁷⁶. Les lignes directrices de cet accord, confirmées dans le budget initial 2025, comprennent :

- **Prévention renforcée** : mise en avant du rôle de la prévention des maladies en entreprise (tant primaire que secondaire). Peu de mesures concrètes ici, mais un engagement à promouvoir le *bien-être au travail* pour éviter les cas de longues maladies (ce volet reste le plus flou et dépendra de futurs accords avec partenaires sociaux).
- **Déclenchement plus rapide du trajet de réintégration** : il est explicitement prévu d'**accélérer** le processus. Désormais, un **employeur pourra initier un trajet de réintégration dès 2 mois d'absence via le médecin du travail** ⁸⁰, et même dès le **premier jour d'absence** si le travailleur est d'accord ⁸⁰. Par ailleurs, si le travailleur atteint 8 semaines d'incapacité, l'employeur doit obligatoirement informer le service de prévention des possibilités de reprise, et le **trajet de réintégration doit être enclenché au plus tard à 6 mois** d'absence pour les entreprises de plus de 20 salariés (sous peine d'amende) ⁸¹. C'est un net raccourcissement des délais par rapport à la situation antérieure où parfois rien n'était entrepris avant un an. En parallèle, le **délai pour entamer une procédure de licenciement médical passe à 6 mois** (voir ci-dessus). L'ensemble vise à **fixer le sort du travailleur dans les 6 à 9 mois** suivant son arrêt : soit il amorce une réadaptation, soit son contrat prend fin pour raison médicale, pour éviter les situations en suspens trop longues.
- **Responsabilisation de tous les acteurs** : l'accord insiste sur le fait que chaque partie prenante doit contribuer. **Les employeurs** doivent désormais mener une véritable politique interne d'absentéisme (prévention des risques, suivi des malades, recherche de reclassement interne ou externe) ⁸² ⁸³. Conformément aux décisions 2022, ils devront payer la cotisation de 30% sur deux mois d'absence ⁶⁰ et risquent des sanctions s'ils tardent à proposer une réintégration ⁸¹. **Les travailleurs** malades ont quant à eux une obligation de « *participation active* » : inscription au Forem/VDAB s'il reste une capacité de travail et qu'ils n'ont plus d'emploi ⁷⁰, suivi des formations ou orientations proposées, comparution aux visites médicales sous peine de sanction ³⁵ ³⁷. Il est même prévu que si **des possibilités de travail existent** (par exemple un poste adapté), le malade **ne pourra pas les refuser** sans motif valable ; s'il refuse la réintégration proposée, ses indemnités pourront être réduites de 10% ⁷². **Les médecins** sont aussi visés : le gouvernement souhaite que les médecins traitants collaborent plus étroitement avec les médecins du travail, notamment via les certificats d'aptitude partielle évoqués plus haut ⁷³. Des contrôles spécifiques sont envisagés pour repérer les médecins qui délivreraient un nombre anormal de certificats de complaisance ⁸⁴. Enfin, **les mutualités** devront intensifier leur suivi (avec les incitants financiers mentionnés) et être plus proactives pour orienter les invalides vers les bonnes structures. L'ensemble compose une stratégie globale où chacun voit ses responsabilités accrues.
- **Mesures ciblées sur la réorientation** : l'accord *Arizona* prévoit aussi de faciliter les transitions. Par exemple, il est mentionné que lors d'une réorientation professionnelle (formation en vue d'un autre métier) d'un malade de longue durée, la **présomption légale d'incapacité** sera supprimée ⁸⁵. Cette mesure technique signifie qu'actuellement, un invalide en reconversion continue de bénéficier de ses indemnités comme s'il était incapable de tout travail (présomption qu'il ne peut travailler) ; demain, en suivant une formation qualifiante, il pourrait perdre cette

protection et basculer sur un autre statut (sans doute chômage ou revenu de formation). Les mutualités critiquent vivement ce point : « *Plutôt que d'inciter et de protéger les malades qui se réorientent, le gouvernement préfère les exclure des mécanismes de protection sociale* »⁸⁶. En effet, cela pourrait décourager les malades d'entamer une formation par crainte de perdre leurs allocations d'invalidité pendant ce temps.

En somme, la période 2019-2025 a vu se déployer un **important train de réformes** autour des malades de longue durée. Si l'intention affichée est positive – aider ces personnes à retrouver un emploi dès que possible et garantir la viabilité de la sécurité sociale – beaucoup de ces mesures sont perçues comme un **tour de vis** à l'égard des malades. Le terme de « *chasse aux malades de longue durée* » a même été employé dans certains médias et par des opposants politiques⁸⁷. **Solidaris**, dans un communiqué intitulé « *On cible les malades... pas ce qui les rend malades* », accuse le gouvernement d'être un « *pompier pyromane* » : après avoir allongé les carrières et flexibilisé le marché du travail (ce qui use davantage les travailleurs), il tente d'éteindre l'incendie en pointant du doigt les victimes, c'est-à-dire les malades⁵⁰. **Audrey Bonnelance**, médecin généraliste, et **Xavier Brenez**, directeur des Mutualités libres, relèvent quant à eux que la plupart des idées de la réforme sont intéressantes sur papier, mais « *demandent des moyens humains et financiers importants* » pour être efficaces – moyens qui n'ont pas été prévus⁸⁸ ⁸⁹. Faute de renforcer la prévention en entreprise et d'investir dans l'accompagnement médico-psychosocial, ces réformes risquent de **pousser hors du système** certains malades sans réellement améliorer leur santé ou leur employabilité.

