

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

Date de publication :

Auteurs : Giulia Camilotti, Alexandra De Schauwer, Tonio Di Zinno, Güngör Karakaya,  
Bernard Lange, Murielle Lona, Jérôme Vrancken

# 1 TABLE DES MATIÈRES

---

1. Introduction .....	2
2. Données et méthodologie.....	3
3. Profil de la population indemnisable .....	4
3.1. Nombre d'assurés en incapacité primaire .....	4
3.2. Caractéristiques démographiques et socioéconomiques .....	6
4. Approche de l'état de santé .....	14
4.1. Indicateurs de l'état de santé - Maladie chronique et décès .....	14
4.2. Délivrance de médicaments .....	15
4.3. Hospitalisation.....	18
4.4. Contacts avec les médecins .....	21
5. Conclusions .....	23

## 1. INTRODUCTION

Longtemps, le suivi de l'incapacité de travail au niveau des mutualités a été l'apanage des médecins-conseils. Cela parce qu'il s'agissait d'accompagner des personnes malades sur le chemin de la guérison et celui de la réintégration au travail ou de leur permettre, malgré la présence de la maladie, de vivre le mieux possible.

Cela s'accompagnait épisodiquement de la part des mutualités d'une analyse de situations particulières de l'incapacité de travail primaire et/ou de l'invalidité mais elle restait limitée par le manque d'informations directement disponibles au niveau des organismes assureurs, la rendant ainsi parcellaire ou ne permettant pas de tirer des conclusions définitives sur les causes ou les conséquences de l'incapacité.

Entre-temps, le nombre de personnes en incapacité a fortement augmenté et, avec lui, les indemnités versées aux malades. Ce qui n'a pas manqué de faire réagir et a inévitablement entraîné des mesures réglementaires visant à encadrer/limiter cette croissance, avec au fil du temps une tendance de plus en plus lourde à vouloir contrôler et sanctionner.

La croissance des malades en incapacité de travail est bien sûr liée aux effets des politiques en matière d'emploi/de fin de carrière (recul de l'âge de la pension ou de la prépension, accès réduit à la prépension, durcissement des règles dans le régime de chômage), à la participation accrue des femmes au marché du travail mais aussi à l'expansion de troubles de santé liés notamment à la charge psychosociale sur les lieux du travail<sup>1</sup>. Il s'agit là de facteurs objectifs qui expliquent certainement une grande partie de la croissance constatée. Jusqu'à très récemment, le peu de données ou d'études dont on disposait ne permettaient pas de déterminer s'il y avait d'autres facteurs qui pouvaient être mis en avant pour expliquer et prévoir la façon dont l'incapacité de travail allait encore évoluer dans le futur.

---

<sup>1</sup> Voir les nombreuses études sur l'incapacité de travail réalisées par le Service des Indemnités de l'INAMI ([https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/etude\\_incapacite\\_si.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/etude_incapacite_si.aspx)) où il apparaît que les problèmes psychiques et les affections musculo-squelettiques sont les principales causes d'incapacité de travail.

La prise de conscience de la nécessité de trouver des explications à la hausse du nombre de personnes en incapacité a amené plusieurs acteurs à mettre en place les moyens d'un suivi et d'une analyse de l'incapacité de travail. Cela s'est ainsi traduit par la mise sur pied du Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail à l'INAMI.

Cela a aussi mené l'Agence InterMutualiste (AIM) à vouloir développer une expertise en matière d'incapacité de travail au départ des nombreuses données dont les organismes assureurs disposent et qui peuvent maintenant être plus facilement couplées pour mettre en commun tous les éléments qui peuvent entrer en considération pour cerner les tenants et les aboutissants de l'incapacité de travail : les données liées aux indemnités en lien avec les données de soins de santé et les caractéristiques socio-économiques (à partir des données d'assurabilité).

Avec ces données, l'AIM souhaite, en collaboration avec les autres acteurs dans le secteur des indemnités, pouvoir proposer des analyses qui permettent non seulement d'objectiver le débat sur l'incapacité de travail et d'éviter les a priori souvent négatifs accolés aux indemnités mais aussi d'indiquer des voies possibles pour l'encadrement tout en fournissant des analyses préalables et nécessaires sur les conséquences que peuvent avoir ces changements sur les malades.

La première analyse de l'AIM qui fait l'objet du présent document a la volonté d'établir le profil des personnes en incapacité de travail primaire (ITP).

Dans un premier temps, la typologie s'intéresse à la population des titulaires indemnissables primaires qui ont potentiellement droit aux indemnités d'incapacité de travail et aux assurés qui ont eu au moins un jour d'indemnisation au cours des années 2007, 2010 et 2015 avec l'objectif d'établir un profil démographique et socio-économique et de suivre son évolution au cours du temps.

Dans un second temps, au départ des données de l'année 2015, nous ébauchons un état de santé des personnes en incapacité de travail primaire et analysons les données de consommation de soins dont nous disposons à l'heure actuelle au niveau intermutualiste.

Cette première analyse sera suivie très prochainement d'une analyse longitudinale de l'incapacité de travail primaire dont l'objectif sera de mesurer l'impact socio-économique de l'incapacité de travail primaire (ITP), de suivre l'état de santé au cours de l'ITP et d'évaluer le niveau de santé avant et au cours de l'ITP.

## 2. DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Pour la partie relative au profil de la population, nous avons utilisé les données de l'Agence InterMutualiste (population et soins de santé) pour les années 2007, 2010 et 2015. Pour chacune de ces années, nous avons calculé le taux d'incapacité primaire, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de titulaires en incapacité de travail primaire et le nombre total des titulaires indemnissables primaires.

La population des titulaires indemnissables primaires est définie comme suit : il s'agit de l'ensemble des assurés âgés de 20 à 64 ans qui ont potentiellement droit aux indemnités d'incapacité de travail (population active et au chômage). Les prépensionnés, les invalides et les fonctionnaires sont exclus. Pour exclure les repos de maternité, nous ne retenons pas les femmes qui ont eu au moins un accouchement en 2006-2008, 2009-2011 ou 2014-2016.

Nous avons considéré un assuré comme étant en incapacité primaire s'il a eu au moins un jour d'indemnisation au cours de l'année considérée. A cause des limitations dans les données, il n'est pas possible de distinguer les nouvelles entrées en incapacité de celles qui ont débuté l'année précédente mais qui se poursuivent dans l'année considérée. Nous n'avons pas non plus d'informations sur les incapacités qui prennent fin pendant la période de salaire garanti.

En ce qui concerne la partie relative à la consommation de soins, nous avons considéré les données intermutualistes relatives à la seule année 2015.

### 3. PROFIL DE LA POPULATION INDEMNISABLE

Dans cette section, nous décrivons les caractéristiques sociodémographiques des assurés en incapacité primaire par rapport à la population des titulaires indemnisables, en faisant la distinction entre salariés (régime général) et indépendants. Les conditions pour accéder à l'incapacité primaire sont différentes entre les deux groupes (en termes par exemple de période de salaire garanti<sup>2</sup>), ce qui justifie une analyse séparée. Grâce à la comparaison des années 2007, 2010 et 2015, nous pouvons mettre en évidence l'évolution du profil sociodémographique des assurés en incapacité de travail primaire.

#### 3.1. NOMBRE D'ASSURÉS EN INCAPACITÉ PRIMAIRE

Le nombre d'individus en incapacité primaire est passé de 363 088 à 391 481 entre 2007 et 2015, soit une augmentation de 7,8 %. Même si le taux d'incapacité primaire parmi les indépendants est systématiquement moins élevé que parmi les salariés (2,6 % contre 10,6 % en 2015), entre 2007 et 2015, il y a eu une augmentation proportionnellement plus importante du nombre d'assurés en incapacité primaire parmi les premiers cités<sup>3</sup>. Le nombre d'indépendants en incapacité primaire a augmenté d'environ 28 % contre une augmentation de 7 % parmi les salariés.

Tableau 1 : Incapacité de travail primaire, selon le régime

Année	Salariés		Indépendants	
	Taux d'incapacité	Nb d'assurés en incapacité primaire	Taux d'incapacité	Nb d'assurés en incapacité primaire
2007	10,29%	351 747	2,26%	11 341
2010	10,51%	370 224	2,58%	13 734
2015	10,57%	376 915	2,61%	14 566
<b>Augmentation 2007-2015</b>		<b>7,2%</b>		<b>28,4%</b>

Une grande partie de l'augmentation du nombre d'assurés en incapacité s'explique par l'augmentation du nombre de titulaires indemnisables primaires : celui-ci est passé de 3 921 394 en 2007 à 4 123 475 en 2015, soit une augmentation de 5,2 % (11,4 % pour les indépendants et 4,2 % pour les salariés). Le taux d'incapacité primaire augmente de 10,3 % à 10,6 % pour les salariés et de 2,3 % à 2,6 % pour les indépendants<sup>4</sup>.

#### Evolution du nombre d'assurés en incapacité primaire : analyse contrefactuelle

Nous pouvons quantifier l'effet de l'augmentation du nombre de titulaires indemnisables et du changement de leur structure d'âge sur le nombre d'individus en incapacité avec une analyse contrefactuelle<sup>5</sup>. Nous appliquons le taux d'incapacité de 2007 par genre, régime et tranche d'âge à la population indemnisable en 2015 pour calculer le nombre d'incapacités attendues dans chaque catégorie. Le Tableau 2 présente les résultats de l'exercice pour les salariés. Nous pouvons ensuite agréger ces résultats et calculer le taux d'incapacité attendu selon le genre et le comparer avec le taux d'incapacité effectif en 2015 (Tableau 3).

<sup>2</sup> Pour la période considérée, la période de salaire garanti est de 15 jours pour les ouvriers (donc les 15 premiers jours d'arrêt de travail sont à charge de l'employeur), de 30 jours pour les employés. Pour les chômeurs, cette période n'existe pas (transition directe d'allocation de chômage à l'ITP). Pour les travailleurs indépendants, on parle d'une période de carence de 30 jours (donc les 30 premiers jours sont à leur charge avant d'être indemnisés).

