

Profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire

Tonio Di Zinno, Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken



ETUDE

Profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire

Direction Études

Table des matières

INTRODUCTION.....	6
1. Règlementation.....	8
1.1 Reconnaissance médicale	8
1.2 Conditions d’octroi et montants des indemnités	8
1.2.1 Pour les salariés	9
1.2.2 Pour les chômeurs.....	9
2. Données et méthodologie	10
2.1 Données	10
2.2 Méthodologie	10
2.2.1 Population des titulaires indemnissables primaires	10
2.2.2 Population en incapacité de travail primaire	10
2.2.3 Population qui n’est pas en incapacité de travail primaire	10
3. Résultats.....	11
3.1 Titulaires indemnissables primaires et titulaires en incapacité de travail primaire	11
3.2 Profil démographique et socio-économique	12
3.2.1 Sexe et âge	12
3.2.2 Situation familiale	13
3.2.3 Statut social	13
3.2.4 Régime	13
3.2.5 Chômage	14
3.2.6 Région de résidence.....	15
3.2.7 Impact des facteurs démographiques et socio-économiques sur le risque d’être en incapacité de travail primaire	16
3.3 Etat de santé	18
3.3.1 Maladie chronique et décès	18
3.3.2 Médicaments	19
3.3.3 Hospitalisation	20
3.4 Consommation de soins de santé et accessibilité	21
3.4.1 Prestations de soins de santé	21
3.4.2 Coûts des soins de santé et perte de revenus	22
3.4.3 Accessibilité aux soins de santé.....	25
CONCLUSION	27
RECOMMANDATIONS	28
ANNEXES	30

Table des figures

Figure 1 : Evolution du nombre d'affiliés de Solidaris Mutualité en incapacité de travail primaire et en invalidité, 2003-2012	7
Figure 2 : Evolution du nombre de personnes en incapacité de travail primaire, 2003-2012	11
Figure 3 : Taux d'incapacité de travail primaire et taux d'invalidité par classe d'âge, 2012...	12
Figure 4 : Taux d'incapacité de travail primaire selon le statut social, 2012.....	13
Figure 5 : Taux d'incapacité de travail primaire parmi les personnes ayant eu au moins un épisode de chômage, 2012	14
Figure 6 : Taux d'incapacité de travail primaire par région, 2012.....	16
Figure 7 : Pourcentage de malades chroniques et de décès, 2012	18
Figure 8 : Taux d'incapacité de travail primaire parmi les personnes souffrant de maladies chroniques et parmi celles décédant dans l'année, 2012.....	19
Figure 9 : Pourcentage de la population avec au moins une délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques, 2012.....	20
Figure 10 : Coûts de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient et l'assurance maladie, 2012.....	23
Figure 11 : Pourcentage de personnes ayant ouvert un DMG, 2012	25
Figure 12 : Pourcentage de personnes s'étant vues facturer en TPS, 2012	26

Table des tableaux

Tableau 1 : Montant des indemnités maladie du 7 ^{ème} au 12 ^{ème} mois (au 01.04.2015).....	9
Tableau 2 : Probabilité d'être en incapacité de travail primaire	17
Tableau 3 : Consommation de médicaments, 2012	19
Tableau 4 : Pourcentage de personnes hospitalisées et durée de séjour moyenne par patient, 2012	20
Tableau 5 : Pourcentage de personnes hospitalisées en one day, 2012	21
Tableau 6 : Contacts avec un médecin généraliste, 2012.....	21
Tableau 7 : Contacts avec un médecin spécialiste, 2012.....	22
Tableau 8 : Contacts avec un dentiste, 2012	22
Tableau 9 : Distribution des dépenses de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient, 2012	23
Tableau 10 : Dépenses totales de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient et l'assurance maladie, 2012.....	24

INTRODUCTION

La question de l'incapacité de travail relève d'un problème de santé publique dont les enjeux sont considérables. Les personnes en incapacité de travail prolongée cumulent leurs problèmes de santé avec une inactivité professionnelle entraînant des revenus moindres et, par conséquent, un plus grand risque de pauvreté. L'incapacité de travail prolongée peut aussi aggraver les problèmes de santé, l'isolement social qui en résulte induisant des troubles dépressifs et éventuellement des conduites addictives.

Le secteur des indemnités représente également un enjeu budgétaire. En effet, ce secteur a un poids non négligeable dans la Sécurité sociale – d'autant plus qu'il concerne un groupe important de personnes qui sortent du marché du travail pour une longue période – et il est étroitement lié au secteur des soins de santé. A l'instar de ce qui a été observé ces dernières années, il risque de croître tant en termes d'effectifs qu'en termes de dépenses, sous l'effet des politiques en matière de fin de carrière¹ – notamment le recul de l'âge de la pension et de la prépension – et de l'expansion de nouveaux troubles de santé, en particulier ceux liés à la charge psychosociale sur les lieux du travail.

En 2013, selon les chiffres de l'Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI), on comptabilisait au niveau national près de 320.000 salariés et indépendants en incapacité de travail d'au moins un an (invalidité) et plus de 400.000 personnes avec un épisode d'incapacité de travail de moins d'un an (incapacité de travail primaire)². Les dépenses de ce secteur s'élèvent, en 2014, à environ 6 milliards € (dont 4,3 milliards € pour le régime de l'invalidité et 1,7 milliard € pour l'incapacité de travail primaire)³. Par ailleurs, c'est pour ce secteur de la Sécurité sociale que l'on observe la croissance des dépenses la plus soutenue : les dépenses ont été multipliées par deux en dix ans (soit +3 milliards € depuis 2003).

Les chiffres de Solidaris Mutualité (régime général uniquement⁴) montrent également une évolution importante dans le secteur des indemnités. En 2012, on comptabilisait environ 260.000 affiliés de Solidaris Mutualité indemnisés pour une incapacité de travail (incapacité primaire et invalidité) alors qu'ils étaient 195.000 en 2003. Parmi ceux-ci, 154.000 affiliés ont été indemnisés pour une incapacité de travail primaire (soit une augmentation de 24,5% par rapport à 2003) et 106.000 sont en invalidité (soit une augmentation de près de 50%). En 2012, c'est près d'un de nos affiliés de 20-64 ans sur sept qui a connu un épisode d'incapacité de travail primaire, ce rapport étant stable ces dix dernières années.

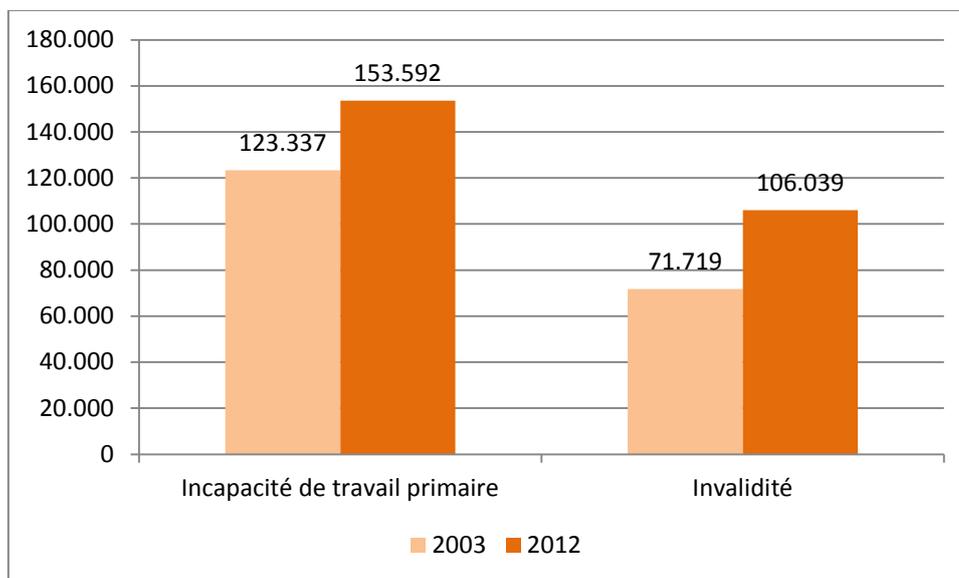
¹ Un récent rapport de l'INAMI souligne que les mesures prises par le gouvernement en matière de fin de carrière, sans mesure d'accompagnement, conduiront à un absentéisme croissant (Institut National de l'Assurance Maladie - Invalidité (INAMI), 2015, « Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail. Analyse et facteurs explicatifs », 48 p.).

² Précisons qu'il s'agit des incapacités de travail primaires pour lesquelles on observe au moins un jour d'indemnisation de la part de l'assurance maladie-invalidité, soit après la période de salaire garanti par l'employeur (14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés).

³ Dépenses à l'exclusion des congés de maternité, de naissance et d'adoption.

⁴ Pour plus amples détails, se référer au deuxième chapitre consacré aux données et à la méthodologie utilisée.

Figure 1 : Evolution du nombre d'affiliés de Solidaris Mutualité en incapacité de travail primaire et en invalidité, 2003-2012



Source : Solidaris Mutualité

Cette étude s'inscrit dans ce contexte et a pour objectif d'analyser le profil des personnes en incapacité de travail. Pour des considérations méthodologiques et pratiques, nous étudions ici uniquement les incapacités de travail primaires (après la période de salaire garanti couverte par l'employeur), soit celles dont la durée d'incapacité de travail est de maximum 12 mois et pour lesquelles l'assurance maladie-invalidité intervient. En effet, l'incapacité de travail primaire et l'invalidité recouvre des problématiques différentes, parfois complexes, et une population fort hétérogène. Nous avons donc préféré limiter cette étude aux incapacités de travail primaires afin de pouvoir analyser cette problématique de manière approfondie. Différentes dimensions sont prises en compte dans l'analyse : le profil démographique et socio-économique, l'état de santé, la consommation et l'accessibilité aux soins de santé.

Précisons ici qu'il s'agit des incapacités de travail primaires pour lesquelles on observe une indemnisation de la part de l'assurance maladie-invalidité, soit après la période de salaire garanti (14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés). Par ailleurs, seules les incapacités de travail primaires du régime général sont considérées dans cette étude. Cela représente la majorité des jours d'incapacité de travail primaire : selon les chiffres de l'INAMI⁵, en 2012, le régime général (employé et ouvrier) représentait 94% des jours indemnisés contre 6% pour le régime indépendant.

⁵ Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI), 2014, « Rapport annuel 2013 », 160 p.

1. REGLEMENTATION

Seule la réglementation concernant les incapacités de travail primaires *stricto sensu* pour les personnes du régime général est reprise car cette étude s'intéresse uniquement à cette population.

1.1. Reconnaissance médicale

« Est reconnu incapable de travailler le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle »⁶.

En d'autres mots, toute personne est en incapacité de travail lorsque :

- Elle a le statut de travailleur salarié (ouvrier ou employé) ou est au chômage ;
- Elle a cessé toute activité – c'est-à-dire son travail, une profession accessoire, à l'exception du travail volontaire – à la suite d'une maladie ou d'un accident (à la condition qu'il ne s'agisse pas d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail) ;
- Sa capacité de gain restante est égale ou inférieure à 33% par rapport à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail.

La reconnaissance médicale est prise par le médecin-conseil de la mutualité dans le cas d'une incapacité primaire.

1.2. Conditions d'octroi et montants des indemnités

Lorsqu'une personne active est dans l'impossibilité de travailler pour des raisons médicales, un revenu de remplacement destiné à l'aider financièrement est prévu.

Pour avoir droit aux indemnités d'incapacité de travail, l'affilié doit entreprendre certaines démarches :

- S'il travaille, prévenir son employeur et lui envoyer (ou remettre) un certificat d'incapacité de travail dans les temps (le délai est généralement de 48 heures). L'assuré a alors droit au salaire garanti versé par l'employeur pendant 14 jours s'il est ouvrier⁷ ou 30 jours s'il est employé⁸.
- Prévenir dans les temps la mutualité de son incapacité de travail pour que la mutualité puisse payer les indemnités après la période de salaire garanti (ou intervenir directement dans le cas d'un chômeur) et envoyer à la mutualité le certificat médical d'incapacité de travail original proposé par la mutualité (ce certificat spécifique doit être daté et signé par le médecin généraliste ou spécialiste et correctement rempli)⁹.

Le montant de l'indemnité de maladie varie en fonction du salaire ou de l'allocation de chômage, de la durée de l'incapacité de travail et de la situation familiale.

⁶ Art. 100, §1 et 2, 101, L. du 14.07.1994.

⁷ Il n'y a pas de période de salaire garanti si l'ouvrier a moins d'un mois d'ancienneté.