Dispositifs de ré intégration au travail et implications

Un volet central de la politique envers les malades de longue durée est l'organisation de leur **ré intégration professionnelle** quand cela est envisageable. La **philosophie actuelle** peut se résumer ainsi : éviter que l'incapacité ne devienne définitive si le travailleur conserve une certaine aptitude, et mobiliser tous les outils pour le ramener vers l'emploi (idéalement le sien, sinon un autre). Dans la pratique, plusieurs **dispositifs de ré intégration** existent ou sont en cours de réforme : le **trajet de ré intégration en entreprise**, la **reprise de travail autorisée à temps partiel** (évoquée plus haut), la **formation/reconversion professionnelle** pendant l'invalidité, et divers programmes d'accompagnement. Nous les passons en revue, ainsi que leurs résultats et limites.

Le trajet de ré intégration en entreprise

Instauré en 2017, le *trajet de ré intégration* est la procédure formelle par laquelle un travailleur en incapacité de longue durée et son employeur tentent d'envisager un **retour au travail adapté**. Son déroulement, fixé par l'arrêté royal du 28/10/2016, est schématiquement le suivant : après un certain temps d'absence (généralement 4 mois ou après réception d'un certificat d'invalidité de 6 mois), l'employeur ou le travailleur peut solliciter le médecin du travail (Conseiller en prévention – médecin du travail, CP-MT) pour une **évaluation des possibilités de reprise**. Le médecin du travail examine la personne et peut proposer : soit une **reprise du poste avec aménagement** (horaires réduits, adaptations ergonomiques, réaffectation à un autre poste compatible), soit constater l'**incapacité définitive** du salarié à reprendre **aucune** fonction dans l'entreprise. Sur cette base, un **plan de ré intégration** est élaboré avec l'employeur et le travailleur si une solution existe (mesures concrètes, calendrier de reprise progressive...), ou alors la procédure débouche sur une déclaration d'impossibilité de ré intégration. C'est cette dernière qui permet à l'employeur, après concertation, de procéder à un **licenciement pour force majeure médicale**, c'est-à-dire la rupture du contrat sans préavis ni indemnité compensatoire (mais avec l'obligation depuis 2019 de verser 1 800 € au Fonds RTW)⁶⁶.

Ce trajet se voulait une réponse équilibrée : tenter tout pour garder le salarié, et n'envisager la rupture qu'en **dernier recours** si vraiment aucun aménagement n'est possible. Cependant, dans la réalité, le bilan a été plutôt mitigé. Beaucoup de trajets de ré intégration entamés se sont conclus par un **C4 médical** (licenciement) plutôt que par une reprise effective d'un travail adapté. En effet, pour de nombreuses PME, il est difficile de reclasser une personne à la santé fragilisée, et la voie de la force majeure médicale a souvent été utilisée (parfois dès que le délai légal le permettait). Selon des données officieuses, sur les premières années, un nombre significatif de travailleurs passés par un trajet de ré intégration ont été **écartés de l'entreprise** faute de solution, se retrouvant soit au chômage, soit prolongés en invalidité mais sans employeur. Cet état de fait a conduit le gouvernement De Croo à **geler temporairement** la procédure courant 2021-2022 (moratoire sur certaines étapes), le temps de la repenser.

La **réforme de 2023-2024** du trajet de ré intégration vise à corriger ces écueils. Elle entre en vigueur au **1^{er} janvier 2026** et prévoit plusieurs changements ^{90 91} : délais accélérés (voir section précédente), plus grande implication du travailleur (qui peut lui-même initier le trajet plus tôt s'il le souhaite), et perspective élargie au-delà de l'entreprise actuelle. En effet, une nouveauté est d'envisager aussi la **réinsertion chez un autre employeur** en cas d'impossibilité dans l'entreprise d'origine ⁹². Ainsi, si l'employeur ne peut offrir de poste adapté, il devrait, avant de prononcer la force majeure, orienter le travailleur vers les services de l'emploi pour un **outplacement** ou une orientation vers un autre métier. Cela rejoint l'idée qu'une personne pourrait être reclassée sur le marché du travail général, plutôt que de sortir définitivement de l'emploi. Reste à voir comment cela sera mis en pratique : les synergies entre entreprises et services publics de l'emploi sont encore balbutiantes. Le Forem, par exemple, a lancé en Wallonie des cellules spécifiques pour les malades de longue durée, mais celles-ci manquent de moyens.

En outre, la réforme prévoit un **suivi médical plus poussé** tout au long du trajet : le médecin du travail pourra demander à revoir la personne durant son plan de ré intégration pour ajuster les mesures, et il pourra partager certaines informations médicales utiles avec le généraliste et le médecin-conseil via la plateforme électronique **TRIO** (avec accord du patient) ^{93 94}. Ceci afin d'assurer une meilleure coordination entre soignants sur ce que la personne peut ou ne peut pas faire. Il est également inscrit que **l'employeur doit établir une politique de prévention de la désinsertion** : par exemple, discuter en amont avec les travailleurs à risque (ceux qui ont des problèmes de santé récurrents) pour aménager leurs conditions de travail de manière préventive ^{95 96}.

Les implications du trajet de ré intégration sont ambivalentes : pour le travailleur, il offre une **chance de reprendre** son activité progressivement, ce qui est positif si c'est réalisable, mais il comporte aussi le risque **d'aboutir à un licenciement** en cas d'échec, avec perte de la sécurité de l'emploi. Pour l'employeur, c'est un processus qui demande du temps et parfois des aménagements coûteux, mais c'est aussi une manière de remplir son obligation de reclassement et d'éviter des sanctions. On constate aussi que ce trajet peut être perçu comme **intrusif** par certains malades, surtout quand il est initié tôt : être convoqué au bout de 2-3 mois de maladie pour parler retour au travail peut sembler brutal, notamment en plein traitement médical. Les médecins du travail, eux, alertent sur leur **charge de travail** accrue et sur le fait qu'ils ne sont pas assez nombreux pour gérer tous ces trajets supplémentaires (il y a pénurie de médecins du travail en Belgique). Ils craignent que la qualité du processus en souffre, chaque médecin devant suivre beaucoup plus de dossiers.