<sup>3</sup> Une étude plus ponctuelle de l'évolution du taux d'incapacité primaire demanderait de tenir en compte d'autres facteurs économiques tels que l'évolution du PIB et du taux de chômage. Ce type d'analyse dépasse les objectifs de cette étude.

<sup>4</sup> Des données plus récentes de l'INAMI montrent toutefois une tendance à la baisse du nombre de jours indemnisés pour l'incapacité primaire à partir de 2016.

<sup>5</sup> Nous suivons la méthodologie proposée dans Saks, Y. (2017), *Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité*, Revue Economique. Septembre 2017 pp. 59-72.

**Tableau 2 : Analyse contrefactuelle, taux d'incapacité effectif et attendu par tranche d'âge et genre en 2015, salariés**

Genre	Age	Nombre d'assurés en incapacité primaire 2007 (1)	Population indemnisable 2007 (2)	Taux d'incapacité primaire 2007 (3) = (1) / (2)	Population indemnisable 2015 (a)	Nombre attendu d'assurés en incapacité primaire (b) = (3) x (a)	Nombre effectif d'assurés en incapacité primaire 2015 (c)	Différence nombre d'incapacité actuel - attendu (d) = (c) - (b)	Taux d'incapacité primaire effectif 2015 (e) = (c) / (a)
hommes	20-24	15.648	169.897	9,21%	139.428	12.842	11.944	-898	8,57%
	25-29	21.317	270.186	7,89%	262.447	20.706	20.250	-456	7,72%
	30-34	21.915	259.832	8,43%	266.303	22.461	22.386	-75	8,41%
	35-39	26.118	269.956	9,68%	257.750	24.937	23.961	-976	9,30%
	40-44	29.461	274.279	10,74%	249.607	26.811	25.322	-1.489	10,15%
	45-49	27.975	243.058	11,51%	253.151	29.137	28.102	-1.035	11,10%
	50-54	24.441	204.647	11,94%	244.230	29.168	29.426	258	12,05%
	55-59	15.820	157.545	10,04%	191.478	19.227	21.453	2.226	11,20%
60-64	3.572	62.247	5,74%	79.746	4.576	5.934	1.358	7,44%	
femmes	20-24	9.083	126.291	7,19%	105.522	7.589	7.692	103	7,29%
	25-29	13.888	181.362	7,66%	191.505	14.665	15.325	660	8,00%
	30-34	17.308	172.897	10,01%	180.580	18.077	19.033	956	10,54%
	35-39	25.472	223.077	11,42%	211.714	24.175	24.110	-65	11,39%
	40-44	31.492	244.362	12,89%	229.022	29.515	28.417	-1.098	12,41%
	45-49	31.261	219.926	14,21%	234.354	33.312	32.046	-1.266	13,67%
	50-54	22.486	172.531	13,03%	220.304	28.712	32.658	3.946	14,82%
	55-59	11.945	122.898	9,72%	174.276	16.939	22.814	5.875	13,09%
60-64	2.545	44.480	5,72%	72.937	4.173	6.042	1.869	8,28%	

**Tableau 3 : Analyse contrefactuelle, taux d'incapacité effectif et attendu par genre en 2015, salariés**

	Nombre d'assurés en incapacité primaire 2007	Population indemnisable 2007	Taux d'incapacité primaire 2007	Population indemnisable 2015	Nombre attendu d'assurés en incapacité primaire	Nombre effectif d'assurés en incapacité primaire 2015	Différence nombre d'incapacité actuel - attendu	Taux d'incapacité primaire attendu	Taux d'incapacité primaire effectif 2015
hommes	186.267	1.911.647	9,74%	1.944.140	189.866	188.778	-1.088	9,77%	9,71%
femmes	165.480	1.507.824	10,98%	1.620.214	177.157	188.137	10.980	10,93%	11,61%

Globalement, on observe que le changement en termes de structure d'âge et de nombre de titulaires indemnisables aurait dû amener 1 088 hommes en plus en incapacité que celui observé en 2015 : même si le nombre d'hommes en incapacité primaire est plus élevé que celui attendu à partir de la catégorie d'âge de 50 ans, cette augmentation est compensée par un nombre inférieur d'hommes en incapacité par rapport à celui attendu dans les catégories d'âge inférieures à 50 ans.

Par contre, parmi les femmes, le taux d'incapacité observé est plus élevé que celui attendu, avec presque 11 000 femmes de plus en incapacité. Ce sont surtout les catégories d'âge de 50 ans et plus qui contribuent à ce résultat. Globalement, on peut dire que l'évolution en termes d'âge et de volume de la population indemnisable explique l'évolution du taux d'incapacité entre 2007 et 2015 pour les hommes. Pour les femmes, l'évolution démographique explique une bonne partie, mais pas la totalité, de l'augmentation du taux d'incapacité primaire entre les deux périodes.

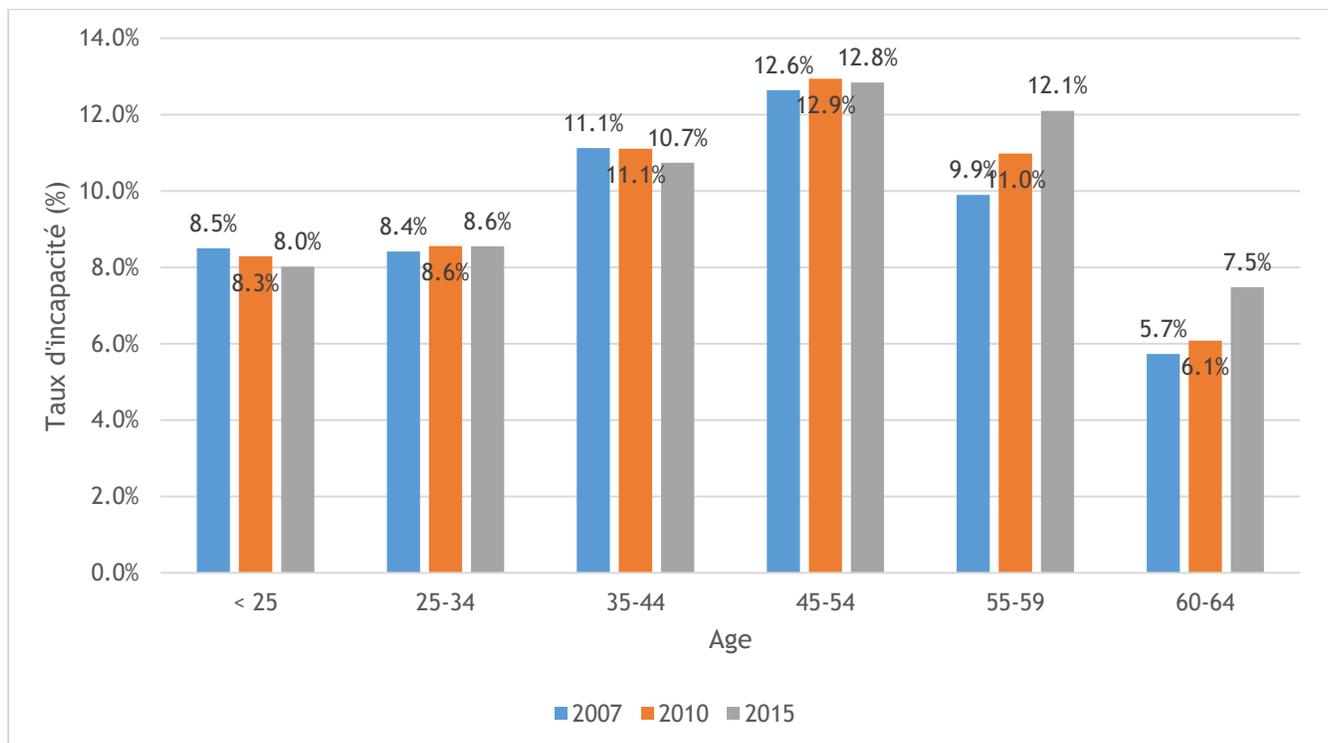
Plusieurs études de l'INAMI<sup>6</sup> sur l'incapacité primaire et l'invalidité montrent que les femmes ont une probabilité plus élevée d'être en incapacité ou en invalidité. Une des explications est l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail au cours du temps. Cette expansion de la population indemnisable primaire féminine est mise en évidence dans le Tableau 3, où on observe que celle-ci est passée de 1 507 824 à 1 620 214, soit une augmentation de 112 390 individus, contre une augmentation de 32 493 pour les hommes. Toutefois, comme expliqué ci-dessus à l'aide de l'analyse contrefactuelle, les changements démographiques et la participation croissante des femmes au marché du travail n'expliquent pas la totalité de l'évolution du taux d'incapacité primaire observé entre 2007 et 2015.

### 3.2. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

#### Âge et genre

Le fait que l'augmentation du nombre d'assurés en incapacité primaire est liée à une augmentation du nombre d'incapacités parmi les catégories d'âge au-dessus de 50 ans et parmi les femmes est confirmé par une analyse du taux d'incapacité par tranche d'âge et par genre pour les trois années considérées.

**Graphique 1 : % d'assurés en incapacité par année et par catégorie d'âge, salariés**



Le taux d'incapacité reste stable dans le temps à l'exception des catégories 55-59 ans (de 9,9 % en 2007 à 12,1 % en 2015) et 60-64 ans (de 5,7 % à 7,8 %). Le taux moins élevé observé entre 60 et 64 ans est imputable au passage des personnes de cette tranche d'âge en prépension.