⁸ Pour les employés sous contrat à durée déterminée ou travail nettement défini de moins de 3 mois : pas de salaire garanti si l'intéressé travaille depuis moins d'un mois et salaire garanti de 14 jours s'il travaille depuis au moins un mois.

⁹ En règle générale, il faut envoyer le certificat médical au médecin-conseil de la mutualité dans les 48 heures suivant le début de l'incapacité de travail.

1.2.1 Pour les salariés

Après la période de salaire garanti jusqu'au 6^{ème} mois, les indemnités maladie représentent 60% du salaire perdu plafonné à 3.464,43 €¹⁰, soit une indemnité maximale de 2.078,66 €¹¹.

Du 7^{ème} au 12^{ème} mois, l'indemnité est soit identique à celle des six premiers mois, soit adaptée en fonction de la situation familiale ou de la carrière professionnelle. Elle reste plafonnée à 2.078,66 € pour une incapacité de travail ayant débuté à partir du 01.04.2015. Il existe également un minimum correspondant à la notion de « minimum de moyens d'existence » (soit le revenu d'intégration sociale accordé par les CPAS).

En outre, un précompte professionnel est prélevé sur les indemnités¹².

Tableau 1 : Montant des indemnités maladie du 7^{ème} au 12^{ème} mois (au 01.04.2015)

	Minimum Travailleur régulier ¹³	Minimum Travailleur non régulier
Chef de ménage	1.403,73 €	1.089,82 €
Isolé	1.123,34 €	817,36 €
Cohabitant	963,18 €	817,36 €

Source : INAMI

1.2.2 Pour les chômeurs

Durant les six premiers mois, le montant de l'indemnité journalière d'incapacité de travail est le même que celui des allocations de chômage, sauf si le taux perçu au chômage est supérieur à 60% du salaire brut sur base duquel l'allocation de chômage est calculée (soit le salaire perdu)¹⁴. Dans ce cas, l'indemnité journalière doit être limitée à 60% du salaire perdu chômage. Cette mesure d'alignement sur l'indemnité la plus basse, prévue dans la Loi programme 2015 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015, peut entraîner une diminution du taux journalier durant les six premiers mois, ce qui n'était pas le cas avant. En effet, auparavant, le régime chômage (65% de la dernière rémunération) était plus avantageux que celui des indemnités (60%) durant les trois premiers mois (sauf pour les salaires élevés, cf. plafond). Cette mesure a entraîné une diminution sensible des indemnités pour les chômeurs qui tombent en maladie durant les trois premiers mois de la période de chômage et qui bénéficiaient dans le régime chômage d'une allocation égale à 65% de la rémunération perdue ainsi que des travailleurs qui bénéficiaient du minima chômage ou d'allocation d'insertion dont le montant est supérieur au montant de l'indemnité calculée sur 60% de la rémunération perdue.

A partir du 7^{ème} mois, les règles de calcul pour les indemnités sont les mêmes et soumises aux mêmes montants maxima et minima que pour les salariés (voir tableau 1).

¹⁰ Calculé sur base du plafond journalier AMI de 133,2473 € à partir du 01.04.2015 et sur base de 26 jours.

¹¹ La grille des différents montants et des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé est reprise en annexe (voir Annexe 1).

¹² Ce prélèvement s'élève à 11,11% de l'indemnité primaire durant les 6 premiers mois d'incapacité de travail pour les actifs non-chômeurs ou 10,09% pour les chômeurs déjà soumis au précompte. A partir du 7^{ème} mois, le précompte est de 11,11% pour tous.

¹³ Pour être considéré comme travailleur régulier, il faut : avoir 21 ans minimum, ou en dessous de 21 ans avec charge de famille ; avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis 6 mois au moins au début de l'incapacité de travail ; justifier 120 jours ou 400 heures de travail effectif dans la carrière professionnelle ; totaliser, au cours de la période de référence, un nombre de jours de travail ou assimilés, correspondant au moins aux 3/4 des jours ouvrables de cette période ; justifier pour cette période de référence, d'une rémunération journalière moyenne qui varie selon l'âge et le début de l'incapacité.

¹⁴ Quelle que soit la situation familiale, l'allocation de chômage est égale à 65% de la dernière rémunération durant les 3^{ers} mois (allocation plafonnée à 1.603,16 €) et 60% du 4^{ème} au 12^{ème} mois (allocation plafonnée à 1.479,92€ du 4^{ème} au 6^{ème} mois et à 1.379,30€ du 7^{ème} au 12^{ème} mois).

2. DONNEES ET METHODOLOGIE

2.1 Données

Cette étude est réalisée sur base des données du Data Mart PRAFFI (profil affilié), du flux AGORA (relatif aux incapacités de travail) ainsi que du Data Warehouse Soins de santé pour l'année 2012.

2.2 Méthodologie

Pour réaliser cette étude, on « prend une photo » de trois populations distinctes au 31/12/2012 sur base desquelles une série d'indicateurs (démographiques, socio-économiques, état de santé, consommation de soins de santé et accessibilité aux soins de santé) sont calculés. On calcule également le taux d'incapacité de travail primaire comme suit :

$$\text{Taux d'incapacité de travail primaire} = \frac{\text{Nombre de titulaires en incapacité de travail primaire}}{\text{Nombre de titulaires indemnisables primaires}}$$

En outre, nous réalisons une régression logistique pour estimer l'impact de différents facteurs (âge, sexe, région, statut social, chômage...) sur la probabilité d'être en incapacité de travail primaire.

2.2.1 Population des titulaires indemnisables primaires

Il s'agit des assurés sociaux âgés de 20-64 ans (population active en emploi et personnes au chômage), soit l'ensemble de la population qui peut prétendre à une indemnité pour incapacité de travail. Sont exclus les fonctionnaires¹⁵, les travailleurs indépendants, les personnes en invalidité, les prépensionnés et finalement les femmes qui ont été en congé de maternité en 2012¹⁶.

2.2.2 Population en incapacité de travail primaire

Il s'agit des titulaires indemnisables primaires (définis comme tels ci-dessus) pour lesquels on observe au moins un jour d'indemnisation pour une incapacité de travail primaire entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012. Il ne s'agit pas uniquement des entrées en incapacité de travail mais sont également reprises les personnes qui étaient déjà en incapacité de travail en 2011 et dont l'incapacité s'est poursuivie en 2012. Sont exclues les incapacités de travail ayant trait aux congés pour les parents (congé de maternité et de paternité). Par ailleurs, les cas d'incapacité de travail primaire dont la durée n'est pas supérieure à la période de salaire garanti (14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés) et qui ne donnent pas lieu à une indemnisation par l'AMI ne sont pas repris¹⁷. Dans cette étude, on n'analyse donc pas l'absentéisme mais le recours aux indemnités.

2.2.3 Population qui n'est pas en incapacité de travail primaire

Il s'agit de la population des titulaires indemnisables primaires à l'exclusion des personnes en incapacité de travail primaire¹⁸.

¹⁵ A l'exception des agents contractuels car ils sont repris dans le régime général.

¹⁶ Ceci afin de ne pas biaiser les résultats dans la mesure où la consommation et les coûts des soins de santé ainsi que le fait d'être hospitalisé est en partie directement lié à la grossesse et l'accouchement pour ces femmes.

¹⁷ Les chômeurs sont, quant à eux, directement indemnisés par l'AMI.

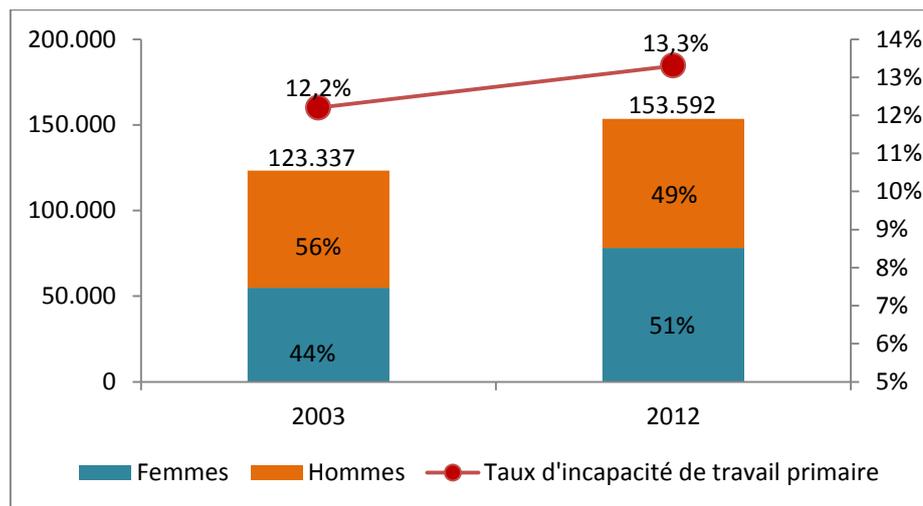
¹⁸ Un tableau reprenant la composition de la population et les populations éliminées en fonction des différents critères retenus dans l'analyse est disponible en annexe (voir Annexe 2).

3 RESULTATS

3.1 Titulaires indemnisables primaires et titulaires en incapacité de travail primaire

Le nombre de personnes en incapacité de travail primaire (IT) est passé de 123.337 en 2003 à 153.592 en 2012, ce qui représente une augmentation de 24%.

Figure 2 : Evolution du nombre de personnes en incapacité de travail primaire, 2003-2012



Source : Solidaris Mutualité

Cette hausse s'explique notamment par les évolutions structurelles de la société :

- Avec le vieillissement de la population¹⁹, davantage de personnes se retrouvent en incapacité de travail en raison d'une moins bonne santé générale²⁰.
- La participation accrue des femmes au marché du travail – en particulier l'évolution de l'emploi des femmes de moins de 50 ans – et le relèvement progressif de l'âge de la pension des femmes de 60 à 65 ans entre 1997 et 2009 explique également cette hausse. On constate que l'augmentation du nombre de personnes en IT a été relativement plus prononcée parmi les femmes : entre 2003 et 2012, le nombre de femmes en IT est passé de 54.875 à 78.245 (+43%) alors que le nombre d'hommes en IT est passé de 68.462 à 75.347 (+10%)²¹. Le taux d'incapacité de travail primaire a ainsi augmenté parmi les femmes (de 12,1 à 14,6%) alors qu'il est resté stable parmi les hommes (12,2%).
- D'autres facteurs interviennent aussi dont ceux liés à la progression de nouvelles pathologies, en particulier des troubles psychiques et mentaux qui impliquent des incapacités de travail de longue durée. Selon les données de l'INAMI²², les troubles

¹⁹ Entre 2003 et 2012, l'âge moyen des TIP a augmenté de deux ans environ, quel que soit le sexe. Le poids des 45-54 ans, pour lesquels on observe le plus haut taux d'incapacité de travail primaire, dans la population est passé de 21,6% à 24,1%.

²⁰ Meeusen et Nys, 2013, « La composition croissante et changeante de la population active a-t-elle eu un impact sur l'incapacité de travail ? Analyses empiriques pour la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et le Danemark », Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Université d'Anvers, 23 p.

²¹ La forte hausse des femmes en incapacité de travail primaire (+43%) s'explique en partie par la hausse des titulaires indemnisables primaires qui a été plus prononcée parmi les femmes (+18% contre +10% parmi les hommes).

²² Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI), *Statistiques des indemnités*, http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_indemnitees_2012_2013.pdf

mentaux sont la première cause d'invalidité et représentent 34,8% de l'effectif, devant les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (28,7%) ; ces deux groupes étant des maladies dont la durée de guérison est généralement la plus longue. En d'autres mots, plus de trois personnes sur dix sont en invalidité suite à des problèmes de santé mentale.

Mais elle s'explique surtout par l'évolution démographique, soit l'augmentation de la population des titulaires indemnisables primaires²³. En effet, on observe que la proportion de personnes en incapacité de travail primaire parmi la population TIP – soit le taux d'incapacité de travail primaire – est passé de 12,2% à 13,3% entre 2003 et 2012. Ce pourcentage apparaît ainsi relativement stable sur la période. En 2012, une personne de 20-64 ans sur sept a été indemnisée au moins un jour pour une incapacité de travail primaire.