Reprise progressive du travail (mi-temps médical)

Nous avons déjà évoqué ce dispositif dans la partie droits, mais il mérite d'être souligné comme **outil majeur de ré intégration**. La reprise progressive permet en effet au malade de **tester ses capacités** sur le terrain, souvent avec l'accord bienveillant de son employeur, tout en gardant un filet de sécurité

(ses indemnités). De nombreux travailleurs l'utilisent après un burn-out, un cancer ou d'autres pathologies lourdes : ils recommencent par exemple à 1 jour/semaine, puis 2, puis à mi-temps, etc., sur plusieurs mois. La loi permet cette reprise partielle jusqu'à **2 ans** maximum (renouvelable) avec accord trimestriel du médecin-conseil. Toutefois, un problème apparu est que l'employeur ne devait pas payer le salaire pour les heures non prestées (couvertes par la mutuelle) et continuait parfois à bénéficier de la prestation partielle du travailleur pendant de très longs mois à moindre coût. Pour éviter les abus, depuis 2023, il a été décidé qu'au-delà de **20 semaines de reprise partielle** dans la même entreprise, l'employeur devrait de nouveau payer le salaire garanti pour les heures prestées autorisées (et ne plus laisser la mutuelle payer une partie du temps de travail) ⁹⁷. Cela vise à éviter que certains ne restent des années à mi-temps maladie quasi *gratis* pour l'employeur. Hormis ce correctif, la reprise progressive reste encouragée unanimement : c'est un dispositif gagnant-gagnant qui améliore nettement les chances de retour définitif à l'emploi.

Formation, reconversion et accompagnement vers un autre emploi

Un malade de longue durée n'est pas obligé d'attendre de guérir complètement pour préparer une nouvelle orientation. Au contraire, s'il est clair qu'il ne pourra plus exercer son ancien métier (par exemple un couvreur avec de graves problèmes de dos), il peut, **pendant son invalidité**, suivre des **formations** ou un **coaching** en vue d'un autre emploi. Les organismes régionaux de formation (comme le Forem en Wallonie) et les mutualités ont développé certains programmes spécifiques. Par exemple, la mutuelle de la Flandre (Mutualités libres) a mis en place un projet où des conseillers contactent les invalides pour proposer un plan de retour (*Back to work*). De même, l'ONEM, via des fonds européens, finance des parcours d'insertion pour les personnes éloignées du marché du travail pour raison de santé.

Cependant, comme souligné plus haut, un obstacle juridique se posait : durant ces formations, la personne est toujours officiellement "incapable de travailler" et protégée. L'idée du gouvernement de **lever la présomption d'incapacité** vise à la basculer vers un statut actif de demandeur de formation (et donc potentiellement vers le chômage ou un revenu d'insertion). Cette évolution est controversée : elle pourrait rendre le malade plus vulnérable (perte de l'indemnité maladie, passage à une allocation inférieure) au moment où il fait l'effort de se former. On attend encore les modalités pratiques de cette mesure.

En termes d'accompagnement, le constat courant est que les moyens manquent. Comme l'a déclaré Xavier Brenez : « *Idéalement, il faudrait accompagner davantage les gens... Mais il faut regarder les moyens : aujourd'hui ils sont insuffisants* » ⁹⁸ ⁹⁹. Actuellement, chaque mutualité dispose de quelques "coordinateurs retour au travail" qui font le lien avec les services de l'emploi. Mais vu le volume de malades (un coordinateur gère plusieurs milliers de dossiers), l'accompagnement personnalisé est rare. De même, l'ONEM n'intervient qu'une fois la personne sur le registre du chômage, ce qui est tardif. Ainsi, beaucoup de malades de longue durée se retrouvent à devoir eux-mêmes **nager dans des démarches administratives** s'ils veulent se requalifier : contacter le Forem pour voir quelles formations accessibles, obtenir l'accord du médecin-conseil pour suivre telle formation sans perdre ses droits, etc. Des améliorations sont en cours, comme la plateforme électronique **Trio** mentionnée, pour partager les informations entre acteurs et éviter de constamment solliciter le patient pour les mêmes justificatifs.

En bilan, les dispositifs de réintégration actuels en Belgique offrent un cadre assez complet sur le papier (trajet en entreprise, mi-temps médical, orientation externe, etc.), mais leur **efficacité réelle dépend du soutien humain et financier** déployé. Or, c'est précisément sur ces aspects que beaucoup soulignent un manque : manque de médecins du travail, manque de conseillers, manque de mesures de prévention en entreprise. Les nouvelles réformes renforcent l'arsenal de contraintes, mais **sans injecter significativement de ressources supplémentaires**. Cela fait craindre que l'on assiste plus à une

activation administrative des malades (contrôles, obligations) qu'à une réelle amélioration de leur sort. D'après une étude citée par la médecin du travail Lawrence Cuvelier, « *remettre une personne au travail* » est extrêmement difficile dans certains cas, par exemple « *pour des problèmes de dos* » ¹⁰⁰, et ce n'est pas en multipliant les injonctions que le problème de santé disparaîtra. Les experts plaident donc pour **adapter le travail à la personne** autant que l'inverse, et surtout pour s'attaquer en amont aux facteurs qui rendent les travailleurs malades (conditions de travail pénibles, stress, violences au travail, etc.) ¹⁰¹ ¹⁰² – faute de quoi, on continuera à remplir le réservoir des longues maladies.