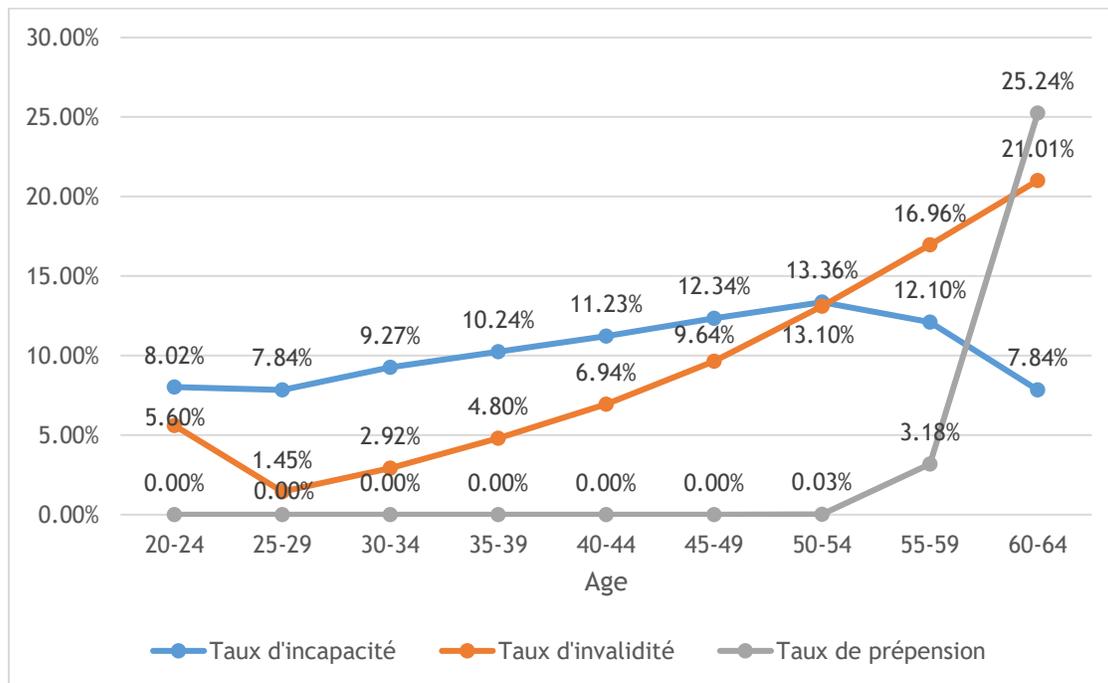
La relation entre taux d'incapacité, de prépensionnés et d'invalidité est mise en évidence dans le Graphique 2 pour les salariés et dans le Graphique 3 pour les indépendants. Pour les salariés, la diminution du taux d'incapacité primaire à

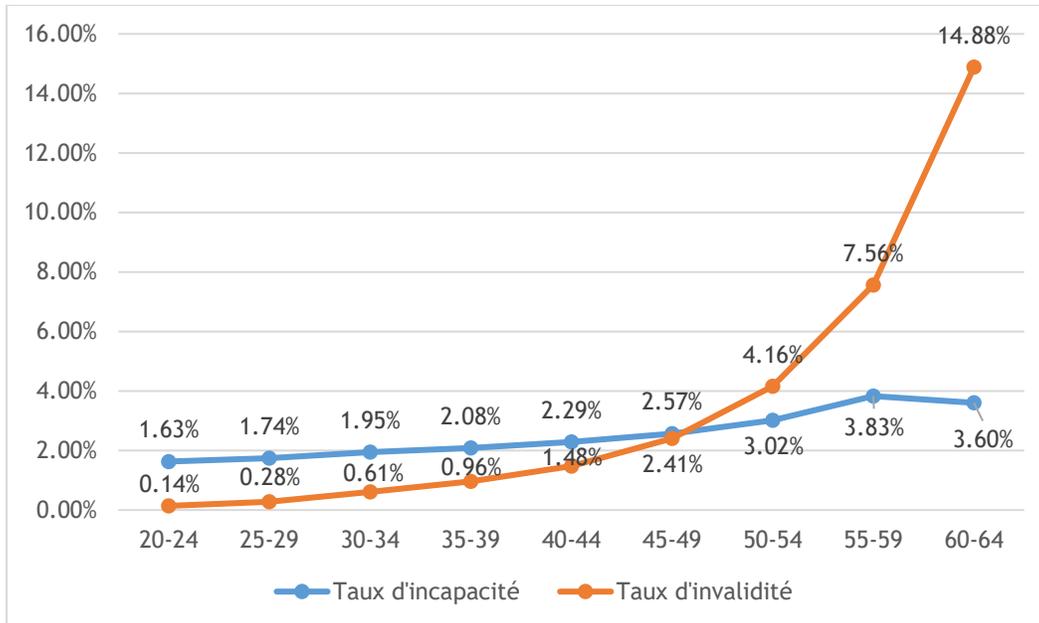
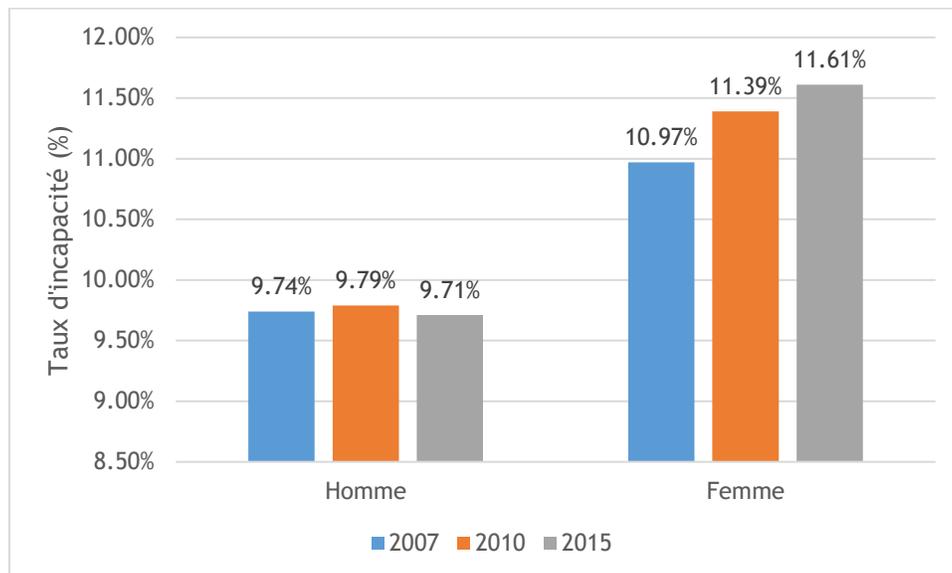
<sup>6</sup> Voir, par exemple, INAMI (2018), *Absentéisme pour maladie en incapacité de travail primaire. Analyse et facteurs explicatifs - 2011-2016*. Globalement, malgré certaines différences méthodologiques dans la construction des échantillons, nos résultats sont en ligne avec ceux de l'INAMI.

partir de 55 ans correspond à une augmentation du nombre de prépensionnés. Il est donc possible que la diminution du taux d'incapacité dans le régime des salariés à partir de 55 ans soit expliquée par un biais de sélection : une partie des assurés qui devraient entrer en incapacité sont prépensionnés. Vu l'absence de prépensionnés dans le régime des indépendants, nous observons une diminution du taux d'incapacité beaucoup plus faible jusque 64 ans. Par contre, dans les deux régimes, le taux d'invalidité augmente de façon exponentielle avec l'âge. L'augmentation du taux d'invalidité avec l'âge est en partie due à l'effet cumulatif dans le temps d'un certain nombre d'incapacités qui se prolongent sur plusieurs années.

En ce qui concerne les différences de genre (Graphique 4), le taux d'incapacité n'est pas seulement plus élevé parmi les femmes, il a également augmenté entre 2007 et 2015 de 0,64 point de pourcentage, tandis qu'il est resté stable parmi les hommes.

**Graphique 2 : Evolution % d'assurés en incapacité, invalidité et prépension par classe d'âge, salariés (2015)**



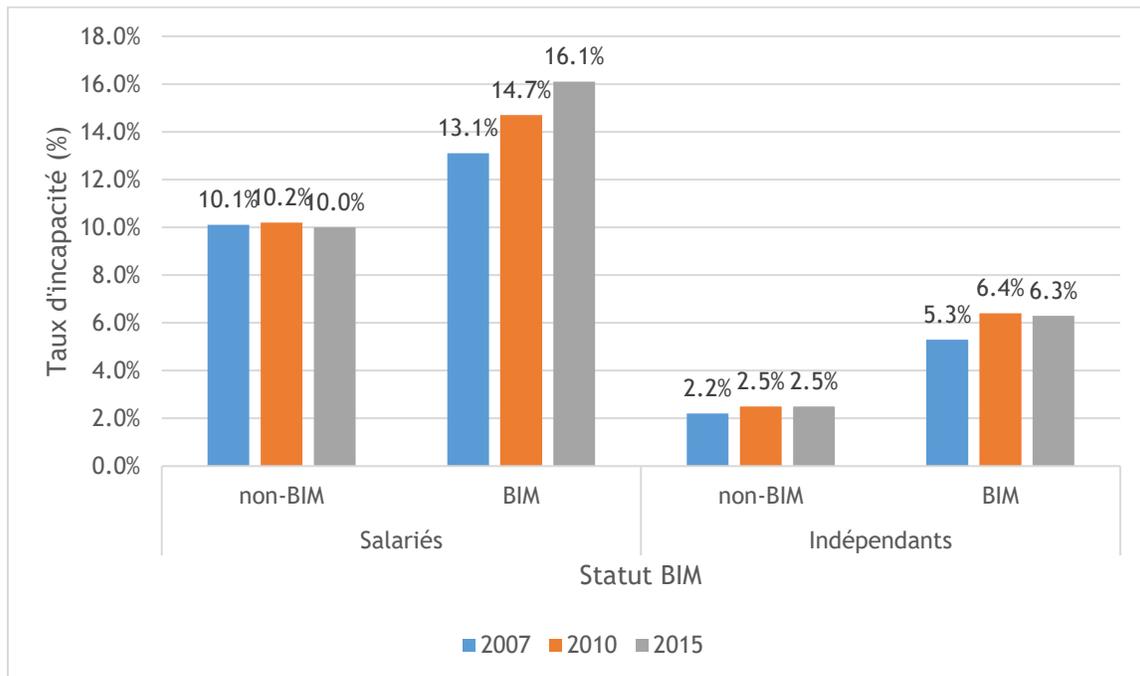
**Graphique 3 : Evolution % d'assurés en incapacité et invalidité par classe d'âge, indépendants (2015)**

**Graphique 4 : % d'assurés en incapacité par année et par genre, salariés**


#### Intervention majorée, chômage, plafond MàF et statut d'isolé

Nous observons des différences importantes dans le taux d'incapacité lorsqu'on ventile la population indemnisable selon certaines caractéristiques socio-économiques.