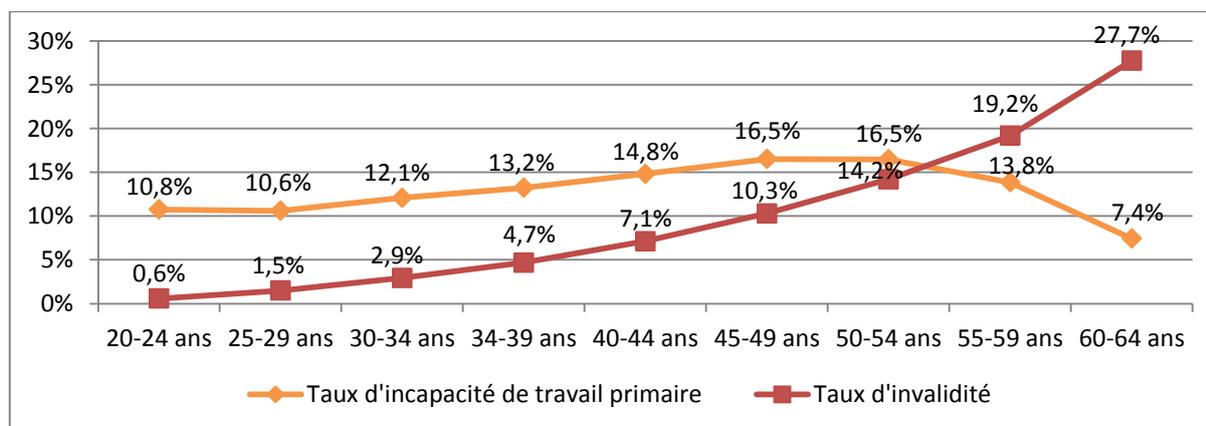
3.2 Profil démographique et socio-économique

Dans cette partie, nous analysons le profil démographique (sexe et âge) et le profil socio-économique (la situation familiale, soit le fait d'être isolé au niveau du registre national ou non ; le statut social : bénéficiaire de l'intervention majorée ou bénéficiaire ordinaire ; le fait d'avoir eu un épisode de chômage ; le régime : ouvrier ou employé ; et la région de résidence) des personnes en IT.

3.2.1 Sexe et âge

En 2012, les femmes représentent 51% de la population en IT (alors qu'elles comptent pour 47% des titulaires indemnisables). Le risque d'être en incapacité de travail primaire est plus grand parmi elles : leur taux d'incapacité de travail est de 15% contre 12% parmi les hommes. Près d'une femme sur sept est ainsi en IT. L'analyse du taux d'incapacité de travail primaire par classe d'âge montre que la probabilité d'être en incapacité de travail augmente jusqu'à 45-54 ans pour ensuite diminuer. Cette évolution est à mettre en rapport avec le risque croissant d'invalidité, la proportion de personnes en invalidité augmentant fortement à partir de cette tranche d'âge : le taux d'invalidité parmi les 45-49 ans est de 10,3% en 2012 et monte jusqu'à 27,7% parmi les 60-64 ans. La durée de l'incapacité de travail augmente ainsi avec l'âge, la chance de reprise d'une activité devient plus faible et le risque d'entrer en invalidité est accru. Une étude de l'INAMI²⁴ montre que le nombre de jours d'incapacité (dont la durée d'incapacité est supérieure à un mois) est, en moyenne, de plus de 150 jours pour les actifs âgés entre 60-64 ans alors qu'elle est de 100 jours environ pour ceux entre 20-24 ans.

Figure 3 : Taux d'incapacité de travail primaire et taux d'invalidité par classe d'âge, 2012



Source : Solidaris Mutualité

²³ La population des TIP est passée de 1.011.439 personnes en 2003 à 1.151.720 personnes en 2012 (+14%).

²⁴ Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI), 2015, *Ibidem*.

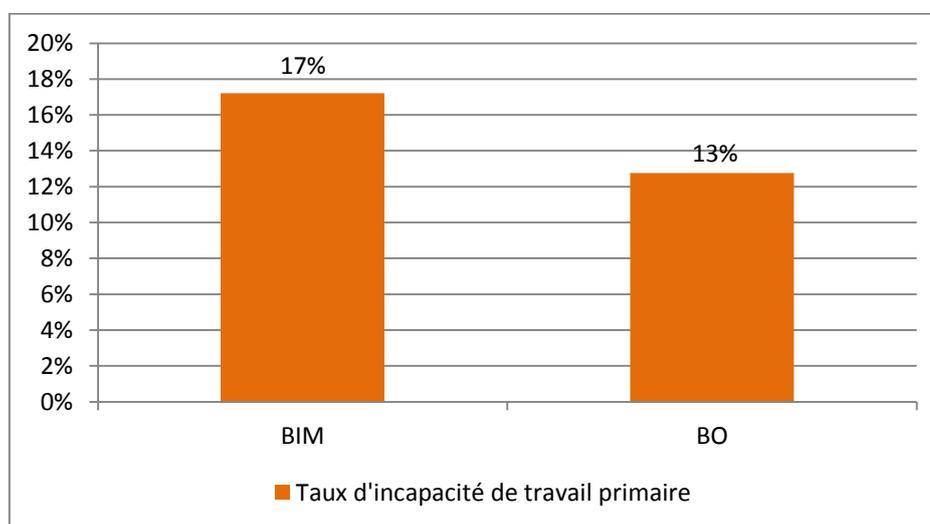
3.2.2 Situation familiale

Parmi les 154.000 personnes en IT, 26.000 personnes sont isolées (soit 18%). Le taux d'incapacité de travail ne varie pas en fonction de la situation familiale : en 2012, 13% des personnes isolées et 13% de non isolées sont en IT.

3.2.3 Statut social

Le taux d'incapacité de travail primaire est sensiblement plus élevé parmi les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) : il est de 17% contre 13% parmi les bénéficiaires ordinaires (BO). En d'autres mots, près d'une personne BIM sur cinq est en IT. Une analyse plus approfondie est toutefois nécessaire pour déterminer si les personnes en incapacité étaient déjà BIM avant leur épisode d'IT ou si elles sont devenues BIM à la suite de leur incapacité.

Figure 4 : Taux d'incapacité de travail primaire selon le statut social, 2012



Source : Solidaris Mutualité

3.2.4 Régime

En 2012, 116.138 ouvriers et 37.309 employés sont en IT. Les ouvriers sont surreprésentés parmi la population en incapacité : les $\frac{3}{4}$ des personnes en incapacité sont ouvriers (alors qu'ils représentent 60% des titulaires indemnifiables). Le risque d'être en incapacité de travail est plus important parmi eux : leur taux d'incapacité de travail primaire est de 16% contre 9% pour les employés.

Ces résultats peuvent être mis en relation avec le fait qu'en général, les ouvriers ont une carrière plus longue en raison de leur arrivée sur le marché du travail plus tôt, moins variée et ils exercent des métiers dont la nature est plus lourde physiquement ou plus dangereuse que les employés. Ainsi, 23% des ouvriers du secteur privé déclarent souffrir de problème de santé ou de difficultés pour l'accomplissement de certaines tâches quotidiennes alors qu'ils sont 15% parmi les employés du secteur privé²⁵. Il est également important de rappeler que notre analyse concerne les personnes qui ont au moins été indemnisées une journée par l'assurance maladie-invalidité, soit après la période de salaire garanti de 14 jours pour les ouvriers (contre 30 jours pour les employés). Nous observons donc plus rapidement les incapacités de travail primaires pour les ouvriers car la mutuelle indemnise

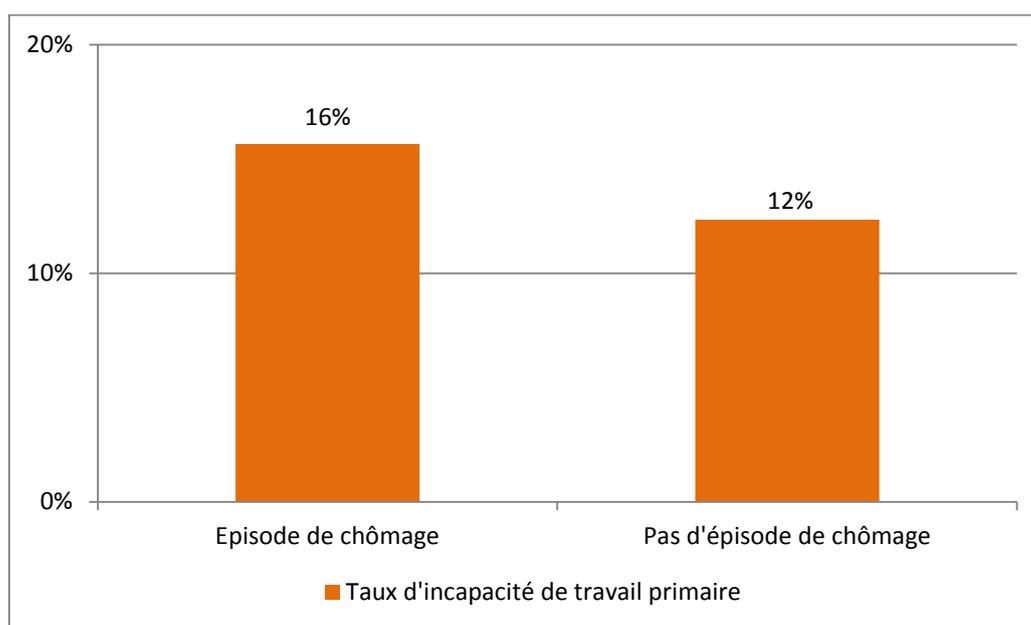
²⁵ Service Public Fédéral - SPF Economie, 2012, « Participation au marché du travail et problème de santé ou handicap », Statistics Belgium Analysis, 13 p.

plus tôt ces assurés sociaux. Une étude de l'INAMI²⁶ montre que les résultats ne varient pas sensiblement lorsque l'on ne tient compte que des incapacités de minimum un mois.

3.2.5 Chômage

Le taux d'incapacité de travail primaire est plus élevé parmi les personnes ayant connu un épisode de chômage en 2011²⁷ (16%) par rapport aux autres (12%). Selon les données INAMI²⁸, les chômeurs représentent 20% des entrées en incapacité de travail primaire (rappelons que les chômeurs sont directement indemnisés par l'assurance maladie-invalidité). Si le nombre d'entrées issues du chômage augmente ces dernières années, cette hausse est stable et l'INAMI ne constate pas de « vases communicants », c'est-à-dire un transfert massif des chômeurs vers le régime des indemnités. Il faut cependant rester vigilant compte tenu de l'évolution du taux d'entrée des chômeurs depuis 2010. L'INAMI souligne ainsi que si la hausse du taux d'entrée des chômeurs se confirme, une analyse complémentaire sera nécessaire pour examiner l'effet à long terme des modifications réglementaires récentes en matière de chômage (diminution des allocations de chômage dans le temps et renforcement des contrôles). En outre, les chiffres de l'INAMI montrent que la durée moyenne de l'incapacité de travail primaire augmente ces dernières années, en particulier chez les chômeurs. Ainsi, entre 2010 et 2012, la durée moyenne est passée de 193,8 jours à 205,8 jours (+6,2%) parmi les chômeurs contre respectivement 128 et 132 jours parmi les actifs (+3,1%).

Figure 5 : Taux d'incapacité de travail primaire parmi les personnes ayant eu au moins un épisode de chômage, 2012



Source : Solidarité Mutualité

²⁶ INAMI, 2015, *Ibidem*.

²⁷ Sur base du chômage au 4^{ème} trimestre précédant l'année de la date de référence, soit la situation au 31/12/2011. Sont repris dans cette catégorie tous les affiliés pour lesquels il y a eu au moins un jour de paiement de chômage (chômage complet, chômage temporaire, travailleur à temps partiel ayant droit à l'allocation de garantie de revenu, prépensionné, occupation en atelier protégé, octroi de la prime durant le dernier mois de la formation – chômeurs à temps plein...).

²⁸ INAMI, 2015, *Ibidem*.

3.2.6 Région de résidence

Le taux d'incapacité de travail primaire est sensiblement plus faible à Bruxelles : il est de 7% alors qu'il est de 14% en Wallonie et 15% en Flandre²⁹. Ce constat est similaire à celui de l'INAMI³⁰ dont les chiffres indiquent que le taux d'entrée est le plus faible à Bruxelles (5%) alors que les taux observés en Wallonie et en Flandre sont quasi deux fois supérieurs (entre 8% et 9%). Notons que Solidaris Mutualité enregistre globalement des taux d'incapacité primaire plus élevés que ceux observés par l'INAMI (soit pour toutes les mutualités confondues), ce qui peut s'expliquer par la population de notre mutualité mais aussi par des considérations méthodologiques différentes³¹.