Impacts sur la pension, le chômage et l'assurance soins de santé

La situation de maladie de longue durée a des conséquences à long terme sur les droits sociaux futurs de la personne, notamment en matière de **pension de retraite**, de **chômage** (si elle ne peut reprendre un emploi) et vis-à-vis de la **couverture santé** sur le long terme. Certaines des réformes récentes modifient ces impacts. Faisons le point sur chaque volet.

Impact sur la pension de retraite

Comme expliqué précédemment, les **périodes d'incapacité de travail** sont assimilées à du travail pour le calcul de la pension. Cela signifie qu'un invalide continue à constituer des droits de pension de retraite et qu'il peut, à l'âge légal, prétendre à une pension comme s'il avait travaillé ces années-là (avec un salaire fictif souvent inférieur à son salaire réel, ce qui peut légèrement baisser la moyenne de carrière). Jusqu'à présent, pour la pension légale à 65-67 ans (âge en augmentation progressive), cette assimilation restait **intégrale** : un invalide de 55 à 60 ans qui reste en invalidité jusqu'à la pension aura malgré tout ces 10 années comptées et aura droit à la pension minimum s'il totalise assez d'années avec assimilation.

La grande **nouveauté en 2025** concerne cependant la **pension anticipée** (avant l'âge légal) avec le système de **bonus-malus**. Désormais, partir plus tôt à la retraite entraînera un *malus* (réduction) si le travailleur n'a pas effectivement presté 35 ans (sur 42-44 ans de carrière requise). Et dans ce calcul, **les congés maladie ne comptent plus comme années prestées** ⁴². Cela signifie que beaucoup de personnes ayant connu des interruptions pour maladie seront frappées d'un malus si elles prennent leur pension anticipée. Par exemple, quelqu'un qui a travaillé 33 ans et a 2 ans de maladie ne totalise que 33 années *utiles* (35 exigées) : s'il prend sa pension à 63 ans, il subira un malus de 4% sur sa pension ⁴³ ⁴⁴. Même des personnes qui ont travaillé à **mi-temps** durant 40 ans, mais avec des absences maladie régulières, risquent d'être considérées en dessous du seuil (156 jours de travail par an non atteints certaines années) ⁴³. Le malus s'élèvera à 2 % par année manquante (puis 5 % pour les générations plus jeunes) ⁴³. En clair, **les malades de longue durée subiront plus souvent un malus que les autres, ce qui revient à baisser leur pension**.

Certes, s'ils attendent l'âge légal (66 ou 67 ans), ils n'auront pas de malus ; mais beaucoup de travailleurs usés par la maladie espéraient pouvoir partir un peu avant. De plus, le malus s'applique aussi aux pensions *tardives* bonifiées : un malade de longue durée qui voudrait prolonger son travail au-delà de 67 ans pour compenser sa carrière incomplète ne pourra pas annuler totalement l'effet de ses années d'invalidité. Il aura un **bonus** pour les années prestées en plus, mais ses années d'invalidité ne généreront pas de bonus puisqu'elles ne comptent pas comme travail.

Il faut noter que le gouvernement a mentionné prévoir des **atténuations** pour ceux qui ont eu de longues maladies (peut-être un mécanisme de neutralisation de quelques années de maladie dans le calcul du malus) ⁴⁶. Au moment de la rédaction (mi-2025), ces modalités ne sont pas encore claires. En l'état, la réforme des pensions introduit une **inégalité** entre les carrières "sans faute" et celles **frappées**

par la maladie. Alors qu'auparavant la solidarité assimilait ces périodes, on glisse vers une logique où la pension récompense uniquement le travail effectif.

Impact sur les droits au chômage

Pour un travailleur en invalidité qui ne peut pas retourner chez son employeur, la suite logique est souvent de passer par le **chômage** (s'il est encore en âge et capacité de travailler). Prenons le cas typique : une personne est en incapacité pendant 2 ans, son contrat de travail est rompu pour force majeure médicale faute de poste adapté, et à 50 ans elle est déclarée apte à un travail léger. Elle va alors s'inscrire comme demandeuse d'emploi. Quels sont ses droits au chômage ?

En Belgique, pour ouvrir le droit au chômage complet, il faut avoir travaillé un certain nombre de jours sur une période de référence (par exemple 312 jours sur 21 mois pour les plus de 36 ans). **Heureusement, les jours d'incapacité de maladie sont assimilés à des jours travaillés** pour cette condition ¹⁶. Ainsi, notre personne de l'exemple, même si elle n'a pas travaillé pendant 2 ans, remplira la condition comme si elle avait travaillé (puisque elle travaillait avant de tomber malade). Elle pourra donc toucher les **allocations de chômage**. Le montant de ces allocations sera calculé sur base de son dernier salaire de référence avant maladie (puisque elle sort d'une invalidité, on prend généralement le salaire antérieur plafonné, similaire au calcul de son indemnité) ¹⁰³. Elle entrera alors dans le système de dégressivité du chômage (65 % du dernier salaire plafonné les 3 premiers mois, puis ça baisse graduellement) ¹⁰⁴.

L'impact pour elle est qu'elle **perd le statut de malade** (et les indemnités associées) pour passer à un statut de chômeur. Cela signifie qu'elle doit être disponible pour un emploi, soumis aux mêmes contrôles que les autres chômeurs (obligation de chercher activement, etc.), ce qui peut être délicat si sa capacité de travail reste partielle. En théorie, si elle a encore des limitations médicales, elle peut être orientée vers des emplois adaptés, ou reconnue comme demandeuse d'emploi avec restrictions. L'ONEM prévoit des conseillers pour les personnes ayant des problèmes de santé, mais c'est assez peu structuré.