#### Intervention majorée

Le Graphique 5 ventile la population selon le régime et le fait d'avoir droit à l'intervention majorée (statut BIM). Dans les deux régimes, on observe que le taux d'incapacité primaire est plus élevé parmi les BIM que les non-BIM. En outre, le taux d'incapacité primaire augmente plus rapidement pour les BIM que pour les non-BIM. En particulier, pour les salariés, ce taux a augmenté de 3 % pour les BIM entre 2007 et 2015. Vu que la proportion de BIM dans la population (ici, la population est égale au nombre de titulaires indemnisables primaires (4 123 475 en 2015)) a augmenté de 4,6 % à 8,25 % entre 2007 et 2015, on observe une augmentation importante du nombre absolu des BIM en incapacité primaire.

**Graphique 5 : % d'assurés en incapacité par année, statut BIM et régime**


Dans le Graphique 5, on peut mettre en évidence une corrélation entre statut BIM et incapacité primaire. Pour mieux comprendre si les BIM ont une probabilité plus élevée d'être en incapacité primaire ou si le fait d'être en incapacité augmente les chances d'obtenir le statut BIM, nous procédons à une analyse plus approfondie de l'évolution du statut BIM.

Dans le Tableau 4, nous analysons la situation en 2014 et 2016 des assurés BIM en 2015 qui sont présents pendant les trois années : nous sommes ici intéressés à comprendre comment leur statut BIM et l'incapacité primaire changent dans le temps. Nous ventilons les BIM en 2015 selon le fait d'avoir eu au moins un jour d'incapacité primaire ou pas.

Il apparaît que le statut BIM est stable dans le temps. Plus de 80% des BIM en 2015 avaient déjà le statut BIM l'année précédente (81% pour les BIM ayant au moins un jour d'incapacité et 87% pour les BIM qui n'ont aucun jour d'incapacité). Plus de 85% le sera aussi en 2016. Il y a donc chaque année moins de 20% des assurés qui changent de statut.

**Tableau 4 : Situation en 2014 et 2016 des titulaires avec intervention majorée en 2015 et ventilés selon qu'ils ont été indemnisés ou pas pour une incapacité primaire en 2015**

	en 2015 : indemnisation pour incapacité primaire ou pas	BIM et indemnisation pour incapacité primaire (en 2014 ou 2016)	BIM et pas d'indemnisation pour incapacité primaire (en 2014 ou 2016)	Non-BIM et indemnisation pour incapacité primaire (en 2014 ou 2016)	Non-BIM et pas d'indemnisation pour incapacité primaire (en 2014 ou 2016)
2014	pas d'indemnisation pour incapacité primaire	7,20%	79,41%	1,31%	12,08%
2014	indemnisation pour incapacité primaire	31,59%	49,53%	7,61%	11,27%
2016	pas d'indemnisation pour incapacité primaire	9,02%	77,55%	1,40%	12,03%

<b>2016</b>	Indemnisation pour incapacité primaire	48,69%	39,65%	5,30%	6,36%
-------------	--	--------	--------	-------	-------

En comparant les assurés, BIM et non-BIM, qui ne sont pas en incapacité en 2015 (Tableau 5), on peut calculer la probabilité de tomber en incapacité en 2016 dans les deux catégories. Les BIM qui, en 2015, ne sont pas en incapacité ont une probabilité de 10,42% (9,02%+1,4%) d'avoir au moins un jour indemnisé en 2016, contre 6,89% parmi les non-BIM. Les BIM ont donc une probabilité plus élevée de tomber en incapacité primaire que les non-BIM.

**Tableau 5 : Situation en 2016 pour les assurés qui ne sont pas en incapacité en 2015**

BIM en 2015	incapacité en 2015	BIM et en incapacité, 2016	BIM et pas d'incapacité, 2016	Non-BIM et en incapacité, 2016	Non-BIM et pas d'incapacité, 2016
non-BIM	pas d'incapacité	0,19%	1,16%	6,70%	91,95%
BIM	pas d'incapacité	9,02%	77,55%	1,40%	12,03%

Nous pouvons aussi calculer à partir du Tableau 5 quelle est la probabilité pour un individu qui n'était pas BIM en 2016 de le devenir. Pour un non-BIM qui commence une incapacité en 2016, la probabilité de devenir BIM est :

$$\frac{\%BIM \text{ en incapacité en 2016}}{\% (BIM + non - BIM) \text{ en incapacité en 2016}} = \frac{0,19\%}{0,19\% + 6,70\%} = 2,8\%$$

La probabilité d'un non-BIM qui ne commence aucune incapacité en 2016 de devenir BIM est :

$$\frac{\%BIM \text{ pas en incapacité 2016}}{\% (BIM + non - BIM) \text{ pas en incapacité en 2016}} = \frac{1,16\%}{1,16\% + 91,95\%} = 1,2\%$$

Même si, en général, la probabilité de changer de statut (devenir BIM) n'est pas très élevée, elle est plus de 2 fois supérieure pour quelqu'un qui a au moins un jour indemnisé que pour quelqu'un qui n'a aucun jour indemnisé. Le fait qu'on compare des individus qui, en 2015, n'ont pas de jours d'indemnisés permet de réduire le risque que le changement de statut en 2016 soit lié à une incapacité précédente. Toutefois, nous ne pouvons pas affirmer que l'incapacité augmente la chance de devenir BIM, car d'autres éléments pourraient jouer un rôle.

Si nous calculons la probabilité de devenir BIM suite à une incapacité de plus de 60 jours en 2016<sup>7</sup>, on observe que la probabilité pour un non-BIM de devenir BIM en 2016 est de 4,6%. La probabilité de devenir BIM pour un non-BIM qui n'a aucune incapacité ou moins de 60 jours d'incapacité en 2016 est de 1,3%. Cela semble donc indiquer que la probabilité de devenir BIM augmente avec la durée de l'incapacité, vu que l'on passe d'une probabilité de devenir BIM de 2,8% pour toute durée de l'incapacité à 4,6% quand on considère uniquement les incapacités de plus de 60 jours.

Il apparaît donc que la plupart des individus ayant le statut BIM en 2015 l'étaient déjà en 2014 et le resteront en 2016, indépendamment de l'évolution de leur incapacité. Nous pouvons donc partiellement répondre à la question posée en début de section qui visait à savoir si ce sont les BIM qui ont une probabilité plus élevée d'être en incapacité primaire ou l'incapacité qui augmente les chances d'obtenir le statut BIM. Nos chiffres montrent que si les changements de statut

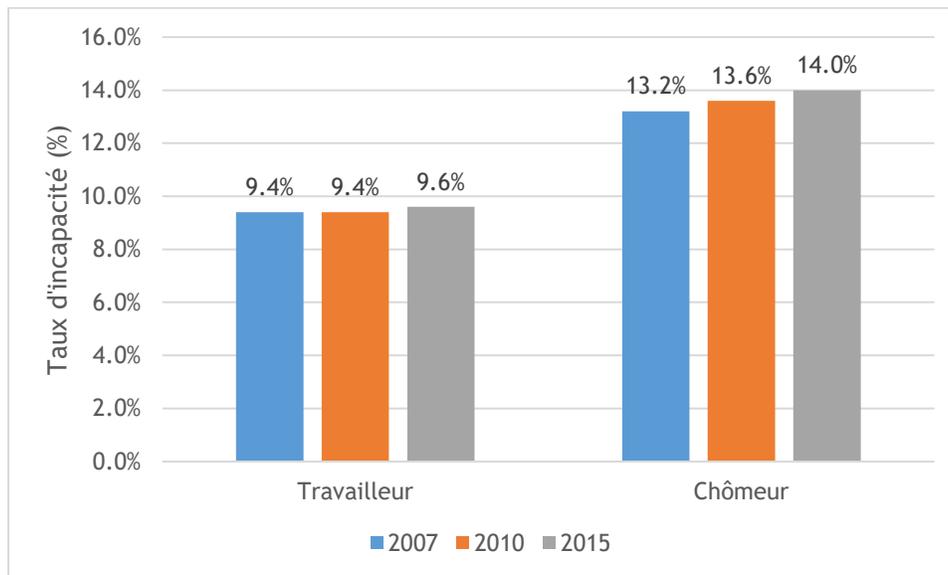
<sup>7</sup> Nombre total de jours indemnisés pendant l'année, au-delà de la période de salaire garanti.

BIM sont plus fréquents quand il y a une incapacité, la causalité va surtout dans l'autre sens : les BIM ont plus de chance de tomber en incapacité que les non-BIM.

### Chômage

Le taux d'incapacité est plus élevé parmi les individus qui ont le statut de chômeur (temps plein ou partiel)<sup>8</sup> par rapport aux non-chômeurs.

**Graphique 6 : % d'assurés en incapacité par année et statut de chômeur, salariés.**



### Situation familiale

Il n'y a pas de différences remarquables entre le taux d'incapacité primaire parmi les isolés et les non-isolés, qui est en 2015 de 10,3 % parmi les salariés isolés et de 10,7% parmi les salariés non-isolés<sup>9</sup>.