Les différences géographiques peuvent s'expliquer par de multiples facteurs socio-économiques mais aussi démographiques, environnementaux... Parmi ces facteurs explicatifs, il peut s'agir de variables propres à chaque individu (âge, âge d'entrée sur le marché du travail, sexe, niveau d'éducation, emploi, salaire, temps de travail...) ou à l'établissement l'employant (taille, secteur d'activité...) mais aussi de variables économiques environnementales (taux de chômage par exemple) ou d'accessibilité aux soins de santé³². L'INAMI³³ a ainsi montré le lien entre le statut socio-économique de la province et l'incapacité de travail : le taux d'absentéisme est le plus élevé dans les provinces où le niveau d'éducation, le revenu et le taux d'emploi est le plus bas. En effet, les personnes dont la position socio-économique est moins favorable présentent un plus grand risque en matière de santé et d'absentéisme. Les différences géographiques s'expliquent donc par une répartition inégale des variables qui influencent la situation socio-économique entre les différentes provinces, régions et arrondissements de notre pays. La situation de Bruxelles est particulière et pourrait s'expliquer, selon l'INAMI, par une situation socio-économique (chômage des personnes peu qualifiées, revenu) dans les communes défavorisées compensée par de meilleurs résultats dans les communes riches de cette région. Notons que la région de Bruxelles est également davantage caractérisée par une population globalement plus jeune et une proportion d'employés plus importante pour lesquels nous avons vu que le risque d'incapacité est relativement moindre ; un taux de chômage particulièrement élevé et il est possible que certaines personnes au chômage ne soient pas au courant qu'elles doivent déclarer leur incapacité ; un taux de report de soins élevé alors qu'une consultation avec un médecin est nécessaire pour établir l'incapacité de travail...

C'est également à Bruxelles que l'on observe le taux d'invalidité le plus faible (6,4% contre 6,6% en Flandre et 9% en Wallonie selon les chiffres INAMI³⁴) mais ce taux se rapproche de la moyenne nationale lorsqu'on corrige pour le sexe, l'âge et le statut social (ouvrier/employé).

²⁹ Notons que 17.160 assurés sociaux sont domiciliés à l'étranger, dont 1.622 ont été indemnisés au moins un jour pour une incapacité de travail en 2012 ; ce qui représente un taux d'incapacité de 9%. Il s'agit de personnes qui travaillent en Belgique au moment du risque et qui résident à l'étranger, de personnes qui ont déménagé pendant leur maladie, de personnes qui ont une carrière antérieure en Belgique mais qui au moment du risque étaient assurées dans un autre pays...

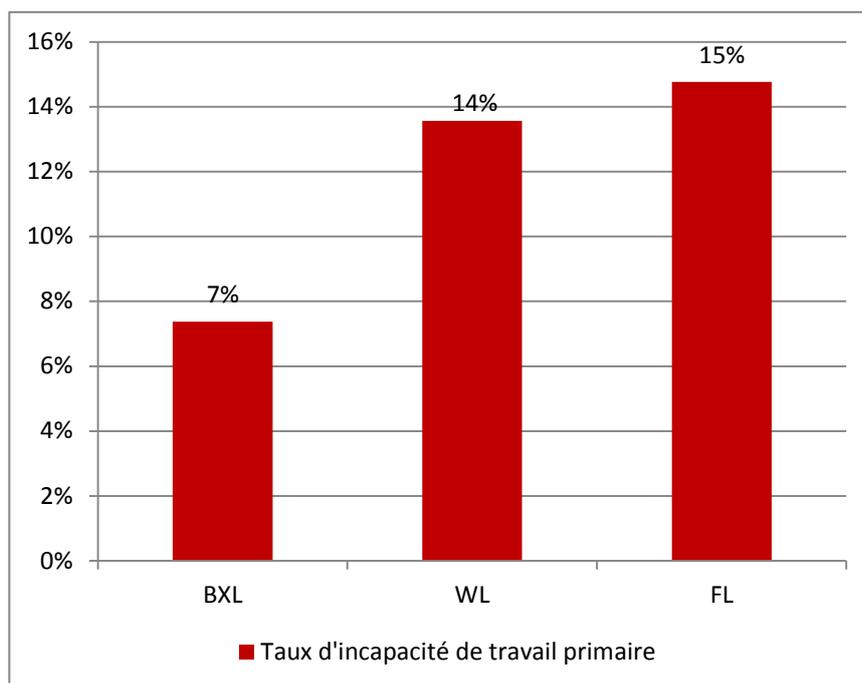
³⁰ INAMI, 2015, *Ibidem*.

³¹ Notamment, seules les nouvelles entrées en IT sont analysées dans le rapport INAMI. Par ailleurs, toute la population est prise en compte, quelle que soit son âge, alors qu'il s'agit des 20-64 ans dans notre étude.

³² Halima, Debrand et Regaert, 2012, « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? », Questions d'économie de la santé, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé - IRDES, n°177, 8 p.

³³ Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI), 2013, « Analyse des dépenses en invalidité en Belgique dans une perspective géographique », 59 p.

³⁴ Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI), 2014, « Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés – indépendants », 53 p.

Figure 6 : Taux d'incapacité de travail primaire par région, 2012

Source : Solidaris Mutualité

3.2.7 Impact des facteurs démographiques et socio-économiques sur le risque d'être en incapacité de travail primaire

Nous réalisons également une régression logistique pour estimer l'impact de chaque facteur sur le risque d'être en incapacité de travail primaire. Il ressort que tous les facteurs explicatifs testés sont significatifs (la valeur neutre de 1 est en-dehors de l'intervalle de confiance) sauf le fait d'être isolé.

L'impact sur la probabilité d'être en incapacité de travail primaire est plus ou moins grand selon la variable. Un odds-ratio de 2 signifie, par exemple, que le risque d'être en incapacité de travail primaire est deux fois supérieur par rapport à la variable de référence et ce toute autre chose restant égale par ailleurs. Lorsque nous analysons une caractéristique pouvant avoir plus de deux valeurs (cf. région de résidence), la dernière valeur non reprise dans la régression est utilisée comme variable de référence. Par exemple, pour la région de résidence, Bruxelles est la région de référence. Pour la classe d'âge, la référence est le groupe des 55-64 ans.

Tableau 2 : Probabilité d'être en incapacité de travail primaire

Facteur explicatif	Odds-ratio	Intervalle de confiance (95%)	
Homme	0,70	0,70	0,71
18-44 ans	1,16	1,14	1,19
45-54 ans	1,54	1,51	1,57
Habitant de la Région flamande	2,35	2,30	2,40
Habitant de la Région wallonne	2,11	2,06	2,15
BIM	1,31	1,29	1,33
Ouvrier	2,12	2,10	2,15
Chômage (2011)	1,09	1,08	1,11
Isolé	1,04	1,03	0,94

Source : Solidaris Mutualité

Ainsi, toute chose restant égale par ailleurs, on observe que la région de résidence a un impact élevé : une personne habitant la région wallonne ou la région flamande a deux fois plus de risque d'être en incapacité de travail primaire par rapport à un bruxellois. Il faut toutefois interpréter ce résultat avec prudence car cette variable capte probablement l'effet imputable à d'autres facteurs explicatifs qui n'ont pu être intégrés dans le modèle tels que le niveau d'éducation, le taux d'emploi, le taux de chômage, etc.

Il en est de même pour les ouvriers : le fait d'être un ouvrier multiplie par deux la probabilité d'être en incapacité de travail primaire par rapport à un employé, après correction pour les autres facteurs de risque.

On observe ensuite que le risque d'être en incapacité de travail primaire est plus grand parmi les moins de 55 ans et augmente régulièrement avec l'âge jusqu'à cette tranche d'âge. Il est ainsi plus élevé de 16% parmi les 18-44 ans et de 54% parmi les 45-54 ans comparativement au groupe de référence des 55-64 ans. Le plus grand risque d'être en incapacité de travail primaire parmi les personnes de moins de 54 ans est à mettre en évidence avec la probabilité plus élevée d'entrer en invalidité au-delà de cet âge, comme nous avons pu le constater précédemment.

Le fait d'être BIM pèse également dans le risque d'être en incapacité de travail primaire (+30%) bien qu'il soit difficile d'interpréter ce résultat. La personne était-elle déjà BIM avant l'incapacité de travail ou devient-elle BIM suite à un état de santé et une situation socio-économique détériorées ?

Par ailleurs, le fait d'être un homme diminue de 30% le risque d'être en incapacité de travail primaire par rapport à une femme.

Enfin, après correction pour les autres facteurs de risque, le fait d'avoir connu un épisode de chômage a un effet significatif sur la probabilité d'être en incapacité de travail primaire mais cet effet est plus limité (+9%).

3.3 Etat de santé

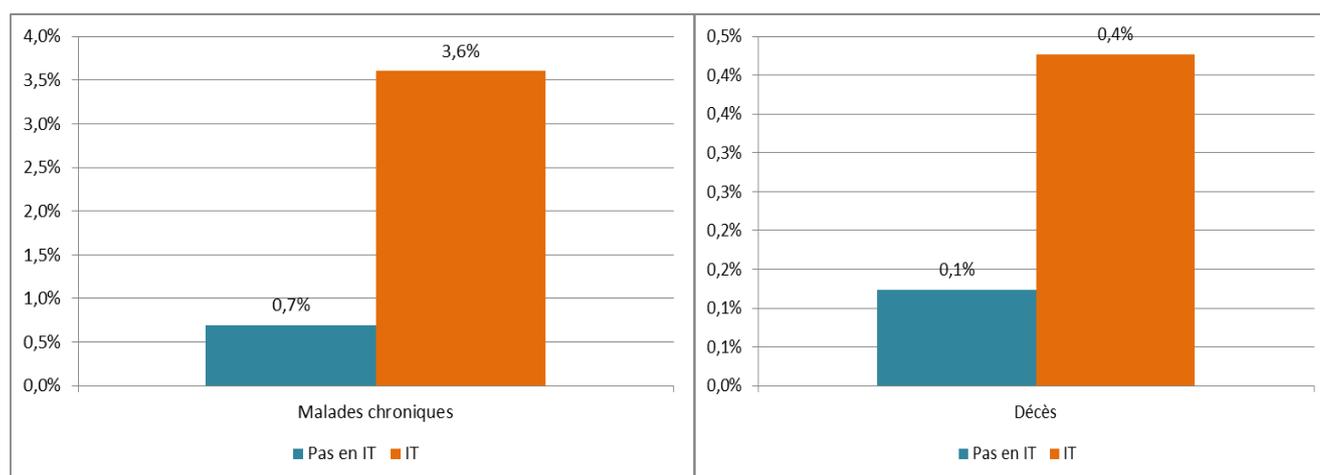
L'état de santé est mesuré par :

- Le fait de souffrir d'une maladie chronique³⁵ ou de décéder dans l'année ;
- La consommation de médicaments remboursables (au moins une délivrance en 2012) ainsi que le nombre de DDD³⁶ délivrées, le nombre de système traités et la polymédication (mesurée par le nombre de classe ATC³⁷ différentes) par patient ainsi que la consommation d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques ;
- Le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois en 2012 (en distinguant l'hospitalisation classique de l'hospitalisation de jour) et le nombre de jours passés à l'hôpital.

3.3.1 Maladie chronique et décès

En 2012, près de 6.000 personnes en IT sont malades chroniques. Cela représente 3,6% de la population en IT, soit une proportion cinq fois plus élevée que parmi les personnes qui ne sont pas en IT. Par ailleurs, on observe un taux de mortalité plus élevé parmi les personnes en incapacité de travail : on dénombre 40 décès pour 10.000 personnes en incapacité de travail primaire versus 10 pour 10.000 personnes qui ne sont pas en IT.