Une modification envisagée en 2025 est la **limitation dans le temps des allocations de chômage** ⁴⁷. Si elle se concrétise (par exemple maximum 2 ans d'allocation, sauf exceptions), cela pourrait mettre une pression supplémentaire sur les ex-malades. Car si au bout de X années la personne n'a pas retrouvé d'emploi, elle risque de se retrouver sans revenu du tout (à charge éventuellement du CPAS/ aide sociale). Vu que l'employabilité de ces publics n'est pas toujours aisée (certains ne pourront jamais retravailler à cause de séquelles permanentes : on estime que « *10 à 15 % des personnes atteintes de burn-out ne pourront jamais retravailler* » ¹⁰⁵), cette mesure pourrait créer une **nouvelle catégorie de précaires** : les invalides consolidés sans emploi ni droit au chômage. On touche ici aux frontières de notre système : actuellement, une personne qui reste invalide perçoit la mutuelle jusqu'à la pension ; si on la déclare apte mais qu'elle n'arrive pas à se réinsérer, le chômage prend le relais, potentiellement jusqu'à la pension (car aujourd'hui le chômage n'est pas limité dans le temps pour les plus âgés). Mais demain, avec un chômage plafonné dans le temps, on pourrait assister à des cas de personnes aux revenus nuls avant leur pension (sauf à demander le revenu d'intégration sociale).

Il faut souligner cependant une alternative qui existe : certaines personnes en invalidité de longue durée demandent à être reconnues en **handicap** par le SPF Sécurité sociale (Direction des personnes handicapées). Si elles obtiennent une reconnaissance d'incapacité résiduelle de minimum 33 %, elles peuvent prétendre à des **allocations d'insertion** ou allocations de remplacement de revenus (ARR) en cas de non-reprise d'emploi. Ces allocations, gérées séparément de l'INAMI et de l'ONEM, jouent un rôle de filet pour ceux qui ne rentrent ni dans la case "aptés au travail" ni dans "invalidé total". Toutefois, elles sont soumises à des conditions très strictes de revenus et montants assez faibles.

En résumé, l'impact sur le chômage dépend du **sor de la personne en fin de parcours d'invalidité**. Le dispositif idéal est qu'elle retrouve un emploi (donc plus besoin du chômage). Si ce n'est pas le cas, le chômage assure une continuité d'indemnisation mais tend à se restreindre. Les réformes récentes n'affectent pas directement le droit au chômage des malades (au contraire, elles obligent même certains malades à s'inscrire plus tôt au chômage comme on l'a vu), mais le virage vers un chômage temporaire limite leur horizon de sécurité. Les syndicats plaident pour que **tant que la personne est médicalement fragile**, elle ne soit pas considérée comme un chômeur ordinaire et qu'on maintienne des **passerelles** entre mutuelle et chômage sans trous. L'évolution reste à surveiller lors de l'application des nouvelles règles.

Impact sur l'assurance soins de santé à long terme

Pendant la période de maladie de longue durée elle-même, la personne est couverte par l'assurance maladie. La question se pose plus sur le **long terme** : quid après la période d'invalidité, par exemple à la retraite ? Sur ce point, il n'y a pas de spécificité : dès qu'on est pensionné, on bénéficie comme tout senior de l'assurance soins de santé (via la mutuelle de pensionné). Les années d'invalidité n'entraînent pas de perte de droits en matière de couverture maladie, et au contraire, plus tard, si la personne garde des séquelles, elle pourra potentiellement obtenir le **statut de malade chronique** (via sa mutuelle) qui donnera droit à certains avantages (réduction du plafond de frais de santé, etc.) ²².

En revanche, si la personne sort de l'invalidité pour aller au chômage ou sans revenu, il faut qu'elle reste affiliée à une mutuelle (en payant éventuellement une cotisation personnelle si elle n'a plus de statut ouvrant droit automatiquement). Heureusement, en Belgique, la plupart des prestations sociales "ouvrent le droit aux soins de santé" sans cotisation personnelle élevée. Un chômeur, par exemple, reste couvert en catégorie préférentielle. Une personne sans revenu peut s'inscrire à la mutuelle comme titulaire gratuit sous condition de bas revenus (via le CPAS souvent).

Ce qui pourrait en revanche affecter indirectement l'accès aux soins, ce sont les **mesures d'économie globales** dans la santé. Le budget serré de l'INAMI pourrait limiter à l'avenir le remboursement de certaines nouvelles thérapies ou réduire certains avantages. On a vu récemment des décisions comme la **fin du remboursement des consultations téléphoniques** avec le médecin généraliste, ce qui a un impact sur les malades chroniques qui s'y étaient habitués ¹⁰⁶. De même, une moindre revalorisation des honoraires pourrait pousser certains médecins à exiger plus de suppléments. Tout cela peut compliquer la vie des invalides qui ont souvent de nombreux suivis médicaux.

Il n'y a toutefois pas de réforme majeure en 2019-2025 qui retire explicitement aux malades de longue durée un droit en matière de soins de santé. Au contraire, la tendance a été de **renforcer** certains aspects : par exemple, un arrêté de 2021 a facilité l'octroi du **statut affection chronique** (qui donne droit au plafond préférentiel) en abaissant le seuil de dépenses de santé requis sur deux ans. Ce statut concerne une partie des malades de longue durée. De plus, les mutuelles proposent des **programmes "malades chroniques"** avec des interventions pour du matériel médical, des soins de convalescence, etc., bien que ce ne soit pas universel.