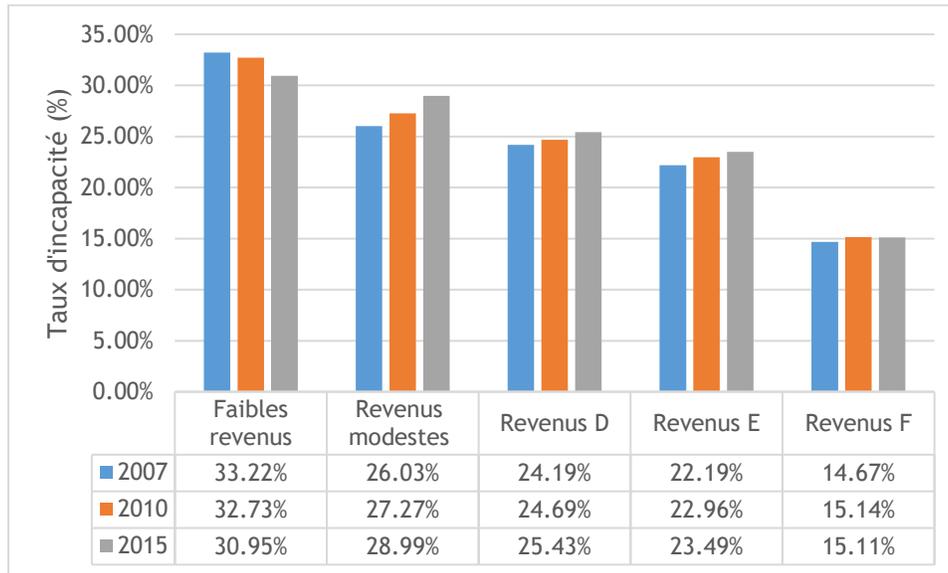
### Statut MâF

Quand le plafond des interventions personnelles du ménage ou d'un enfant du ménage dépasse 450 € par an (ou 350 € dans le cas du MâF malades chroniques) et que l'organisme assureur a reçu du ministère des Finances les informations concernant la catégorie de revenus dans laquelle se trouve l'individu afin de pouvoir déterminer le plafond MâF correspondant, nous disposons alors d'informations additionnelles sur le niveau de revenu du ménage. En 2015, il y avait 1 208 534 personnes qui ont bénéficié du MâF en Belgique, tous régimes confondus. Nous calculons ici le taux d'incapacité primaire pour les personnes ayant bénéficié du MâF et étant dans le régime général. Comme pour les autres proxys du niveau de revenu (intervention majorée et chômage), nous observons un taux d'incapacité plus élevé parmi les individus ayant un niveau de revenu faible ou modeste. La même tendance est observée chez les indépendants.

<sup>8</sup> Il s'agit de l'information sur le statut de chômeur au cours du quatrième trimestre de l'année précédant l'année de référence.

<sup>9</sup> La composition du ménage (nombre de personnes à charge, nombre de titulaires dans le ménage, isolé, famille monoparentale ou non) peut jouer un rôle important sur la probabilité d'entrer en incapacité et sur le niveau de dépenses en soins de santé, mais la distinction entre isolé et non-isolé que l'on propose ici ne semble pas capter ces différences. Une analyse plus détaillée serait donc nécessaire pour mieux comprendre la variation du taux d'incapacité selon la composition du ménage.

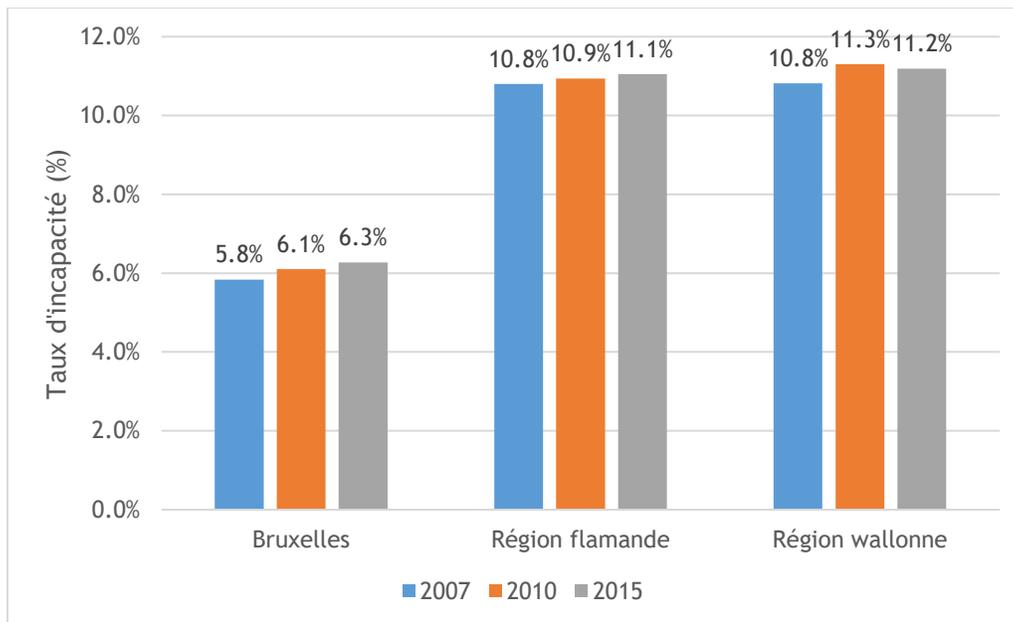
**Graphique 7 : % d'assurés en incapacité par année selon la catégorie de ménage MAF, salariés**



Région de résidence

Une analyse du taux d'incapacité par région de résidence pour le régime général (Graphique 8)<sup>10</sup> montre une différence importante entre Bruxelles et les deux autres régions. Le taux d'incapacité primaire est nettement moins élevé à Bruxelles (6,3 % contre environ 11 % en Flandre et 11,2 % en Wallonie en 2015). Le taux reste globalement stable dans le temps.

**Graphique 8 : % d'assurés en incapacité par année et par région, salariés**



<sup>10</sup> Dans ce graphique, nous avons exclus les individus dont le lieu de résidence était inconnu. Les considérations faites ici sont valables aussi pour le régime des indépendants.

### Facteurs corrélés avec la probabilité d'avoir au moins un jour d'incapacité primaire indemnisé

Nous avons estimé la probabilité d'avoir au moins un jour d'incapacité primaire indemnisé à l'aide d'une régression logistique, où on prend en compte en même temps l'ensemble des caractéristiques socio-économiques analysées ci-dessus et où on procède à une analyse séparée pour les salariés et pour les indépendants. Dans les deux cas, la relation entre caractéristiques individuelles et incapacité primaire restent les mêmes que celles décrites ci-dessus.

Pour les salariés, une comparaison entre la catégorie d'âge 45-54 ans et les autres montre que cette dernière a une probabilité plus élevée d'être en incapacité. Région de résidence, statut BIM et chômage sont aussi des bons prédicteurs de la probabilité d'être en incapacité.

Tableau 7 : Probabilité d'être en incapacité, régime général (2015)			
Effect	Odds Ratio Estimate	Lower 95% Confidence Limit for Odds Ratio	Upper 95% Confidence Limit for Odds Ratio
Âge <25 vs 45-54	0,574	0,565	0,583
Âge 25-34 vs 45-54	0,652	0,646	0,659
Âge 35-44 vs 45-54	0,827	0,82	0,835
Âge 55-59 vs 45-54	0,9	0,889	0,91
Âge 60-64 vs 45-54	0,499	0,489	0,509
Statut BIM	1,605	1,587	1,622
Femme vs homme	1,21	1,202	1,218
Région Flandre vs Bruxelles	2,047	2,017	2,077
Région Wallonie vs Bruxelles	1,957	1,927	1,987
Isolé	0,965	0,956	0,974
Chômage	1,469	1,457	1,482

Pour les indépendants, la direction de la relation est la même pour toutes les caractéristiques individuelles à l'exception des catégories d'âge. La probabilité d'être en incapacité primaire augmente avec l'âge (avec une légère flexion à partir de 60-64 ans), tandis que pour les salariés elle diminue fortement à partir de 60 ans. Le statut BIM est le prédicteur le plus important de la probabilité d'être en incapacité.

Tableau 8 : Probabilité d'être en incapacité, indépendants (2015)			
Effect	Odds Ratio Estimate	Lower 95% Confidence Limit for Odds Ratio	Upper 95% Confidence Limit for Odds Ratio
Âge <25 vs 45-54	0,56	0,495	0,633
Âge 25-34 vs 45-54	0,656	0,621	0,693
Âge 35-44 vs 45-54	0,776	0,743	0,811
Âge 55-59 vs 45-54	1,404	1,338	1,473
Âge 60-64 vs 45-54	1,326	1,248	1,409
Statut BIM	2,743	2,542	2,959
femme vs homme	1,102	1,063	1,143
Région Flandre vs Bruxelles	1,508	1,415	1,607
Région Wallonie vs Bruxelles	1,453	1,358	1,555
isolé	1,09	1,041	1,142

## 4. APPROCHE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

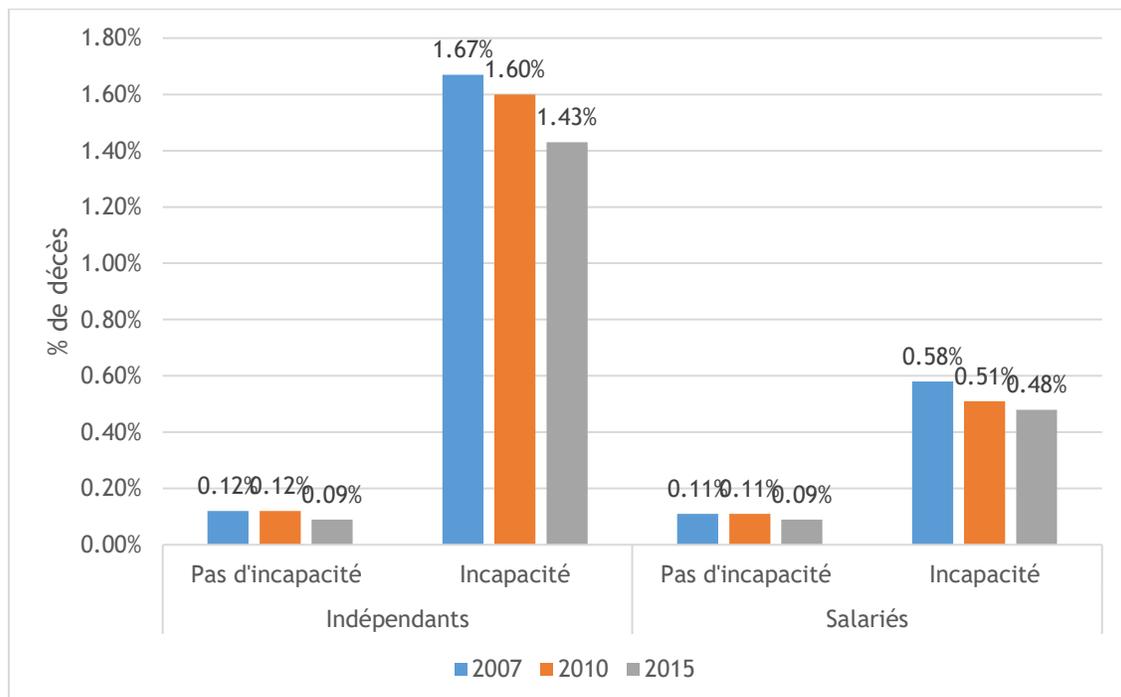
Alors que nous ne disposons pas d'informations sur les conditions de santé des assurés, nous pouvons néanmoins utiliser certains indicateurs comme proxys de l'état de santé. Ainsi, l'état de santé ou la morbidité peuvent être approchés par :

- le fait d'être considéré comme malade chronique ;
- le fait de décéder en cours d'année ;
- une consommation de médicaments remboursables (au moins une délivrance en 2015) ainsi que le nombre de DDD<sup>11</sup> délivrées par patient ainsi que la consommation d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques ;
- le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois en 2015 (hospitalisation classique et hospitalisation de jour) et le nombre de jours passés à l'hôpital<sup>12</sup> ;
- le nombre de contacts avec un médecin généraliste ou spécialiste.