Figure 7 : Pourcentage de malades chroniques et de décès, 2012



Source : Solidaris Mutualité

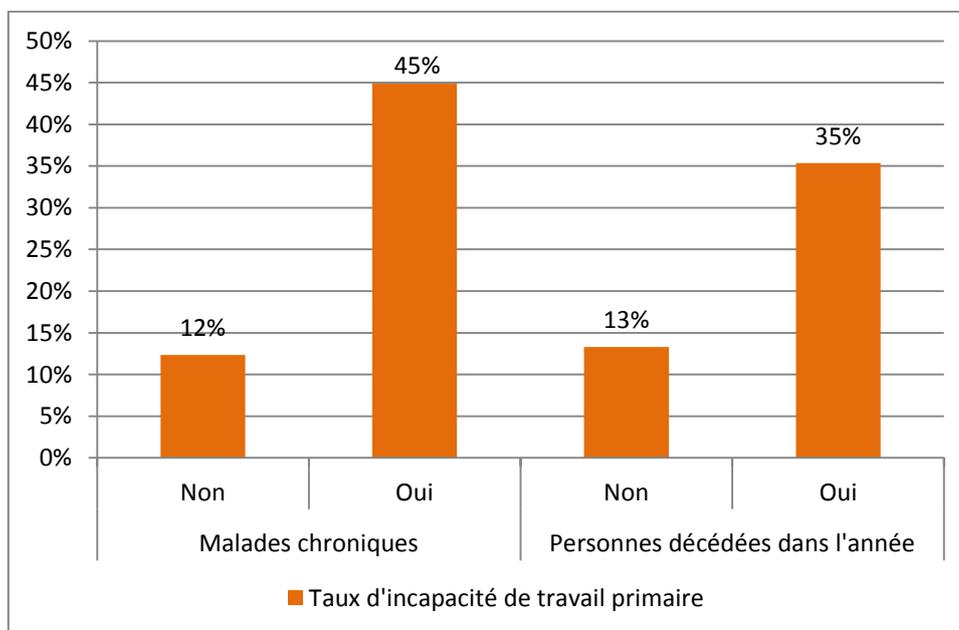
³⁵ Sont considérés comme malades chroniques les bénéficiaires concernés par une des situations de dépendance donnant droit au forfait maladie chronique : s'ils ont bénéficié au moins un jour dans l'année du forfait incontinence (forfait B et C) ou soins infirmiers (forfait B ou C) ou kinésithérapie/physiothérapie (forfait E), s'ils ont reçu des allocations familiales majorées pour enfants handicapés, s'ils ont reçu une allocation pour l'aide d'une tierce personne ou encore s'ils ont été hospitalisés 120 jours ou 6 fois.

³⁶ La DDD (pour Defined Daily Dose), une unité de mesure définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, correspond à la dose quotidienne de traitement pour un médicament dans son indication principale pour un adulte.

³⁷ La classification ATC (pour Anatomical Therapeutic Chemical) est un système de classification hiérarchique des molécules en 5 niveaux, mis au point par l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans cette classification, les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

Si on calcule le taux d'incapacité parmi les maladies chroniques, on constate que quatre malades chroniques sur dix sont en IT en 2012 (contre un sur dix parmi les personnes qui ne souffrent pas de maladie chronique). En 2012, près de 2.000 titulaires indemnissables sont décédés ; parmi eux, une personne sur trois était en IT.

Figure 8 : Taux d'incapacité de travail primaire parmi les personnes souffrant de maladies chroniques et parmi celles décédant dans l'année, 2012



Source : Solidaris Mutualité

3.3.2 Médicaments

La proportion de personnes s'étant vue délivrer au moins un médicament sur l'année est sensiblement plus élevée parmi les personnes en IT : cela concerne la majorité d'entre elles (94% contre 75% parmi les personnes qui ne sont pas en IT). En moyenne, 373 DDD leur ont été délivrées. Cela représente une délivrance 1,5 fois supérieure par rapport aux personnes qui ne sont pas en IT. Le nombre de maladies différentes traitées ainsi que le nombre de molécules différentes délivrées sont également plus élevés en moyenne.

Tableau 3 : Consommation de médicaments, 2012

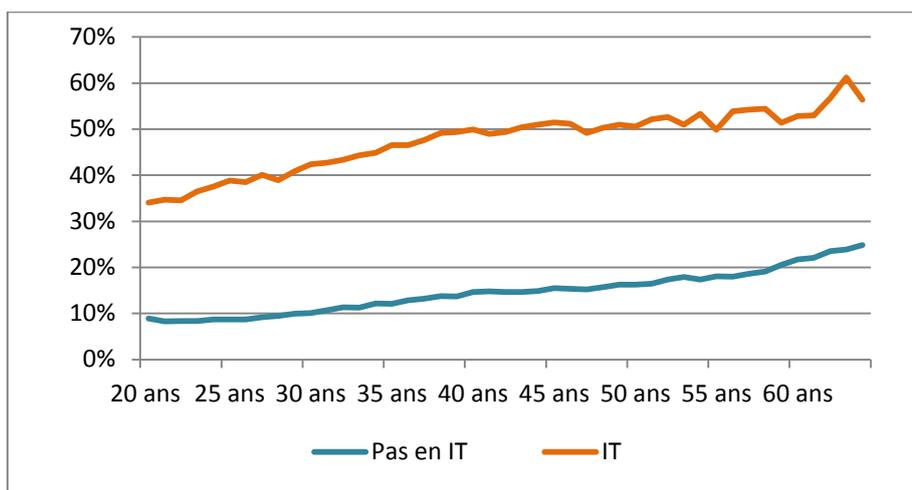
Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnissables primaires	Nb TIP avec au moins 1 délivrance	% TIP avec au moins 1 délivrance	Nb DDD moyen	Nb systèmes traités moyen	Nb classes ATC différentes moyen
Non	998.128	750.749	75%	254	3	4
Oui	153.592	145.059	94%	373	5	9

Source : Solidaris Mutualité

La différence est encore plus marquée lorsqu'on analyse la délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques : en moyenne, près d'un affilié en IT sur deux (47%) s'est vu délivrer au moins une boîte en 2012 contre 14% de la population qui n'est pas en incapacité de travail. Cela représente ainsi une proportion trois fois plus grande. Les données de l'INAMI montrent également que les

troubles mentaux sont une des principales causes d'entrée en invalidité, en particulier chez les chômeurs. Ainsi, en 2012, près de 40% des chômeurs entrent en invalidité pour raison psychique³⁸. Ceci s'explique notamment par l'impact que peut avoir le chômage sur la vie et sur le bien-être psychique des chômeurs : incertitude pour l'avenir, conséquences directes sur le pouvoir d'achat, isolement social... Mais il est également possible que les troubles de santé mentale précèdent la période de chômage.

Figure 9 : Pourcentage de la population avec au moins une délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques, 2012



Source : Solidaris Mutualité

3.3.3 Hospitalisation

L'hospitalisation peut être considérée comme une présomption d'incapacité. Les assurés sociaux entrent en IT à cause de l'hospitalisation ou ils sont hospitalisés durant l'incapacité.

a) Hospitalisation classique

Les personnes en IT sont plus fréquemment hospitalisées (hospitalisation classique) : 30% d'entre elles se sont faites hospitaliser au moins une fois en 2012 alors que cela concerne 5% des personnes qui ne sont pas en IT. La durée de séjour des personnes en IT (en moyenne 9 jours) est également plus longue que pour les autres (5 jours).

Tableau 4 : Pourcentage de personnes hospitalisées et durée de séjour moyenne par patient, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Nb TIP avec au moins 1 hospi classique	% TIP avec au moins 1 hospi classique	Nb jours hospi classique total	Nb jours hospi classique moyen
Non	998.128	48.971	5%	242.824	5
Oui	153.592	45.940	30%	404.092	9

Source : Solidaris Mutualité

³⁸ INAMI, 2015, *Ibidem*.

b) Hospitalisation de jour

En 2012, plus d'une personne en IT sur trois a été hospitalisée au moins une fois en one day contre 10% parmi les personnes qui ne sont pas en IT.

Tableau 5 : Pourcentage de personnes hospitalisées en one day, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Nb TIP avec au moins 1 hospi one day	%TIP avec au moins 1 hospi one day
Non	998.128	101.157	10%
Oui	153.592	53.883	35%

Source : Solidarité Mutualité

3.4 Consommation de soins de santé et accessibilité

Dans un premier temps, nous nous intéressons à la consommation de soins de santé en analysant les contacts avec le médecin généraliste, le spécialiste ou encore le dentiste pour les personnes ayant eu au moins un contact avec le prestataire dans l'année. Nous calculons également les coûts en matière de soins de santé ambulatoires et hospitaliers tant pour le patient que l'assurance maladie. Dans un second temps, nous analysons l'accessibilité aux soins de santé par la couverture du dossier médical global (DMG) et par la facturation en tiers payant social (TPS).

3.4.1 Prestations de soins de santé

a) Contacts avec un médecin généraliste

La proportion de personnes ayant au moins un contact (consultation ou visite) avec un médecin généraliste est plus élevée parmi les personnes en IT. En 2012, 91% des personnes en IT ont au moins un contact avec un médecin généraliste (contre 74% parmi ceux qui ne sont pas en IT)³⁹. Ce chiffre élevé s'explique en partie parce qu'il faut au moins un contact pour avoir un certificat d'incapacité de travail⁴⁰.

En outre, parmi ces personnes, la fréquence des contacts avec un médecin généraliste est près de deux fois plus élevée en moyenne parmi les personnes en IT. Une personne en IT sur dix a par ailleurs plus de 13 contacts sur l'année avec un médecin généraliste.

Tableau 6 : Contacts avec un médecin généraliste, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Nb TIP avec au moins 1 contact	%TIP avec au moins 1 contact	Nb contacts total	Nb contacts moyen
Non	998.128	733.662	74%	3.012.277	4
Oui	153.592	139.580	91%	1.017.307	7

Source : Solidarité Mutualité

³⁹ L'écart est proportionnellement plus important lorsqu'on regarde uniquement les visites : 26% des personnes en IT ont eu au moins une visite sur l'année contre 13% parmi les titulaires qui ne sont pas en IT.

⁴⁰ Il n'est toutefois pas égal à 100% car le certificat d'incapacité de travail peut également être établi par un autre médecin traitant que le généraliste ou parce que l'on retrouve des personnes en IT en 2012 qui ont eu un contact avec un médecin en 2011.

b) Consultations avec un médecin spécialiste

Le même constat peut être dressé en ce qui concerne les consultations avec un médecin spécialiste :

- En 2012, 83% des personnes en IT ont eu au moins une consultation avec un spécialiste (contre 53% parmi les titulaires indemnissables primaires qui ne sont pas en IT).
- Les personnes en IT ont, en moyenne, deux fois plus de consultations avec un médecin spécialiste par rapport à ceux qui ne sont pas en IT.

Tableau 7 : Consultations avec un médecin spécialiste, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnissables primaires	Nb TIP avec au moins 1 consultation	%TIP avec au moins 1 consultation	Nb consultations total	Nb consultations moyen
Non	998.128	529.078	53%	1.725.435	3
Oui	153.592	127.306	83%	708.241	6

Source : Solidarité Mutualité

c) Consultations avec un dentiste

On n'observe pas de différences au niveau de la dentisterie. Un peu plus de quatre personnes en IT sur dix ont au moins un contact avec un dentiste en 2012 et se voient facturer, en moyenne, cinq codes de nomenclature sur l'année.

Tableau 8 : Consultations avec un dentiste, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnissables primaires	Nb TIP avec au moins 1 contact	%TIP avec au moins 1 contact	Nb contacts total	Nb codes moyen
Non	998.128	442.280	44%	2.191.806	5
Oui	153.592	66.088	43%	336.525	5

Source : Solidarité Mutualité

3.4.2 Coûts des soins de santé et perte de revenus

a) Coûts des soins de santé

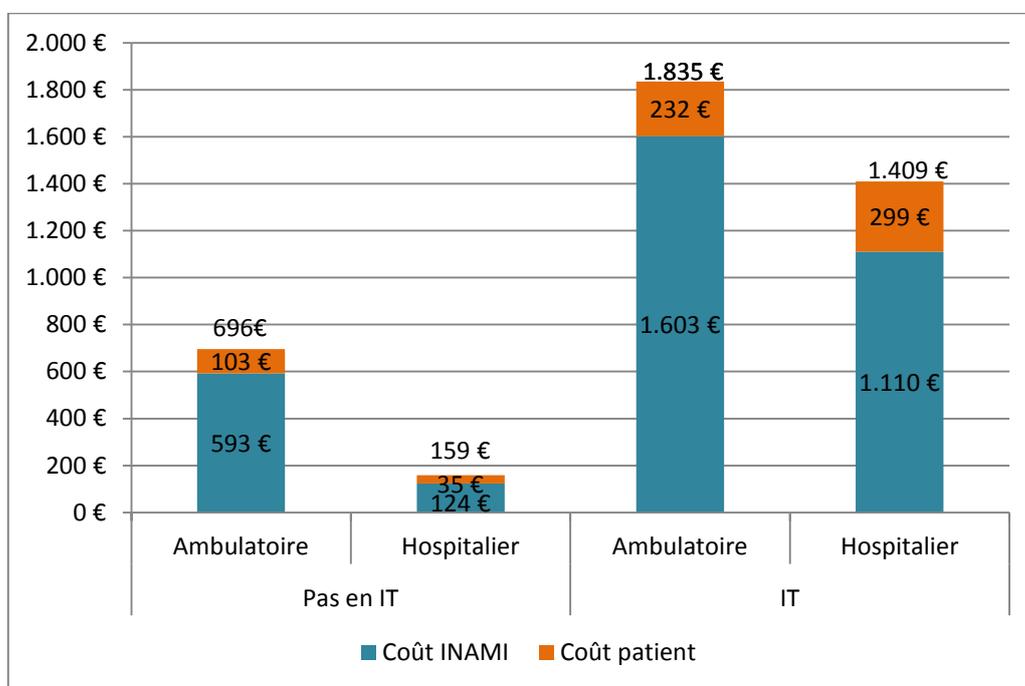
On observe au moins une dépense de santé pour la quasi-totalité des personnes en IT (99%) alors qu'aucune dépense de santé n'est observée pour près de 10% des personnes qui ne sont pas en IT. Nous précisons que les dépenses de soins de santé sont calculées avant intervention du Maximum à Facturer (MàF).