En conclusion, l'assurance soins de santé reste largement **protectrice** pour les malades de longue durée. Le principal enjeu pour eux en 2025 est moins la perte de couverture que la **continuité des soins** : il faut qu'ils continuent à se soigner correctement pendant leur invalidité (via un médecin généraliste, éventuellement un suivi psychologique, kinésithérapie, etc.). Or, si leurs revenus baissent beaucoup (ce qui arrive, surtout aux cohabitants taux 40 %), ils risquent de **reporter certains soins** par économie. C'est là que le statut BIM et le MAF social jouent un rôle crucial, en limitant l'impact financier.

Les politiques actuelles n'ont pas remis en cause ces dispositifs, ce qui est positif. Mais on pourrait recommander pour l'avenir d'améliorer encore l'accessibilité aux soins des personnes en incapacité prolongée : par exemple, développer le tiers-payant intégral (ne pas devoir avancer d'argent pour les soins), offrir des programmes de rééducation pluridisciplinaire gratuits (comme cela existe pour certaines pathologies via l'assurance obligatoire). Ces investissements dans la santé du malade de longue durée pourraient **accélérer sa guérison** et donc son retour à l'emploi, bouclant la boucle vertueuse. Malheureusement, dans un climat d'austérité, ces idées peinent à se concrétiser faute de budget.

Bilan actuel en 2025 et perspectives

Au terme de cette analyse, dressons un **bilan de la situation en 2025** pour les malades de longue durée en Belgique :

- **Tendance générale** : Le phénomène reste sur une **courbe ascendante**. Fin 2023, **526 507 personnes** étaient en incapacité de travail depuis plus d'un an ^{107 6} – un niveau record, en hausse d'environ +5 % par rapport à l'année précédente. Plus de la moitié de ces personnes (55 %) sont désormais reconnues comme **inaptes au travail jusqu'à la pension** par l'INAMI ¹⁰⁸, ce qui signifie concrètement qu'elles ne retravailleront plus et percevront une indemnité d'invalidité jusqu'à leur retraite. Ce pourcentage de "sortie définitive" a même augmenté sur le long terme (il était moindre il y a 10-15 ans), traduisant le vieillissement de la population invalide. Toutefois, l'INAMI nuance que la **proportion de malades de longue durée invalides à vie tend à diminuer** chez les nouvelles cohortes (signe peut-être d'une meilleure prise en charge précoce) ¹⁰⁹. Quoi qu'il en soit, la **soutenabilité financière** de ce demi-million de patients est au centre des préoccupations. Avec plus de **9 milliards €/an** d'indemnités versées ^{107 1}, le régime maladie-invalidité est devenu l'un des principaux postes de dépense de la sécu, surpassant même le chômage.
- **Droits sociaux** : Les malades de longue durée bénéficient toujours en 2025 d'un régime relativement protecteur comparé à d'autres pays. Ils conservent le droit à un **revenu de remplacement** (60 % puis 40-65 % du salaire plafonné) ^{8 13}, assuré sans limite de durée tant que dure l'incapacité (ce qui est plus généreux que certains pays limitant à 2 ou 5 ans). Ils gardent leur **affiliation sociale** (pension, soins de santé) et peuvent **revenir progressivement** via le mi-temps médical, qui est un atout. Ces droits n'ont pas été supprimés : par exemple, contrairement à certaines rumeurs, un congé maladie de longue durée reste bien considéré comme **période assimilée pour la pension** (pour la pension légale de retraite) ²⁶. Il y a eu à un moment des craintes que ce ne soit plus le cas (dans des notes de négociation en 2020, certains proposaient de ne plus assimiler toutes ces périodes ¹¹⁰), mais finalement le compromis a maintenu l'assimilation, ne jouant que sur le malus pour pension anticipée. Autre élément positif : le **maintien de la couverture médicale** n'est pas remis en cause, et même des progrès comme la mise en place du **Dossier Médical Global** (DMG) gratuit pour les patients chroniques aident ces malades à mieux coordonner leurs soins.
- **Évolution des politiques** : La période récente a vu un **renforcement des politiques d'activation**. En 2025, toute la panoplie de mesures de l'accord Arizona est en cours de déploiement : sanctions 10 %, obligations mutuelles, trajet de réintégration remanié pour 2026, etc. Il est sans doute trop tôt pour évaluer l'impact de ces mesures sur le **nombre de malades de longue durée**. Le gouvernement espère un ralentissement de la hausse, voire une baisse, en misant sur des retours au travail plus rapides. Des objectifs chiffrés ont été évoqués (par exemple, réduire de 50 000 le nombre d'invalides d'ici quelques années), mais leur atteignabilité

est incertaine. À l'inverse, certains craignent un **effet pervers** : des malades déclarés aptes "sur le papier" qui passeraient au chômage ou sans revenu, ce qui artificiellement ferait baisser les chiffres de l'INAMI mais en créant des précaires invisibles. Par ailleurs, on constate déjà une **démographie défavorable** : beaucoup d'invalides ont plus de 60 ans ⁴ et arrivent de toute façon en fin de carrière avec une santé dégradée, ce qui limitera l'effet des mesures d'activation sur eux. Le vrai test sera sur les plus jeunes malades (30-50 ans) : réussiront-ils davantage à se réorienter et retravailler ? Rendez-vous dans quelques années pour le mesurer.