### 4.1. INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ - MALADIE CHRONIQUE ET DÉCÈS

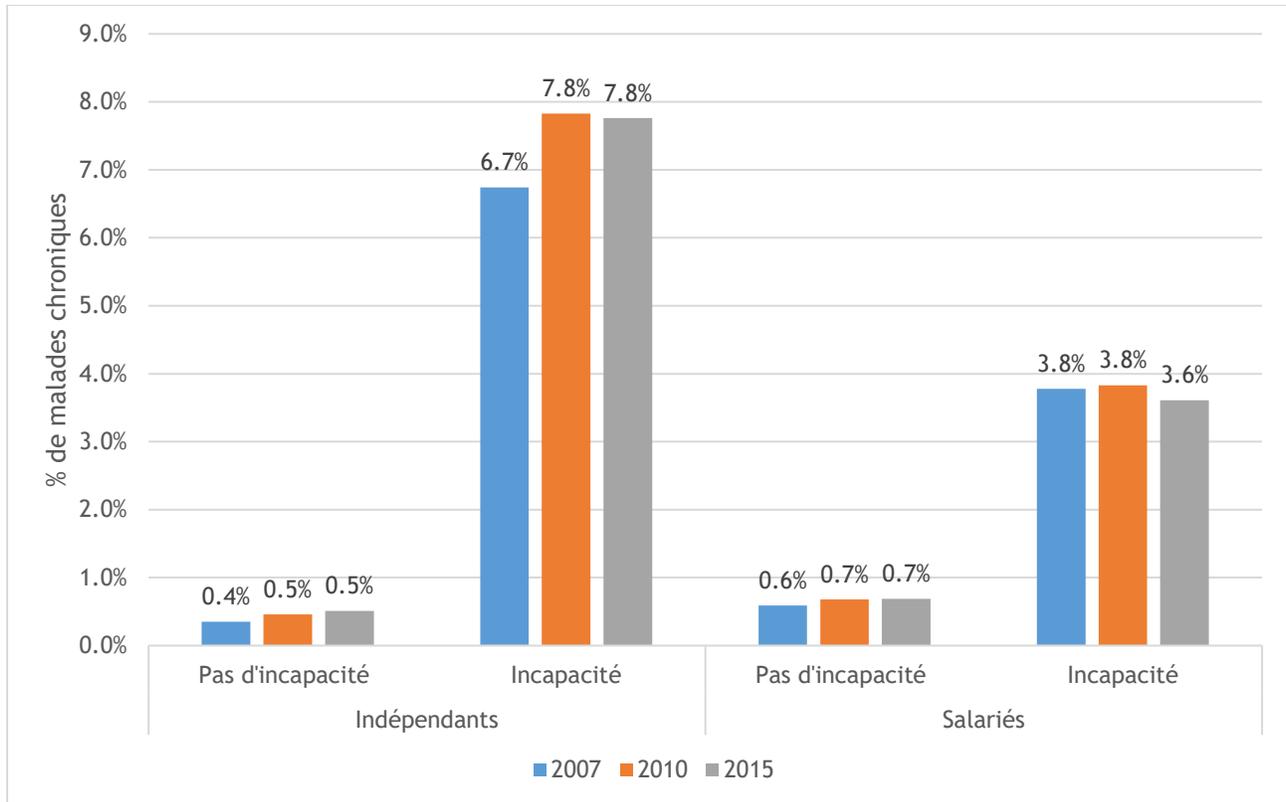
Nous avons donc utilisé les informations sur les décès qui ont eu lieu au cours de l'année et sur la condition de malade chronique. Cette dernière variable est calculée comme suit : un assuré est considéré comme malade chronique s'il a bénéficié au moins un jour dans l'année du forfait d'incontinence, ou bien de soins infirmiers (forfait B ou C), ou bien s'il est atteint d'une maladie grave nécessitant un traitement de kinésithérapie (ancien statut E) ou de physiothérapie, ou bien s'il a reçu des allocations familiales majorées pour enfants handicapés, ou encore une allocation pour l'aide d'une tierce personne, ou bien s'il a été hospitalisé, sur une période de 2 années calendrier, pour une durée d'au moins 120 jours ou au moins 6 fois.

**Graphique 9 : Etat de santé : taux de décès par année, par régime et par statut d'incapacité**



<sup>11</sup> DDD pour Defined Daily Dose qui est l'unité de mesure définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et qui correspond à la dose quotidienne de traitement pour un médicament dans son indication principale pour un adulte.

<sup>12</sup> On ne tient pas compte ici des hospitalisations en hôpital psychiatrique.

**Graphique 10: Etat de santé : % de malades chroniques par année, par régime et par statut d'incapacité**


Les Graphiques 9 et 10 montrent les pourcentages de décès et de malades chroniques pour les assurés en incapacité primaire et sans incapacité, ventilés selon le régime. En étant en incapacité primaire, il est tout à fait normal que l'état de santé des assurés dans ces catégories soit moins bon, d'où des taux de décès et de maladie chronique plus élevés. Il est par contre intéressant de voir que les assurés du régime indépendant en incapacité primaire ont en proportion plus de décès et de malades chroniques que les salariés. Les proportions sont par contre similaires pour les individus qui ne sont pas tombés en incapacité primaire de travail. L'analyse des dépenses de soins de santé que nous présentons ci-dessous semble aussi indiquer qu'une partie des indépendants en incapacité primaire a, en moyenne, une condition de santé moins bonne que les salariés. Ceci pourrait être expliqué par le fait qu'il y a une période de carence pour les indépendants (l'indemnisation est octroyée à partir du 15<sup>e</sup> jour d'incapacité) et que le coût de l'assurance qu'ils doivent payer pour couvrir ce risque est non négligeable. Ils essaieraient ainsi de travailler le plus longtemps possible, arrivant alors en incapacité de travail à un stade plus avancé de la maladie. Ceci peut alors engendrer un état de santé moins bon, une probabilité plus élevée de décès et des dépenses de santé plus élevées.

#### 4.2. DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS

Quel que soit le régime, la proportion de personnes s'étant vue délivrer au moins un médicament sur l'année est plus élevée parmi les personnes en incapacité de travail primaire : cela concerne la majorité d'entre elles (92 % pour 70 % parmi les personnes qui ne sont pas en ITP pour les salariés et 92 % pour 65 % pour les indépendants).

**Tableau 9 : Proportion d'affiliés avec une délivrance de médicaments (2015)**
**a) Salariés**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés indemnisables	Nb salariés avec au moins 1 délivrance	% salariés avec au moins 1 délivrance
<b>Non</b>	3.187.439	2.242.271	70%
<b>Oui</b>	376.915	345.634	92%

**b) Indépendants**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants indemnisables	Nb indépendants avec au moins 1 délivrance	% indépendants avec au moins 1 délivrance
<b>Non</b>	544.555	353.450	65%
<b>Oui</b>	14.566	13.392	92%

La différence est encore plus marquée lorsqu'on analyse la délivrance de psycholeptiques et/ou de psychoanaleptiques (classes ATC<sup>13</sup> N05 et N06) : le rapport est alors de 1 à 3 entre les personnes qui ne sont pas en incapacité de travail et celles qui le sont avec 9 % des personnes sans ITP contre 26 % des personnes avec ITP pour le régime général et 7 % vs. 22 % dans le régime des indépendants.

Les données de l'INAMI montrent que les troubles mentaux sont une des principales causes d'entrée en invalidité, en particulier chez les chômeurs. 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.

**Tableau 10 : Proportion d'affiliés avec une délivrance de psycholeptiques (N05) ou de psychoanaleptiques (N06) (2015)<sup>14</sup>**
**a) Salariés**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés indemnisables	Nb salariés avec au moins 1 délivrance	% salariés avec au moins 1 délivrance
<b>Non</b>	3.187.439	275.351	9%
<b>Oui</b>	376.915	98.805	26%

<sup>13</sup> La classification ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) est un système de classification hiérarchique des molécules en 5 niveaux développé par l'OMS où les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

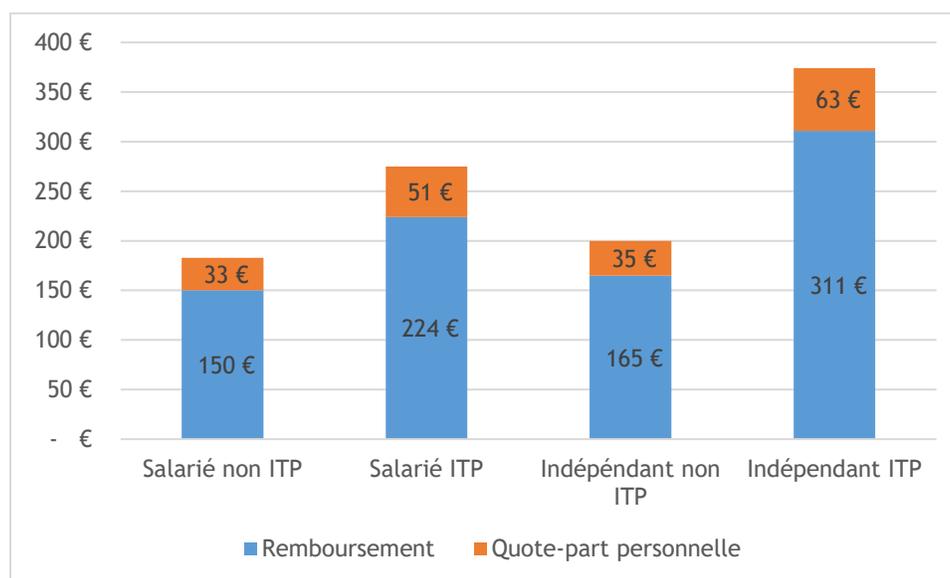
<sup>14</sup> N05 : classe des 'Psycholeptiques' du sous-groupe N (Système nerveux). Il contient les antipsychotiques, les anxiolytiques et autres hypnotiques et sédatifs. N06 : classe des 'Psychoanaleptiques' qui contient les antidépresseurs, les psychostimulants, les psycholeptiques et psychoanaleptiques en association ainsi que les médicaments anti-démence.