Une personne en IT a des dépenses de soins de santé (ticket modérateur et suppléments) sensiblement plus élevées que les autres, ce qui s'explique parce qu'elles ont plus de prestations de santé, elles sont plus souvent hospitalisées et pour des durées de séjours plus longues, elles se voient plus souvent délivrer des médicaments... comme nous l'avons vu précédemment. En 2012, les dépenses de soins ambulatoires et hospitaliers à charge du patient en IT se montent à 531 € en moyenne alors qu'elles sont de 138 € pour un patient qui n'est pas en IT. En d'autres mots, un patient en IT a des dépenses de santé 3,8 fois plus élevées qu'un patient qui n'est pas en IT. Avec comme corollaire que les dépenses prises en charge par l'AMI sont plus importantes pour les patients en incapacité de travail primaire : elles s'élèvent à 2.713 € contre 716 € pour un patient non IT.

Ces coûts sont des coûts moyens et peuvent masquer de fortes différences des patients à un autre. En effet, la distribution des coûts pour le patient montre que :

- Pour un patient en incapacité sur quatre, les coûts des soins ambulatoires sont supérieurs à 291 €. Pour 5% des patients, les dépenses vont même jusqu'à 653 €, soit deux fois plus que pour les patients qui ne sont pas en incapacité de travail primaire.
- A cela peuvent s'ajouter des frais liés à l'hospitalisation. Ces frais sont concentrés sur une minorité de patients : une personne en incapacité de travail primaire sur trois a été hospitalisée (en hospitalisation classique ou one day, voir tableaux 4 et 5). Si les coûts pour les soins hospitaliers sont de 299 € en moyenne par patient, ils sont supérieurs à 825 € pour 10% d'entre eux et peuvent même monter à plus de 1.589 € pour 5% d'entre eux, soit un montant 22 fois supérieur à celui observé pour les personnes qui ne sont pas en incapacité de travail.

Figure 10 : Coûts de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient et l'assurance maladie, 2012



Source : Solidaris Mutualité

Tableau 9 : Distribution des dépenses de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Coût moyen en ambulatoire	Distribution des dépenses (€)						
			P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	998.128	103 €	4 €	8 €	24 €	58 €	121 €	219 €	312 €
Oui	153.592	232 €	18 €	34 €	77 €	158 €	291 €	484 €	653 €

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Coût moyen en hospitalier	Distribution des dépenses (€)						
			P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	998.128	35 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	73 €
Oui	153.592	299 €	0 €	0 €	0 €	0 €	137 €	825 €	1.589 €

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Coût moyen total	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	998.128	138 €	4 €	9 €	24 €	60 €	129 €	256 €	416 €
Oui	153.592	531 €	20 €	38 €	92 €	213 €	498 €	1.251 €	2.028 €

Source : Solidaris Mutualité

Tableau 10 : Dépenses totales de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient et l'assurance maladie, 2012

Incapacité de travail primaire	Nb titulaires indemnisables primaires	Nb TIP avec des dépenses en soins de santé	% TIP avec des dépenses en soins de santé	Dépenses totales dans le secteur ambulatoire		Dépenses totales dans le secteur hospitalier	
				Patient	INAMI	Patient	INAMI
Non	998.128	902.703	90%	93.097.372 €	535.053.514 €	31.852.261 €	111.602.058 €
Oui	153.592	151.858	99%	35.241.862 €	243.444.841 €	45.444.607 €	168.548.650 €

Source : Solidaris Mutualité

b) Perte de revenus

Alors que les personnes en incapacité de travail primaire doivent prendre en charge d'importants frais liés à la santé, elles sont également confrontées à une perte de revenus due à leur incapacité de travail.

En effet, après la période de salaire garanti, un salarié reçoit une indemnité s'élevant à 60% du salaire brut perdu au cours de la première année de l'incapacité de travail. Ce montant est plafonné, si bien que la perte de pouvoir d'achat est plus ou moins importante selon les cas. A partir du 7^{ème} mois, un minimum est prévu pour l'indemnité. Par exemple, en 2013, le minimum de l'indemnité est de 1.123 € par mois pour un isolé s'il est travailleur régulier et 817 € s'il est travailleur non régulier. Ces montants sont proches, voire inférieurs, au seuil de pauvreté qui s'élevait en 2013 à 1.074 € pour un isolé⁴¹. Si les montants minima des indemnités correspondent dans certains cas au « minimum de moyens d'existence » (soit le revenu d'intégration sociale accordé par les CPAS), ce dernier est toutefois inférieur au seuil de risque de pauvreté : en 2013, le revenu d'intégration sociale représentait entre 64% et 83% du seuil de risque de pauvreté selon la situation familiale⁴². Une personne ayant des problèmes de santé ou un handicap a ainsi presque deux fois plus de probabilité d'être pauvre⁴³. Cette situation précaire peut alors avoir de multiples conséquences : report des soins de santé, économies sur l'entretien du logement ou sur d'autres achats, renoncement aux activités de loisirs, isolement social, etc. Cela se traduit in fine par une pauvreté qui n'est pas que financière mais aussi matérielle, relationnelle, culturelle, etc. et qui risque d'aggraver les problèmes de santé.

Rappelons également que les derniers changements règlementaires entrés en vigueur début 2015 sont défavorables aux chômeurs dans certains cas. Auparavant, pendant les six premiers mois de leur incapacité de travail primaire, les chômeurs avaient droit à une indemnité d'incapacité de travail dont le montant était égal à leur allocation de chômage antérieure. Désormais, l'allocation est limitée au montant de l'indemnité d'incapacité de travail primaire si le montant de l'allocation de chômage est supérieur à celui de l'indemnité d'incapacité. Cette mesure a entraîné une diminution des indemnités pour les chômeurs qui tombent en incapacité durant les trois premiers mois de leur période de chômage (cf. 65% de la rémunération perdue) ou qui bénéficient du minima chômage dont le montant est supérieur au montant de l'indemnité (cf. les chefs de ménage en allocation d'insertion). Quelques

⁴¹ SPP Intégration Sociale, 2015, « Annuaire fédéral en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale – 5^{ème} édition », 421 p.

⁴² Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2013, « Protection sociale et pauvreté – Contribution au débat et à l'action politiques / Rapport bisannuel 2012-2013 », 144 p.

⁴³ Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), 2009, « Maladie, invalidité et travail – Garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique », Présentation au Forum à Haut Niveau, Stockholm, 14 - 15 mai 2009, 50 p.

exemples issus du terrain illustrent ainsi l'impact de la suppression du « complément chômage » pour le chômeur qui tombe en incapacité de travail.

Premier cas :

Fabienne a 23 ans et est célibataire avec un enfant de 2 ans. Au chômage, elle touchait 42,53 € par jour d'allocation d'insertion chef de ménage. Elle tombe en dépression et est déclarée en incapacité de travail. Avec la législation précédente, elle conservait le montant de 42,53 € correspondant à son allocation d'insertion pendant les six premiers mois de son congé de maladie. Mais avec la nouvelle mesure, le montant de son indemnité est plafonné à 60% de la rémunération perdue, soit pour les affiliés en allocation d'insertion un montant forfaitaire de 63,2488 €, ce qui lui donne un montant de 37,95 € par jour. Le manque à gagner est donc de : $42,53 \text{ €} - 37,95 \text{ €} = 4,58 \text{ €}$ par jour, soit 119,08 € par mois ou 714,48 € sur les six mois d'alignement⁴⁴. Fabienne va donc voir son pouvoir d'achat diminuer de 11% alors qu'elle doit faire face à une facture de soins de santé qui augmente (en moyenne quatre fois plus).

Deuxième cas :

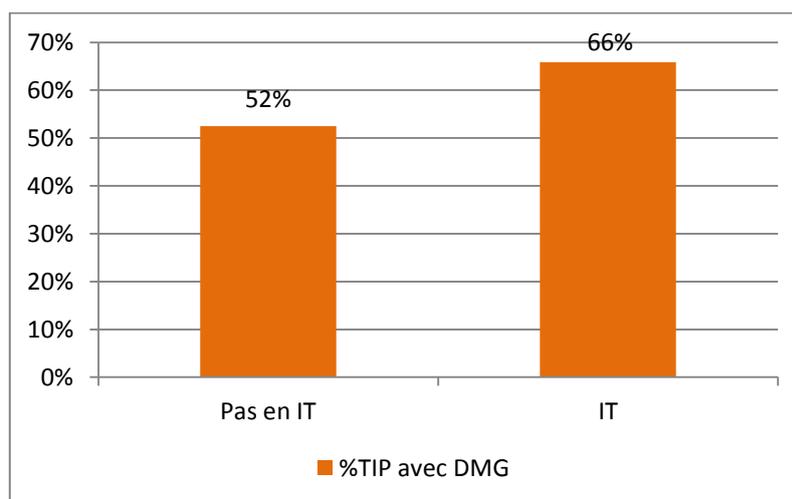
Julien a 31 ans, vit en couple et a trois enfants en bas âge. Au chômage, il touchait 47,38 € par mois (65% calculé sur base de sa rémunération perdue de 72,8906 €). Il tombe en incapacité de travail et se voit verser une indemnité égale à 60% de sa rémunération perdue, soit 43,73 €. Cela représente une perte de 3,65 € par jour. Au total sur les six mois d'alignement, le manque à gagner est de 569,4 €.

3.4.3 Accessibilité aux soins de santé

c) Dossier médical global

Le taux de couverture du dossier médical global (DMG) est plus élevé parmi les personnes en IT. En 2012, 66% des personnes en IT ont ouvert un DMG contre 52% parmi les personnes qui ne sont pas en IT. Cela peut probablement s'expliquer par un nombre de contacts avec le généraliste plus important ainsi qu'une proportion de malades chroniques supérieure parmi cette population.

Figure 11 : Pourcentage de personnes ayant ouvert un DMG, 2012



Source : Solidarité Mutualité

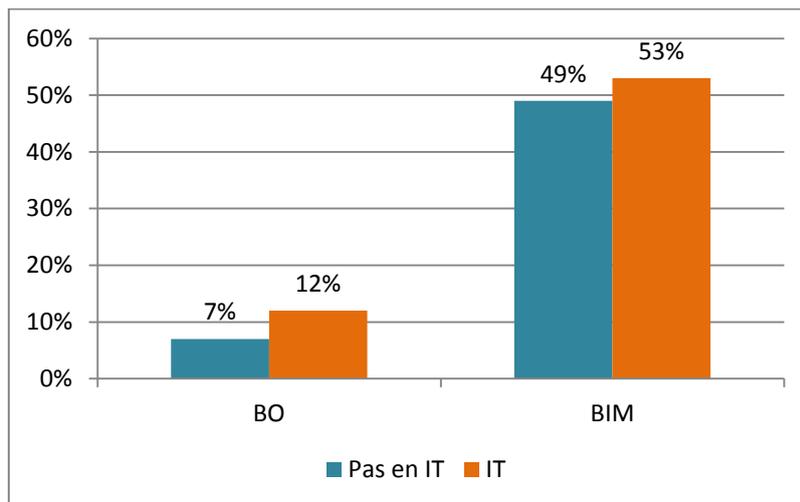
⁴⁴ En comptant que chaque mois équivaut à 26 jours.

d) Tiers payant social

Quel que soit le statut social du titulaire, la proportion de titulaires ayant bénéficié du tiers payant social (TPS) est supérieure parmi les personnes en IT. Ainsi, 53% des BIM en IT se sont vus facturer une prestation en TPS contre respectivement 49% des BIM qui ne sont pas en IT en 2012.

Ces chiffres valent respectivement 12% et 7% parmi les bénéficiaires ordinaires (BO). Ce dernier résultat suggère une détresse financière relativement plus élevée parmi les personnes en incapacité de travail.

Figure 12 : Pourcentage de personnes s'étant vues facturer en TPS, 2012



Source : Solidarité Mutualité

CONCLUSION

Les résultats de notre analyse permettent de couper les ailes à un certain nombre d'idées reçues concernant l'incapacité de travail.