- **Impacts individuels** : Pour les individus concernés, 2025 est une année charnière car de nombreux changements les affectent directement. Par exemple, un travailleur tombé malade début 2025 verra son **employeur impliqué dès 8 semaines** d'absence et risquant une cotisation s'il n'agit pas ⁸¹. S'il ne peut vraiment plus exercer son métier, il pourra se voir proposer une **rupture médicale dès 6 mois** (contre 9 auparavant) ⁶⁵, ce qui le renverra plus vite vers le statut de chômeur. Sur le plan financier, il devra être vigilant dans ses démarches administratives pour ne pas subir les **nouvelles sanctions** (bien renvoyer ses documents, se présenter aux contrôles). S'il envisage sa pension anticipée, il découvrira qu'**une partie de sa carrière n'est plus comptabilisée**, ce qui pourra le contraindre à travailler plus longtemps ou à accepter une pension réduite ⁴². Bref, la vie du malade de longue durée en 2025 est plus **encadrée, contrôlée et éventuellement pénalisée** qu'elle ne l'était cinq ans plus tôt. Cela peut créer un **sentiment d'insécurité** supplémentaire pour des personnes déjà fragilisées par la maladie.
- **Débat sociétal** : La situation des malades de longue durée est devenue un sujet de société, avec un large écho médiatique. Des enquêtes mettent en lumière des réalités comme le fait que **deux tiers des malades de longue durée sont des femmes** et explorent les causes (double charge travail-famille, métiers pénibles peu reconnus, etc.) ¹¹¹ ¹⁰¹. Des témoignages de **patients longue durée** apparaissent dans la presse, notamment de *covid longs* qui ont dû se battre pour faire reconnaître leur pathologie ¹¹². Les partenaires sociaux (syndicats, mutualités) se mobilisent : par exemple, la FGTB a organisé en 2025 deux journées d'étude nationales sur la réintégration des malades de longue durée ¹¹³, signe que le monde syndical prend ce dossier très au sérieux. On assiste aussi à une **polarisation politique** : certains partis prônent la ligne dure contre "l'inactivité" et applaudissent les mesures d'économie (citant le cas de l'Allemagne qui aurait autant de malades longue durée que nous est un *mythe* ; en réalité la Belgique est la plus mauvaise élève européenne en la matière ¹¹⁴). D'autres partis, au contraire, dénoncent une casse sociale et réclament plus de prévention et de bien-être au travail plutôt que des sanctions.

En guise de **conclusion**, on peut dire que la Belgique est en 2025 à la croisée des chemins quant à la gestion des malades de longue durée. Le **défi** est double : **humain** (garantir la dignité, les droits et la santé de centaines de milliers de personnes souvent vulnérables) et **économique** (maîtriser l'un des postes les plus dynamiques de la sécurité sociale sans démanteler la solidarité). Les dernières réformes témoignent d'une **volonté d'agir** enfin sur ce problème resté longtemps sans réponses fortes. Cependant, elles privilégièrent une approche budgétaire et contraignante qui, selon beaucoup d'experts, risque de **manquer sa cible** si elle n'est pas accompagnée d'investissements dans les *vraies solutions* : **l'amélioration des conditions de travail** (pour éviter que les travailleurs ne tombent malades en masse) et le **renforcement de l'accompagnement médical et social** des personnes déjà malades (pour augmenter réellement leurs chances de guérir et de se réinsérer). En d'autres termes, **sanctionner le malade ne le rend pas plus sain** : c'est en améliorant l'environnement de travail et en soutenant le malade dans son parcours de soin qu'on réduira durablement le fléau des maladies de longue durée ⁵⁰ ¹¹⁵.

Les prochains mois/années seront décisifs pour évaluer l'impact de ces politiques. Les indicateurs à suivre seront : l'**évolution du nombre** de malades de longue durée (stagne-t-il ? diminue-t-il enfin ?), le

taux de retour à l'emploi effectif (combien sortent de l'invalidité pour retravailler, et y restent), le **profil des sortants** (ne crée-t-on pas juste une évaporation administrative ?), et bien sûr le **ressenti des personnes concernées** (via des enquêtes de satisfaction, etc.). D'ici là, ce dossier permet d'avoir une photographie de la situation en 2025, avec ses forces (un système de protection sociale encore présent) et ses faiblesses (une tendance à l'austérité et à la stigmatisation). Il servira de base de comparaison pour analyser l'actualité à venir dans ce domaine crucial alliant santé, travail et protection sociale.

Sources principales documentaires :

- Données chiffrées et mesures : RTBF Info et Belga (2025), **SPF Sécurité sociale** – Exposé Budget 2025 [48](#) [30](#), communiqué **Solidaris** (avril 2025) [4](#) [38](#), analyses de la **CSC** [116](#) [42](#).
- Cadre légal et chiffres : INAMI (FAQ indemnités) [10](#) [117](#), CLEISS France (régime belge) [8](#) [13](#), ONEM/SPF Emploi [29](#).
- Analyses et réactions : Émissions et articles RTBF (« Les Clés », décryptages) [118](#) [89](#), **L'Echo** (via RTBF) [108](#) [119](#), dossier **Mutualités Libres** & Sciensano sur femmes et invalidité [3](#) [111](#).
- Textes en ligne : Blog Forum for the Future (2025) [62](#) [120](#), Guide Social (réforme réintégration 2026) [90](#), documents FGTB et PTB (notes sur pensions et Arizona) [42](#) [121](#).

(Toutes les citations référencées dans le texte proviennent de ces sources. Dernière mise à jour : août 2025.)