**b) Indépendants**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants indemnisables	Nb indépendants avec au moins 1 délivrance	% indépendants avec au moins 1 délivrance
<b>Non</b>	544.555	35.818	7%
<b>Oui</b>	14.566	3.204	22%

En termes financiers, la plus grande délivrance de médicaments pour les personnes en incapacité de travail primaire se traduit évidemment par des coûts plus importants pour cette population-là, aussi bien au niveau des remboursements de l'assurance soins de santé obligatoire que des quotes-parts personnelles (QPP). Ces coûts sont en moyenne supérieurs de 150% pour les salariés et de l'ordre du double pour les indépendants. On remarque aussi que les remboursements pour les indépendants sont bien plus élevés que pour les salariés lorsqu'ils sont en ITP<sup>15</sup>.

**Graphique 11 : Moyenne des remboursements et quotes-parts personnelles pour les délivrances de médicaments, par statut d'incapacité et par régime (2015)**



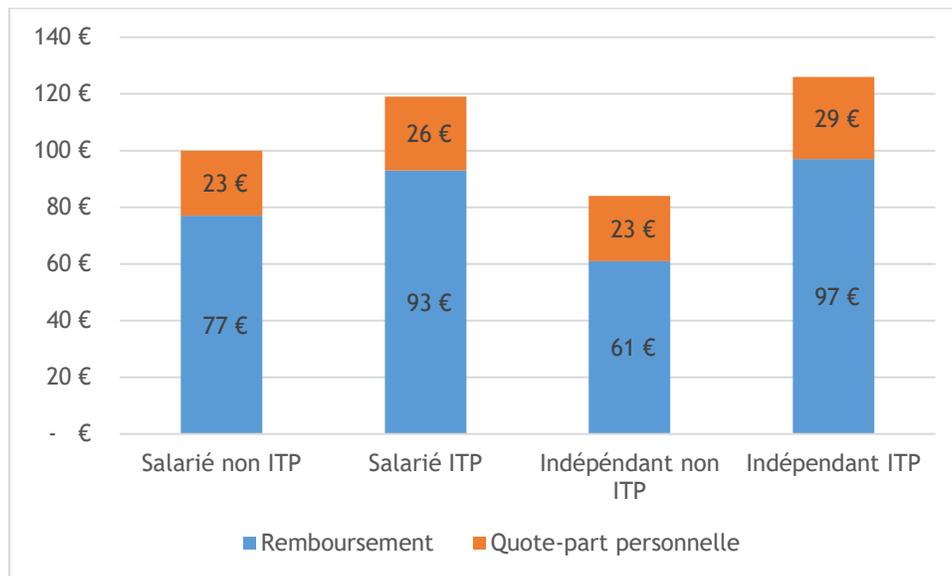
Comme souvent lorsqu'il s'agit des soins de santé, l'analyse de la distribution montre qu'il y a de grandes disparités de coût entre différentes personnes et que, si les coûts peuvent apparaître limités pour beaucoup, il y en a pour qui ils sont très importants. Ainsi, pour les 10 % supérieurs des salariés en incapacité de travail primaire, le remboursement de médicaments est de plus de 364 € en 2015 (contre 206 € pour une personne qui n'est pas en ITP) et la quote-part personnelle de plus de 121 € (pour 82 € pour une personne sans ITP). Ces chiffres sont encore plus élevés pour les 10 % supérieurs parmi les indépendants en incapacité de travail : plus de 472 € de remboursement et plus de 146 € de quote-part personnelle (respectivement 224 € et 87 € pour le percentile 90 des indépendants qui ont eu une délivrance de médicaments en 2015 et qui n'ont pas été en incapacité de travail primaire).

Les constats ne sont pas très différents au niveau de la délivrance des seuls médicaments des classes N05 et N06. On remarquera néanmoins que, alors qu'ils forment une grande partie du remboursement pour les personnes qui ne sont pas

<sup>15</sup> Il s'agit bien ici des coûts pour les personnes qui ont eu au moins une délivrance de médicament remboursé ; il ne s'agit donc pas d'une moyenne au sein des sous-populations.

en ITP (77 € sur 150 pour les salariés et 61 € sur 165 pour les indépendants), leur proportion dans les remboursements des personnes en incapacité de travail est moindre (93 € sur 224 pour les salariés et 97 € sur 311 pour les indépendants). Pour les quotes-parts personnelles, les antidépresseurs et/ou antipsychotiques représentent deux tiers des QPP des personnes qui ne sont pas en incapacité de travail primaire et la moitié des QPP des personnes en ITP.

**Graphique 12 : Moyenne des remboursements et quotes-parts personnelles pour les délivrances de psycholeptiques (N05) ou de psychoanaleptiques (N06), par statut d'incapacité et par régime (2015)**



### 4.3. HOSPITALISATION

L'hospitalisation peut être considérée comme une présomption d'incapacité. Les assurés sociaux entrent en ITP suite à une hospitalisation ou sont hospitalisés pendant l'incapacité.

#### a) Hospitalisation classique

##### Salariés

Les personnes salariées en incapacité de travail primaire sont plus fréquemment hospitalisées (hospitalisation classique) : 29 % d'entre-elles se sont faites hospitaliser au moins une fois en 2015 alors que cela ne concerne que 4 % des personnes qui ne sont pas en ITP. La durée de séjour des personnes en ITP (en moyenne 9 jours) est également plus longue que pour les autres (5 jours).

Tableau 11 : Proportion de salariés hospitalisés et durée de séjour moyenne par patient (2015)

Incapacité de travail primaire	Nb salariés indemnisables	Nb salariés avec au moins 1 hospitalisation	% salariés avec au moins 1 hospitalisation	Nb jours moyen pour les personnes avec au moins 1 hospitalisation
Non	3.187.439	132.110	4%	5
Oui	376.915	110.355	29%	9

Le nombre moyen d'hospitalisations est généralement limité à une seule puisque, aussi bien pour les personnes en ITP que pour les autres, 75 % des titulaires hospitalisés ne connaissent qu'une hospitalisation.

**Tableau 12 : Distribution du nombre d'hospitalisations pour les salariés (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés avec au moins 1 hospitalisation	Moyenne	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	132.110	1,2	1	1	1	1	1	2	2
Oui	110.355	1,4	1	1	1	1	1	2	3

Cependant, si le nombre d'hospitalisations est similaire qu'on soit ou non en ITP, la durée d'hospitalisation varie entre personnes en ITP et les autres. Lorsque l'on regarde la distribution du nombre de jours d'hospitalisation, on remarque qu'à partir de la médiane, l'écart entre les affiliés hospitalisés s'agrandit pour finir par être 2 fois supérieur parmi les personnes en ITP.

**Tableau 13 : Distribution du nombre de jours d'hospitalisation pour les salariés (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés avec au moins 1 hospitalisation	Moyenne	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	132.110	5	2	2	2	3	5	8	14
Oui	110.355	9	2	2	2	4	8	18	32

### Indépendants

Il apparaît que, pour les indépendants, si la durée de séjour moyenne est comparable à ce qui est observé pour les salariés (11 jours pour les personnes qui sont en ITP contre 5 pour celles qui ne le sont pas), c'est ici près de la moitié des personnes qui ont connu une hospitalisation classique (vs. 29 % pour les salariés)

**Tableau 14 : Proportion d'indépendants hospitalisés et durée de séjour moyenne par patient (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants indemnisables	Nb indépendants avec au moins 1 hospitalisation	% indépendants avec au moins 1 hospitalisation	Nb jours moyen pour les personnes avec au moins 1 hospitalisation
Non	544.555	26.710	5%	5
Oui	14.566	6.707	46%	11

La distribution du nombre d'hospitalisations pour les indépendants qui se sont faits hospitalisés au moins une fois montre qu'une plus grande partie des personnes en ITP a connu plus d'une hospitalisation. En effet, 25 % de la population en incapacité de travail primaire a au moins connu 2 hospitalisations classiques, contre 10% de la population sans ITP.

**Tableau 15 : Distribution du nombre d'hospitalisations pour les indépendants (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants avec au moins 1 hospitalisation	Moyenne	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	26.710	1,2	1	1	1	1	1	2	2
Oui	6.707	1,5	1	1	1	1	2	3	3

L'hypothèse d'un moins bon état de santé d'au moins une partie de la population indépendante en ITP est encore confirmée par la distribution du nombre de jours en hospitalisation classique puisque le nombre médian est supérieur à celui constaté pour les salariés, l'écart avec les salariés se marque encore davantage pour les percentiles supérieurs.

**Tableau 16 : Distribution du nombre de jours d'hospitalisation pour les indépendants (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants avec au moins 1 hospitalisation	Moyenne	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	26.710	5	2	2	2	3	5	8	12
Oui	6.707	11	2	2	3	5	11	26	42

### **b) Hospitalisation de jour**

Concernant l'hospitalisation de jour, la proportion de personnes qui a bénéficié d'au moins une hospitalisation one day est comparable chez les salariés et chez les indépendants.

**Tableau 17 : Proportion de personnes hospitalisées en one day et durée de séjour moyenne par patient (2015)**

#### **a) Salariés**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés indemnisables	Nb salariés avec au moins 1 one day	% salariés avec au moins 1 one day
Non	3.187.439	220.843	7%
Oui	376.915	95.026	25%

#### **b) Indépendants**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants indemnisables	Nb indépendants avec au moins 1 one day	% indépendants avec au moins 1 one day
Non	544.555	42.331	8%
Oui	14.566	4.023	28%

Mais, ici aussi, il apparaît une différence au niveau du nombre d'hospitalisations de jour pour les personnes en ITP entre salariés et indépendants : à partir du P90, les indépendants ont eu plus d'hospitalisations de jour que les salariés.