- **« Une proportion de plus en plus importante de travailleurs est en congé de maladie ».** Si le nombre de personnes en incapacité de travail primaire a sensiblement augmenté en dix ans, le taux d'incapacité de travail est lui resté stable passant de 12,2% à 13,3% de 2003 à 2012. Ceci résulte du fait que l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail découle essentiellement d'une participation accrue des femmes au marché du travail ainsi que du relèvement progressif de l'âge de la pension des femmes entre 1997 et 2009. En clair, si le nombre de personnes en incapacité de travail primaire a augmenté, c'est parce que le nombre d'ayants droit a augmenté. En 2012, quelque 154.000 personnes ont été indemnisées au moins un jour pour une incapacité de travail primaire.
- **« Une grande partie des travailleurs en incapacité de travail pourrait en réalité travailler ».** L'incapacité de travail primaire n'est pas un « choix » ! L'étude a ainsi mis en évidence le profil socio-démographique particulier des personnes en incapacité de travail primaire (proportionnellement plus de femmes, d'ouvriers, de BIM et des personnes ayant été au chômage) mais surtout leur état de santé sensiblement plus dégradé :
 - Les personnes en incapacité de travail primaire ont ainsi six fois plus d'hospitalisations avec des durées de séjour deux fois plus longues que celles qui n'ont pas connu d'épisode d'incapacité de travail.
 - Elles ont deux fois plus de contacts avec les médecins généralistes et aussi avec les spécialistes.
 - Leur consommation de médicaments est 1,5 fois supérieure et le nombre de systèmes traités ainsi que le nombre de molécules différentes délivrées sont également plus élevés. La différence est encore plus marquée pour les traitements destinés à traiter un problème de santé mentale. Ainsi, presque une personne sur deux (45%) ayant connu un épisode d'incapacité de travail primaire s'est vu prescrire au moins une boîte d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques. C'est trois fois plus que pour les personnes sans incapacité de travail.
 - Enfin, la proportion de malades chroniques est cinq fois plus élevée parmi les personnes en incapacité de travail.
- **« Etre en congé de maladie, c'est confortable ».** Nos résultats montrent que suite à leur maladie, ces travailleurs subissent non seulement une perte importante de leur pouvoir d'achat mais doivent aussi faire face à une facture de soins de santé multipliée par quatre en moyenne ! En 2012, la facture de soins de santé (tickets modérateurs et suppléments) à charge du patient en incapacité se monte à 531 € en moyenne contre 138 € pour un patient qui n'est pas en IT. Pour 5% des patients, les dépenses de santé dépassent même 2.028 €. Cette population doit donc faire face à la fois à une perte de revenus substantielle ainsi qu'à des dépenses de santé importantes et est dès lors exposée à un risque important de précarité. Il n'est donc pas étonnant d'observer que près de deux personnes en incapacité primaire sur dix sont bénéficiaires de l'intervention majorée et que 12% des bénéficiaires ordinaires en incapacité primaire sont en situation de détresse financière occasionnelle, soit deux fois plus que parmi les bénéficiaires ordinaires qui n'ont pas connu d'épisode d'incapacité de travail.

Aujourd'hui, on peut faire le constat que les mesures gouvernementales s'appuient sur des fantasmes et sont prises sur base d'une méconnaissance de l'incapacité de travail. Il s'agit de rendre les

procédures d'attribution plus sévères, de réduire le niveau des indemnités, de rendre obligatoire – sous peine de sanctions – un plan de réinsertion pour tout travailleur en incapacité de travail.

Pour Solidaris Mutualité, il est essentiel de prendre en compte l'expertise existante et les résultats des différentes recherches en la matière afin de pouvoir objectiver la situation des personnes en incapacité de travail et d'évaluer l'impact de la mise en œuvre d'autres mesures de l'accord de gouvernement sur le secteur de l'incapacité de travail (cf. réforme des pensions en lien avec la pénibilité du travail, plan de réinsertion socio-professionnelle des personnes en incapacité de travail...).

RECOMMANDATIONS

Sur base de ces constats, Solidaris Mutualité plaide dès lors pour :

1) Un pouvoir d'achat décent pour les personnes en incapacité de travail

Au vu des résultats mis en évidence dans cette étude, Solidaris s'interroge : est-ce que les revenus de remplacement prévus en cas d'incapacité de travail sont adaptés à la situation de la personne en incapacité de travail ? Solidaris Mutualité plaide pour une revalorisation suffisante des indemnités pour maintenir le pouvoir d'achat des personnes en incapacité de travail primaire, afin qu'elles puissent mener une vie conforme à la dignité humaine et faire face aux dépenses supplémentaires élevées liées aux problèmes de santé. Alors que le gouvernement s'est engagé dans la lutte contre la pauvreté et a récemment confirmé l'exécution des propositions faites par le Conseil National du Travail qui prévoyait d'utiliser l'enveloppe bien-être entre autres pour augmenter les allocations sociales les plus basses, Solidaris Mutualité constate que le chemin est encore long à parcourir.

2) La reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle

Une proportion importante des personnes en incapacité de travail souffre de troubles psychiques et mentaux (dépression, burn out...). Les troubles mentaux sont également des maladies dont la durée de guérison est généralement plus longue et représentent la première cause d'invalidité.

Pour Solidaris, le burn out devrait être reconnu comme maladie professionnelle. L'enjeu est une augmentation des indemnités des travailleurs mais aussi la responsabilisation des employeurs car les maladies professionnelles sont exclusivement financées à partir des cotisations.

3) Renforcer la loi sur la prévention des risques psychosociaux

Les lois du 28 février 2014 et du 28 mars 2014 sur le bien-être au travail ont mis l'accent sur ce type de risque. Ainsi, depuis le 1^{er} septembre 2014, la nouvelle législation réinsiste sur l'obligation pour les employeurs de mettre en place des mesures de prévention pour éviter les risques psychosociaux au travail (pouvant mener au burn out) et limiter les conséquences de ces risques. Pour ce faire ils doivent réaliser une analyse des risques psychosociaux sur l'ensemble des travailleurs pour pouvoir prendre des mesures collectives adéquates afin d'améliorer le bien-être psychosocial. Ils doivent également sensibiliser leur personnel et mettre en place des procédures pour que le travailleur en souffrance sur son lieu de travail ait la possibilité d'être encadré en interne (par une personne de confiance) ou en externe (par un conseiller en prévention chargé des aspects psychosociaux). Ces personnes ressources se chargeront d'accueillir, d'écouter et de conseiller le travailleur pour ensuite l'accompagner dans une démarche ayant pour objectif de rétablir un climat de travail serein.

Solidaris Mutualité demande que les procédures et les moyens mis en œuvre par les entreprises pour lutter contre ces risques soient analysés via des critères d'évaluation objectifs. Cette problématique de santé publique concerne l'ensemble de la société. La Mutualité souhaite que tous les citoyens soient en meilleure santé, pour leur propre bien-être d'abord et aussi pour le monde des entreprises. Un employé en bonne santé est en effet bénéfique pour tous. Pour ce faire, Solidaris propose le financement d'un Fonds pour la prévention des risques psycho-sociaux. Ce système consiste à utiliser une partie des réductions des cotisations patronales afin de les insérer dans ce Fonds dont le but est d'aider les entreprises à lutter de manière plus efficace contre les risques psycho-sociaux. Les entreprises pourront ainsi puiser dans ce Fonds les moyens nécessaires pour améliorer leurs efforts de prévention.

Les propositions de la Mutualité s'appuient sur des réalités développées dans cette étude et non sur des fantasmes. A cet éclairage, s'ajoute aussi un élément important : la facture santé des patients est en hausse suite aux retombées de la politique du Gouvernement. Les citoyens devront par exemple payer plus cher leurs consultations chez les spécialistes via l'augmentation des tickets modérateurs.

En somme, mettre en œuvre ces recommandations n'est qu'une question de priorités du Gouvernement.

Solidaris est prête à aider les autorités à transformer ces recommandations en actions, ceci dans l'objectif de contribuer à veiller au bien-être des citoyens, y compris ceux traversant des périodes plus difficiles liées à leur état de santé.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé à la date du 01.04.2015

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé.

		A partir du - Jusqu'au		01-09-2014	31-03-2015	01-04-2015	30-04-2015	à partir du	01-05-2015	Prochaine indexation	
		Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		119,82	1,3195	119,82	1,3195	119,82	1,3195	122,01	1,3459
I. SALAIRES											
1 - Plafond journalier A.M.I.											
		antérieur au 1/01/2005		123,3821		123,3821		123,3821		125,8507	
		du 1/01/2005 au 31/12/2006		125,8497		125,8497		125,8497		128,3676	
		du 1/01/2007 au 31/12/2008		127,1082		127,1082		127,1082		129,6514	
		du 1/01/2009 au 31/12/2010		128,1250		128,1250		128,1250		130,6885	
		du 1/01/2011 au 31/03/2013		129,0219		129,0219		129,0219		131,6033	
		du 1/04/2013 au 31/03/2015		131,6023		131,6023		131,6023		134,2354	
		à partir du 1/04/2015		-		133,2473		133,2473		135,9133	
2 - Incapacité primaire											
Maximum		du 1/01/2011 au 31/03/2013		77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96
		du 1/04/2013 au 31/03/2015		78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54
		à partir du 1/04/2015		-	-	79,9484	79,95	79,9484	79,95	81,5480	81,55
3 - Invalidité											
avant le 1/10/74											
		avec charge de famille		53,1230	53,12	53,1230	53,12	53,1230	53,12	54,1859	54,19
		sans charge de famille		35,5519	35,55	35,5519	35,55	35,5519	35,55	36,2632	36,26
du 1/10/74 au 31/12/2002											
		avec charge de famille		84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
		isolés		71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
		cohabitants		51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
du 1/01/2003 au 31/12/2004											
		* Invalide avant 1/01/2005									
		avec charge de famille		82,4567	82,46	82,4567	82,46	82,4567	82,46	84,1065	84,11
		isolés		69,7711	69,77	69,7711	69,77	69,7711	69,77	71,1670	71,17
		cohabitants		50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578	51,76
		* Invalide du 1/01/2005 au 31/12/2006									
		avec charge de famille		84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
		isolés		71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
		cohabitants		51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
du 1/01/2005 au 31/12/2006											
		* Invalide avant le 1/01/2007									
		avec charge de famille		84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79
		isolés		71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59
		cohabitants		51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79
		* Invalide du 1/01/2007 au 31/12/2008									
		avec charge de famille		84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65
		isolés		71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32
		cohabitants		52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32
du 1/01/2007 au 31/12/2007											
		* Invalide avant le 1/01/2009									
		avec charge de famille		84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65
		isolés		71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32
		cohabitants		52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32
		* Invalide à partir du 1/01/2009 au 31/12/2010 (1)									
		avec charge de famille		85,6265	85,63	85,6265	85,63	85,6265	85,63	87,3397	87,34
		isolés		72,4532	72,45	72,4532	72,45	72,4532	72,45	73,9028	73,90
		cohabitants		52,6932	52,69	52,6932	52,69	52,6932	52,69	53,7475	53,75
du 1/01/2008 au 31/12/2008											
		* Invalide avant le 1/01/2009 (2)									
		avec charge de famille		84,2728	84,27	84,2728	84,27	84,2728	84,27	85,9588	85,96
		isolés		71,3077	71,31	71,3077	71,31	71,3077	71,31	72,7344	72,73
		cohabitants		51,8602	51,86	51,8602	51,86	51,8602	51,86	52,8978	52,90
		* Invalide du 1/01/2009 au 31/12/2010									
		avec charge de famille		84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65
		isolés		71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32
		cohabitants		52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32
à partir du 1/01/2009											
		* Invalide avant le 1/01/2011									
		avec charge de famille		83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476	84,95
		isolés		70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787	71,88
		cohabitants		51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754	52,28
		* Invalide du 1/01/2011 au 31/03/2013									
		avec charge de famille		83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422	85,54
		isolés		70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818	72,38
		cohabitants		51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413	52,64
		* Invalide du 1/04/2013 au 31/03/2015									
		avec charge de famille		85,5415	85,54	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530	87,25
		isolés		72,3813	72,38	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294	73,83
		cohabitants		52,6409	52,64	52,6409	52,64	52,6409	52,64	53,6941	53,69
		* Invalide à partir du 1/04/2015									
		avec charge de famille		-	-	86,6108	86,61	86,6108	86,61	88,3436	88,34
		isolés		-	-	73,2860	73,29	73,2860	73,29	74,7523	74,75
		cohabitants		-	-	53,2989	53,30	53,2989	53,30	54,3653	54,37
Minimum											
		Travailleur régulier		53,9895	53,99	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07
		avec charge de famille		43,2052	43,21	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07
		isolés		37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79
		cohabitants									
		Travailleur non régulier		41,9162	41,92	41,9162	41,92	41,9162	41,92	42,7548	42,75
		avec charge de famille		31,4371	31,44	31,4371	31,44	31,4371	31,44	32,0661	32,07
		sans charge de famille									