[1](#) [55](#) [60](#) [61](#) [65](#) [72](#) [77](#) [81](#) Mesures de l'Arizona : le C4 médical désormais autorisé après six mois d'absence, au lieu de neuf - RTBF Actus

<https://www.rtbf.be/article/mesures-de-l-arizona-le-licenciement-pour-force-majeure-medicale-autorise-apres-6-mois-11535690>

[2](#) [3](#) [5](#) [100](#) [101](#) [102](#) [111](#) Remettre les malades de longue durée au travail : deux tiers d'entre eux sont des femmes - RTBF Actus

<https://www.rtbf.be/article/remettre-les-malades-de-longue-duree-au-travail-deux-tiers-d-entre-eux-sont-des-femmes-11500270>

[4](#) [38](#) [40](#) [41](#) [49](#) [50](#) [67](#) [68](#) [69](#) [76](#) [85](#) [86](#) [115](#) solidaris-wallonie.be

<https://solidaris-wallonie.be/communique-de-presse/reforme-des-malades-de-longue-duree-on-cible-les-malades-pas-ce-qui-les-rend-malades>

[6](#) [106](#) [107](#) [108](#) [109](#) [112](#) [114](#) [119](#) Près de 300.000 malades de longue durée en incapacité de travail jusqu'à leur pension - RTBF Actus

<https://www.rtbf.be/article/pres-de-300-000-malades-de-longue-duree-en-incapacite-de-travail-jusqu-a-leur-pension-11515785>

[7](#) [8](#) [9](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [103](#) L'assurance maladie-invalidité en Belgique (salariés)

https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_belgique_s2.html

[10](#) [16](#) [117](#) Indemnités d'incapacité de travail - Questions fréquemment posées - FAQ | INAMI

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-de-travail/salaries-et-chomeurs/questions-frequemment-posees-faq>

[15](#) [29](#) Chômage complet - SPF Emploi - Travail et Concertation sociale

<https://emploi.belgique.be/fr/themes/chomage-et-retour-au-travail/chomage-complet>

[26](#) Quand puis-je prendre ma pension ? | Service fédéral des Pensions

<https://www.sfpd.fgov.be/fr/age-de-la-pension/quand/>

- 27 44 45 46 121 Comment fonctionnent les bonus et malus pension ? Pouvez-vous encore prendre une pension anticipée ? Quid des temps partiels ? - RTBF Actus
<https://www.rtbf.be/article/comment-fonctionnent-les-bonus-et-malus-pension-pouvez-vous-encore-prendre-une-pension-anticipee-quid-des-temps-partiels-11582269>
- 28 Malade pour une longue durée: quel impact sur ma pension? - Curalia
<https://www.curalia.be/fr/nouveautes/malade-pour-une-longue-duree-quel-impact-sur-ma-pension-0>
- 30 47 48 Exposé général sur le budget initial 2025 | Service Public Fédéral - Sécurité Sociale
<https://socialsecurity.belgium.be/fr/news/expose-general-sur-le-budget-initial-2025-08-05-2025>
- 31 33 39 42 43 71 80 116 Les malades de longue durée
<https://www.lacsc.be/actualite/campagnes/le-nouveau-gouvernement-nous-pr-pare-t-il-un-d-sert-de-l-arizona/malade-de-longue-duree>
- 32 34 35 36 37 62 63 64 66 78 93 94 95 96 97 120 Réintégration des malades de longue durée en 2025: tout ce que vous devez savoir sur l'incapacité de travail
<https://blog.forumforthefuture.be/fr/article/reintegration-des-malades-de-longue-duree-en-2025-tout-ce-que-vous-devez-savoir-sur-lincapacite-de-travail/27528>
- 51 [PDF] L'activation des personnes en incapacité de longue durée en chiffres
https://federgon.be/fileadmin/media/pdf/fr/Etude_-_L_incapacite_de_travail_en_chiffres_17-03-2022.pdf
- 52 [PDF] Malades de longue durée - Mesures de réintégration sur le marché ...
https://www.ccrek.be/sites/default/files/Docs/2024_35_MaladesDeLongueDuree.pdf
- 53 Qui trouvera le remède à l'épidémie de malades de longue durée?
<https://www.lecho.be/dossiers/emploi/qui-trouvera-le-remede-a-l-epidemie-de-malades-de-longue-duree/10546554.html>
- 54 87 La chasse aux malades de longue durée | LAVA
<https://lavamedia.be/fr/la-chasse-aux-malades-de-longue-duree/>
- 56 Le coût lié aux malades de longue durée a atteint plus de 21 ...
<https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/le-cout-lie-aux-malades-de-longue-duree-a-atteint-plus-de-21-milliards-eur-en-2019.html>
- 57 58 59 70 79 82 83 92 Mensura | Accord gouvernemental : nouvelles mesures en matière...
<https://www.verzuimbeleid.be/fr/blog/accord-gouvernemental-mesures-absenteisme>
- 73 74 75 84 88 89 98 99 105 118 Malades de longue durée : le gouvernement ne se donne pas les moyens de ses ambitions - RTBF Actus
<https://www.rtbf.be/article/malades-de-longue-duree-le-gouvernement-ne-se-donne-pas-les-moyens-de-ses-ambitions-11549772>
- 90 Réinsertion professionnelle : un nouveau cadre pour les malades ...
<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/reinsertion-professionnelle-un-nouveau-cadre-pour-les-malades-de-longue-duree>
- 91 Le congé maladie restera considéré comme une période assimilée ...
<https://www.facebook.com/dhnet/posts/le-cong%C3%A9-maladie-restera-consider%C3%A9e-%C3%A9-comme-une-p%C3%A9riode-assimil%C3%A9e-pour-la-constitut/1027775042716980/>
- 104 A combien s'élève votre allocation après une occupation ? - ONEM
<https://www.onem.be/citoyens/chomage-complet/a-combien-s-eleve-votre-allocation-/a-combien-s-eleve-votre-allocation-apres-une-occupation->
- 110 [PDF] Mesures en matière de pension - notes formateur De Wever - FGTB
<https://fgtb.be/sites/default/files/2025-01/Note%20De%20Wever-Bouchez%20-%20notre%20dossier%20pensions.pdf>
- 113 Deux journées d'étude sur la réintégration des malades de longue ...
<https://fgtb.be/echo/deux-journees-detude-sur-la-reintegration-des-malades-de-longue-duree-la-veille-dune-grande>