**Tableau 18 : Distribution du nombre d'hospitalisations en one day (2015)**
**a) Salariés**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés avec au moins 1 one day	Moyenne	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	220.843	1	1	1	1	1	1	2	2
Oui	95.026	2	1	1	1	1	2	3	4

**b) Indépendants**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants avec au moins 1 one day	Moyenne	P5	P10	P25	P50	P75	P90	P95
Non	42.331	1	1	1	1	1	1	2	3
Oui	4.023	2	1	1	1	1	2	5	9

#### 4.4. CONTACTS AVEC LES MÉDECINS

Dans un premier temps, nous nous intéressons à la consommation de soins de santé en analysant les contacts avec le médecin généraliste ou spécialiste pour les personnes ayant eu au moins un contact avec un tel prestataire dans l'année. Dans un second temps, nous analysons l'accessibilité aux soins de santé par la facturation en tiers payant social (TPS).

**a) Contacts avec un médecin généraliste**

La proportion de personnes ayant au moins un contact (consultation ou visite) avec un médecin généraliste (MG) est plus élevée parmi les personnes en ITP.

Pour les salariés, en 2015, 92 % des personnes en ITP ont eu au moins un contact avec un médecin généraliste (contre 75 % parmi celles qui ne sont pas en ITP)<sup>16</sup>. Ce chiffre élevé s'explique en partie parce qu'il faut au moins un contact pour avoir un certificat d'incapacité de travail<sup>17</sup>. En outre, parmi ces personnes, la fréquence des contacts avec un médecin généraliste est deux fois plus élevée en moyenne parmi les personnes en ITP. Une personne en ITP sur dix a par ailleurs plus de 13 contacts sur l'année avec un médecin généraliste.

**Tableau 19 : Proportion de salariés avec au moins 1 contact avec un médecin généraliste et nombre moyen de contacts (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés indemnisables	Nb salariés avec au moins 1 contact	% salariés avec au moins 1 contact	Nb moyen de contacts
Non	3.187.439	2.383.637	75%	3
Oui	376.915	346.862	92%	7

<sup>16</sup> L'écart est proportionnellement plus important lorsqu'on regarde uniquement les visites : 21 % des personnes en ITP ont eu au moins une visite sur l'année pour 9 % parmi les titulaires qui ne sont pas en ITP.

<sup>17</sup> 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 ITP en 2015 qui ont eu un contact avec un médecin en 2014.

Les constats sont les mêmes chez les affiliés indépendants avec une proportion un peu moindre de personnes ayant eu un contact avec un MG (88 % pour les personnes en ITP et 65 % pour celles sans ITP), une fréquence de contacts plus du double pour les personnes en ITP et au moins 14 contacts pour l'année pour 10 % des indépendants en ITP.

**Tableau 20 : Proportion d'indépendants avec au moins 1 contact avec un médecin généraliste et nombre moyen de contacts (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants indemnisables	Nb indépendants avec au moins 1 contact	% indépendants avec au moins 1 contact	Nb moyen de contacts
Non	544.555	351.894	65%	2
Oui	14.566	12.862	88%	5

### **b) Contacts avec un médecin spécialiste**

En ce qui concerne les médecins spécialistes, les constats sont similaires à ceux que nous avons au niveau des MG pour les salariés, avec des proportions et un nombre de contacts qui sont moindres.

**Tableau 21 : Proportion de salariés avec au moins 1 contact avec un médecin spécialiste et nombre moyen de contacts (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb salariés indemnisables	Nb salariés avec au moins 1 contact	% salariés avec au moins 1 contact	Nb moyen de contacts
Non	3.187.439	1.697.570	53%	2
Oui	376.915	316.959	84%	5

Par contre, pour les indépendants, en comparaison avec la prise de contact avec un MG, il apparaît qu'une plus grande proportion d'indépendants a eu un contact avec un spécialiste et que ce nombre de contacts est aussi plus élevé.

**Tableau 22 : Proportion d'indépendants avec au moins 1 contact avec un médecin spécialiste et nombre moyen de contacts (2015)**

Incapacité de travail primaire	Nb indépendants indemnisables	Nb indépendants avec au moins 1 contact	% indépendants avec au moins 1 contact	Nb moyen de contacts
Non	544.555	279.961	51%	2
Oui	14.566	13.203	91%	6

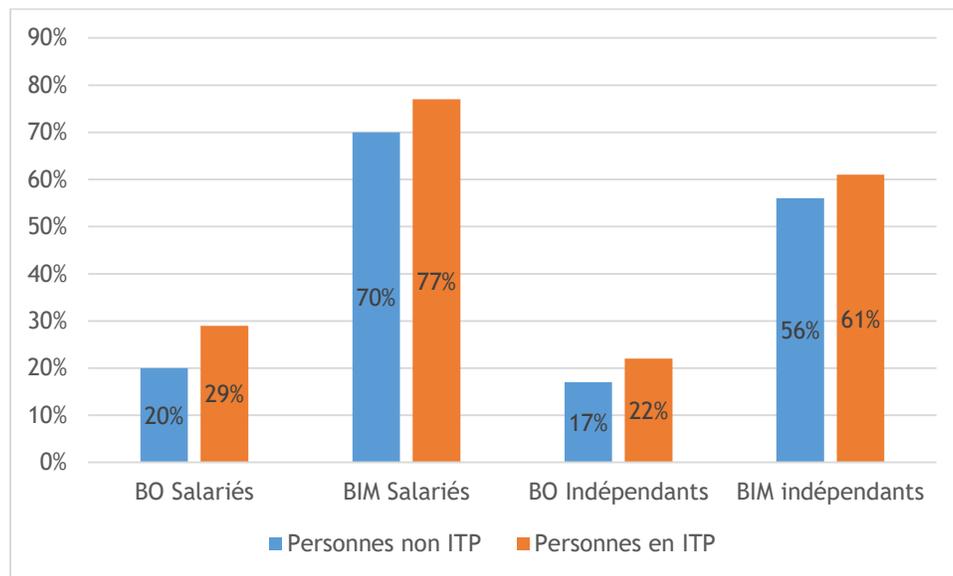
### c) Tiers payant social

Quel que soit le statut social du titulaire, la proportion de titulaires ayant bénéficié du tiers payant social (TPS)<sup>18</sup> est supérieure parmi les personnes en ITP.

Ainsi, 77 % des BIM en ITP se sont vus facturer une prestation en TPS contre respectivement 70 % des BIM qui ne sont pas en ITP en 2015 pour les salariés, alors que ces mêmes pourcentages sont, respectivement, de 61 % et de 56 % pour les indépendants.

Les chiffres sont respectivement de 29 % et 20 % pour les bénéficiaires ordinaires (BO, soit ceux qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée) salariés et de 22 % et 17 % pour les BO indépendants. Ce qui suggérerait une détresse financière relativement plus élevée parmi les personnes en incapacité de travail.

**Graphique 13 : Pourcentage de personnes s'étant vues facturer en tiers payant social, par statut BIM et par régime (2015)**



## 5. CONCLUSIONS

Comme mentionné précédemment, il s'agit ici d'une première analyse de l'Agence InterMutualiste sur l'incapacité de travail primaire. Elle a pour but de faire un rapide état des lieux de l'incapacité de travail primaire en utilisant les données dont disposent les organismes assureurs sur leurs affiliés : en matière d'assurabilité, de soins de santé et d'indemnités.

Une première conclusion est que, si le nombre de personnes en incapacité de travail primaire a sensiblement augmenté sur la période 2007-2015 (7,2 % pour les salariés mais 28,4 % pour les indépendants), le taux d'incapacité de travail primaire est lui resté relativement stable passant de 10,3 % à 10,6 % pour les salariés et de 2,3 % à 2,6 % pour les indépendants. Ceci indique que si le nombre de personnes en incapacité de travail primaire a augmenté, c'est surtout parce que le nombre d'ayants droit potentiels a augmenté. Notre analyse montre que l'évolution en termes de structure d'âge et du volume de la population indemnisable explique l'évolution du taux d'incapacité, presque totalement pour les hommes et en très grande partie pour les femmes.

Un deuxième constat est celui d'une évidence : les personnes en incapacité de travail primaire ont un état de santé sensiblement plus dégradé que les personnes qui n'ont pas connu d'épisode d'incapacité de travail :

- avec un nombre d'hospitalisations plus élevé et des durées de séjour deux fois plus longues ;

<sup>18</sup> Le tiers payant social permet à certains bénéficiaires de ne payer au médecin généraliste que la part des frais à leur charge, la mutualité se chargeant de verser directement au prestataire le montant remboursé par l'assurance soins de santé. Les conditions pour bénéficier du tiers payant social sont disponibles sur le site de l'INAMI (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/tiers-payant-social-frais-medecin-generaliste-payer-votre-part.aspx>).

- avec plus de deux fois plus de contacts avec les médecins généralistes et/ou spécialistes ;
- avec une consommation de médicaments 1,5 fois supérieure qui est encore plus marquée (3 fois supérieure) pour les traitements destinés à traiter un problème de santé mentale ;
- ...

Il apparaît aussi que la probabilité de tomber en incapacité de travail primaire est liée aux revenus ; plus ceux-ci sont faibles ou modestes, plus grand est le risque d'entrer en ITP.

Notre analyse semble montrer qu'une partie des indépendants qui entrent en incapacité de travail primaire le font dans un état de santé plus dégradé que les salariés. C'est un constat qui devrait être davantage investigué pour déterminer s'il y a des conditions/obstacles propres aux indépendants qui les amènent à entrer plus tard en incapacité.

Cette analyse ne se veut évidemment pas exhaustive ; elle fait office de laboratoire quant au couplage des données disponibles et permet de mettre en exergue les possibilités (certains diront nécessités) d'analyses futures. Elle ne permet évidemment pas de tirer des conclusions définitives sur le sujet.