(1) Cette rubrique concerne des titulaires dont la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité
 (2) Cette rubrique concerne des titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité

Source : INAMI

		A partir du - Jusqu'au		01-09-2014	31-03-2015	01-04-2015	30-04-2015	à partir du	01-06-2015	Prochaine indexation		
		Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459	
Indemnité Journalière	Maximum début de maternité, de congé de naissance, d'adoption et d'écarternement du travail	4 - Maternité, congé de naissance & adoption										
		du 1/01/2011 au 31/03/2013										
		Naiss. & adopt.	82,0%	105,7980	105,80	105,7980	105,80	105,7980	105,80	107,9147	107,91	
		Maternité	79,5%	102,5724	102,57	102,5724	102,57	102,5724	102,57	104,6246	104,62	
			75,0%	96,7664	96,77	96,7664	96,77	96,7664	96,77	98,7025	98,70	
		Écartement	60,0%	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96	
			78,237%	100,9429	100,94	100,9429	100,94	100,9429	100,94	102,9625	102,96	
		du 1/04/2013 au 31/03/2015										
		Naiss. & adopt.	82,0%	107,9139	107,91	107,9139	107,91	107,9139	107,91	110,0730	110,07	
		Maternité	79,5%	104,6238	104,62	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72	
			75,0%	98,7017	98,70	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68	
		Écartement	60,0%	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54	
			78,237%	102,9617	102,96	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02	
		à partir du 1/04/2015										
		Naiss. & adopt.	82,0%	-	-	109,2628	109,26	109,2628	109,26	111,4489	111,45	
Maternité	79,5%	-	-	105,9316	105,93	105,9316	105,93	108,0511	108,05			
	75,0%	-	-	99,9355	99,94	99,9355	99,94	101,9350	101,94			
Écartement	60,0%	-	-	79,9484	79,95	79,9484	79,95	81,5480	81,55			
	78,237%	-	-	104,2487	104,25	104,2487	104,25	106,3345	106,33			
5 - Divers												
Gardiennage d'enfants (mensuel)		1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93			
Gardiennage d'enfants (journalier)		57,7623	57,76	57,7623	57,76	57,7623	57,76	58,9203	58,92			
Gardiennage d'enfants (salaire horaire)		9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,3032	9,30			
1ère tranche activité autorisée		15,6068		15,6068		15,6068		15,9190				
Tranches suivantes activité autorisée		9,3641		9,3641		9,3641		9,5514				
Prime de bien-être (incapacité <1/10/1974)			123,95		123,95		123,95		123,95			
II. INDEPENDANTS												
1 - Incapacité primaire												
avec charge de famille		53,9895	53,99	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07			
isolé		40,8054	40,81	41,1900	41,19	41,1900	41,19	42,0141	42,01			
cohabitant		33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,7977	33,80			
2 - Invalidité												
n'ayant pas mis fin à leur entreprise												
avec charge de famille		53,9895	53,99	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07			
isolé		40,8054	40,81	41,1900	41,19	41,1900	41,19	42,0141	42,01			
cohabitant		33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,7977	33,80			
ayant mis fin à leur entreprise												
avec charge de famille		53,9895	53,99	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07			
isolé		43,2052	43,21	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07			
cohabitant		37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79			
3 - Indemnité de maternité & d'adoption												
Indemnité hebdomadaire			440,50		440,50		440,50		449,32			
4 - Revenu professionnel annuel - art.28 bis												
Revenus professionnels de 2008 à 2012			17.149,19		17.149,19		17.149,19		17.149,19			
A partir des revenus professionnels 2013			17.492,17		17.492,17		17.492,17		17.492,17			
III. REVENU AUTORISE DES PERSONNES A CHARGE												
plafond statut avec charge		932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65			
plafond statut isolés (revenus de remplacement)		1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.047,3508	1.047,35			
plafond statut isolés (revenus professionnels)		1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93			
IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE												
		20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,4002	20,40			
V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITES INVALIDITES												
1 - Plancher journalier												
avec charge de famille			57,37		57,37		57,37		58,52			
sans charge de famille			47,63		47,63		47,63		48,58			
2 - Retenue partielle sur les montants												
avec charge de famille entre			57,38		57,38		57,38		58,53			
et			59,44		59,44		59,44		60,63			
sans charge de famille entre			47,64		47,64		47,64		48,59			
et			49,35		49,35		49,35		50,33			
3 - Retenue intégrale à partir de												
avec charge de famille			59,45		59,45		59,45		60,64			
sans charge de famille			49,36		49,36		49,36		50,34			
VI. INDEMNITES MAXIMUM PERCUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT												
Montant journalier		32,7104	32,71	32,7104	32,71	32,7104	32,71	33,3649	33,36			
Montant annuel		1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.334,5541	1.334,55			
VII. PRIME DE RATTRAPAGE												
Salariés												
1 an d'incapacité au 31/12/N-1		308,0902	308,09	308,0902	308,09	308,0902	308,09	314,2543	314,25			
2 ans d'incapacité ou plus au 31/12/N-1		308,0902	308,09	308,0902	308,09	468,0902	468,09	477,4556	477,46			
Indépendants												
1 an d'incapacité au 31/12/N-1		208,0902	208,09	208,0902	208,09	208,0902	208,09	212,2535	212,25			

Source : INAMI

Annexe 2 : Décomposition de la population retenue dans l'analyse, 2012

	Population	Population éliminée
Population totale	3.204.837	
Titulaires	2.148.114	1.056.723
Incapacité > 1 jour	173.571	1.974.543
Agé de 20 à 64 ans	172.945	626
Actif ou chômeur	169.178	3.767
Régime général	169.109	69
Non-invalides	161.984	7.125
Non-prépensionnés	161.971	13
Sans épisode de maternité	153.592	

Source : Solidaris Mutualité

Annexe 3 : Profil démographique et socio-économique, 2003

	2003						
	Total		Incapacité de travail				
			SANS IT		AVEC IT		
	N	%	N	%	N	%	
Total	1.011.439		888.102		123.337		
Sexe							
	Homme	558.065	55,2	489.603	55,1	68.462	55,5
	Femme	453.374	44,8	398.499	44,9	54.875	44,5
Classe d'âge							
	20-24 ans	108.370	10,7	97.924	11,0	10.446	8,5
	25-29 ans	141.091	14,0	126.241	14,2	14.850	12,0
	30-34 ans	153.141	15,1	135.452	15,3	17.689	14,3
	35-39 ans	153.814	15,2	133.885	15,1	19.929	16,2
	40-44 ans	140.419	13,9	120.327	13,6	20.092	16,3
	45-49 ans	120.220	11,9	102.023	11,5	18.197	14,8
	50-54 ans	97.623	9,7	84.109	9,5	13.514	11,0
	55-59 ans	72.113	7,1	64.863	7,3	7.250	5,9
	60-64 ans	24.648	2,4	23.278	2,6	1.370	1,1
Statut BIM							
	BO	964.870	95,4	845.703	95,2	119.167	96,6
	BIM	46.569	4,6	42.399	4,8	4.170	3,4
Décès							
	Non	1.005.080	99,4	883.570	99,5	121.510	98,5
	Oui	6.359	0,6	4.532	0,5	1.827	1,5
Régime							
	autres	665	0,1	647	0,1	18	0,0
	ouvrier actif (y compris les chômeurs et les invalides)	643.946	63,7	547.272	61,6	96.674	78,4
	employé actif (y compris les chômeurs et les invalides)	363.083	35,9	336.563	37,9	26.520	21,5
	agents statutaires du service public	710	0,1	657	0,1	53	0,0
	travailleurs indépendants actifs, en ce compris les indépendants	1	0,0	1	0,0	0	0,0
	invalides, les débutants (starters) et les indépendants assimilés,						
	handicapés du régime général	3	0,0	2	0,0	1	0,0
	étudiants du 3ème niveau	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	pensionnés, veuves, veufs et orphelins du secteur public	125	0,0	121	0,0	4	0,0
	pensionnés, veuves, veufs et orphelins du régime général	2.906	0,3	2.839	0,3	67	0,1
Région							
	Inconnu	14.262	1,4	12.860	1,5	1.402	1,1
	Etranger	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Bruxelles	116.842	11,6	107.283	12,1	9.559	7,8
	Flandre	473.846	46,9	408.541	46,0	65.305	53,0
	Wallonie	406.489	40,2	359.418	40,5	47.071	38,2
Malades chroniques							
	Non	1.001.216	99,0	882.509	99,4	118.707	96,3
	Oui	10.223	1,0	5.593	0,6	4.630	3,8
Chômage dernier trimestre y-1							
	Non	669.726	66,2	587.818	66,2	81.908	66,4
	Oui	341.713	33,8	300.284	33,8	41.429	33,6
Isolé Registre National							
	Non	828.883	82,0	726.768	81,8	102.115	82,8
	Oui	182.556	18,1	161.334	18,2	21.222	17,2

Source : Solidaris Mutualité

Annexe 4 : Profil démographique et socio-économique, 2012

	2012						
			Incapacité de travail				
			SANS IT		AVEC IT		
	N	%	N	%	N	%	
Total		1.151.720		998.128		153.592	
Sexe							
	Homme	614.978	53,4	539.631	54,1	75.347	49,1
	Femme	536.742	46,6	458.497	45,9	78.245	50,9
Classe d'âge							
	20-24 ans	97.240	8,4	86.783	8,7	10.457	6,8
	25-29 ans	151.481	13,2	135.437	13,6	16.044	10,5
	30-34 ans	162.970	14,2	143.279	14,4	19.691	12,8
	35-39 ans	157.423	13,7	136.593	13,7	20.830	13,6
	40-44 ans	161.582	14,0	137.651	13,8	23.931	15,6
	45-49 ans	150.135	13,0	125.348	12,6	24.787	16,1
	50-54 ans	127.304	11,1	106.330	10,7	20.974	13,7
	55-59 ans	96.787	8,4	83.388	8,4	13.399	8,7
	60-64 ans	46.798	4,1	43.319	4,3	3.479	2,3
Statut BIM							
	BO	1.001.292	86,9	873.598	87,5	127.694	83,1
	BIM	150.428	13,1	124.530	12,5	25.898	16,9
Décès							
	Non	1.149.772	99,8	996.869	99,9	152.903	99,6
	Oui	1.948	0,2	1.259	0,1	689	0,5
Régime							
	autres	900	0,1	861	0,1	39	0,0
	ouvrier actif (y compris les chômeurs et les invalides)	716.028	62,2	599.890	60,1	116.138	75,6
	employé actif (y compris les chômeurs et les invalides)	430.998	37,4	393.689	39,4	37.309	24,3
	agents statutaires du service public	106	0,0	102	0,0	4	0,0
	travailleurs indépendants actifs, en ce compris les indépendants	1	0,0	1	0,0	0	0,0
	invalides, les débutants (starters) et les indépendants assimilés,						
	handicapés du régime général	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	étudiants du 3ème niveau	1	0,0	1	0,0	0	0,0
	pensionnés, veuves, veufs et orphelins du secteur public	154	0,0	150	0,0	4	0,0
	pensionnés, veuves, veufs et orphelins du régime général	3.532	0,3	3.434	0,3	98	0,1
Région							
	Inconnu	90	0,0	86	0,0	4	0,0
	Etranger	17.160	1,5	15.538	1,6	1.622	1,1
	Bruxelles	133.641	11,6	123.786	12,4	9.855	6,4
	Flandre	530.176	46,0	451.917	45,3	78.259	51,0
	Wallonie	470.653	40,9	406.801	40,8	63.852	41,6
Malades chroniques							
	Non	1.139.059	98,9	991.152	99,3	147.907	96,3
	Oui	12.661	1,1	6.976	0,7	5.685	3,7
Chômage dernier trimestre y-1							
	Non	807.089	70,1	707.453	70,9	99.636	64,9
	Oui	344.631	29,9	290.675	29,1	53.956	35,1
Isolé Registre National							
	Non	948.873	82,4	821.083	82,3	127.790	83,2
	Oui	202.847	17,6	177.045	17,7	25.802	16,8

Source : Solidaris Mutualité

LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ SONT
TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE www.solidaris.be



DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ
DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN
RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES
Téléphone : 02/515.03.93. – mail : Etudes@mutsoc.be

EDITEUR RESPONSABLE :
JEAN-PASCAL LABILLE
Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles