

Etat de santé des personnes en incapacité de travail primaire - Analyse longitudinale 2014-2016

Date de publication : décembre 2019

Auteurs : Tonio Di Zinno, Hervé Avalosse, Güngör Karakaya, Louise Lambert, Bernard Lange, Murielle Lona, Annelies Meeus, Eva Von Rauch, Jérôme Vrancken

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	3
2. Données et méthodologie.....	3
3. Description des populations	4
4. Durée de l'incapacité primaire de travail.....	6
5. Contacts avec des médecins	11
6. Consommation de médicaments.....	14
7. Hospitalisation	18
8. Conclusions	21

1. INTRODUCTION

Dans cette deuxième étude en matière d'incapacité primaire de travail¹, nous procédons au moyen des données des affiliés des 7 organismes assureurs belges à une analyse longitudinale de l'incapacité de travail primaire afin de mesurer l'impact socio-économique de l'incapacité de travail (IT), de suivre l'état de santé au cours de l'IT et d'évaluer le niveau de santé avant et au cours de l'IT.

Dans un premier temps, nous indiquons la méthodologie qui a été la nôtre pour l'analyse que nous proposons relative à l'année 2015 tout en tenant compte des caractéristiques de nos affiliés l'année qui précède (2014) et qui suit (2016).

La deuxième étape consiste en une description des 2 populations du Régime général et du Régime des indépendants. A ce stade, nous définissons également ce que nous entendons par incapacité courte (moins de 6 mois) et longue. Une analyse par arrondissement permet encore d'avoir une idée de la variation géographique observée.

Nous avons ensuite procédé à une analyse de la durée de l'incapacité primaire de travail.

Tout au long de l'analyse, nous avons également utilisé des proxys de l'état de santé de nos affiliés et de son évolution. En effet, alors que nous ne disposons pas d'informations précises et objectives sur les conditions de santé des personnes en IT, il existe certaines données qui peuvent nous donner par approximation des indications de l'état de santé ou de la morbidité:

- le fait d'être considéré comme malade chronique ;
- le fait de décéder en cours d'année ;
- la consommation de médicaments remboursables (au moins une délivrance en 2015 et durant l'année qui précède et l'année qui suit l'entrée en incapacité) ainsi que le nombre de DDD² 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, l'année précédente et l'année suivante (hospitalisation classique et hospitalisation de jour) et le nombre de jours passés à l'hôpital ;
- le nombre de contacts avec un médecin généraliste ou spécialiste.

2. DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

L'analyse que nous effectuons se fait au départ des incapacités de travail primaire (ITP) constatées au cours de l'année 2015 pour les affiliés des 7 organismes assureurs. L'analyse longitudinale se fait alors sur les caractéristiques des personnes retenues pour les années 2014 à 2016 pour avoir une vue de l'état de santé 1 an avant le début de l'incapacité et jusqu'à 1 an après.

Pour être retenu dans notre analyse et considéré comme étant en incapacité primaire de travail, le salarié ou l'indépendant doit avoir débuté une ITP classique (donc pas de congé de maternité ou de paternité) en 2015 en un épisode continu et ne pas avoir connu un épisode d'incapacité en 2014. Les femmes enceintes ou ayant accouché n'ont pas été reprises dans l'analyse.

Les titulaires indemnisables, âgés de 18 à 65 ans qui n'ont eu aucun jour d'incapacité primaire de travail en 2015³ (ni d'invalidité) sont alors considérés comme la population 'active' ou témoin comme dans notre précédente étude.

Lorsque nous évoquons la durée de l'ITP, le point de départ est toujours le 1^{er} jour de maladie. Pour estimer ce début de maladie, nous prenons le début de l'indemnisation par la mutualité et on rajoute la période de salaire garanti pour

¹ La première étude de l'Agence Intermutualiste 'Profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire' est disponible à l'adresse suivante : <https://aim-ima.be/Profil-socio-sanitaire-et-consommation-de-soins-des-personnes-en-incapacite-de>

² 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. Définition reprise de : https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/

³ Ils peuvent néanmoins avoir eu un jour d'incapacité primaire en 2014 ou en 2016.

le régime général ou de carence (30 jours) pour les indépendants. Le calcul se fait alors en jours calendrier et non en jours d'indemnisation.

Dans ce qui suit, nous considérons qu'une ITP est 'courte' lorsqu'elle dure moins de 6 mois (180 jours) et qu'elle est 'longue' lorsqu'elle dure 180 jours ou plus.

En ce qui concerne l'analyse longitudinale des personnes en ITP, la période qui précède la maladie ('avant') correspond aux 365 jours avant le début de celle-ci alors que les 365 jours qui suivent le début de la maladie correspondent à 'l'après'. Pour les personnes de notre population active (population témoin) qui n'ont pas connu d'épisode d'incapacité en 2015, la période 'avant' s'étale du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015 et la période 'après' court du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2016.

3. DESCRIPTION DES POPULATIONS

3.1. Régime général

Nous avons compté 296.273 affiliés du Régime général (RG) qui ont connu un épisode d'incapacité de travail primaire en 2015. Mais sur ceux-ci, et selon la méthodologie que nous avons retenue, 230.169 n'ont eu qu'un seul épisode continu au cours de cette année, soit 78%. Ils représentent 6,7% de l'ensemble de la population que nous avons retenue pour le RG.

Tableau 1 : Régime général - Description et caractéristiques des populations étudiées

Population	Nombre d'affiliés	Age moyen	% femmes	% BIM	% décès avant fin 2016	% Malade chronique	% RMB MAF	% chômeurs	% ouvriers	% employés
Sans ITP	3.187.439	41,0	45%	9%	0,20%	2,78%	3,22%			
ITP	230.169	41,7	53%	12%	0,71%	5,11%	12,40%	29%	39%	32%
ITP courtes	176.030	40,9	52%	9%	0,52%	4,00%	9,64%	25%	42%	33%
ITP longues	54.139	44,0	57%	22%	1,33%	8,72%	21,36%	44%	26%	30%

En termes d'âge, si la différence n'est pas importante entre les personnes en ITP et celles qui ne l'ont pas été, on constate par contre une différence notable entre les ITP courtes et les ITP longues. Le pourcentage de femmes en incapacité primaire est plus élevé que dans la population témoin et plus élevé pour les ITP longues.

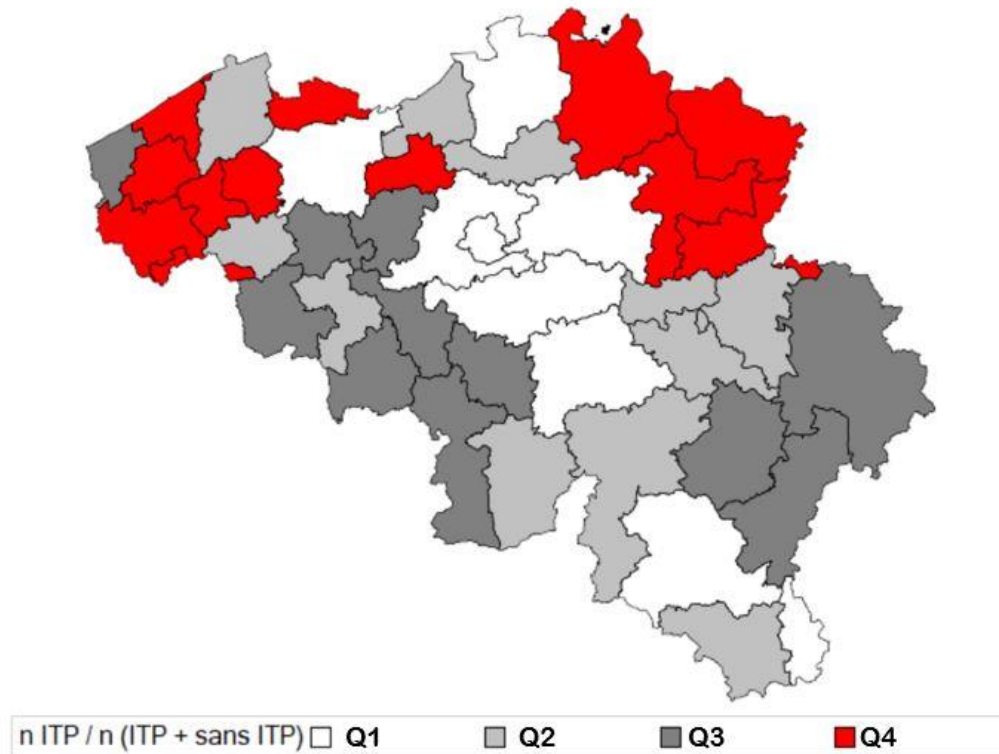
Comme nous l'avons constaté précédemment en mettant en évidence la probabilité plus grande des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) de tomber en incapacité que les autres bénéficiaires, il se confirme que le pourcentage des BIM en ITP est plus élevé et que ce pourcentage augmente avec la durée de l'incapacité. La variable chômage indique aussi que les chômeurs sont plus nombreux en ITP de plus longue durée.

Quand on considère la variable relative au Maximum à Facturer (MàF)⁴, on constate non seulement qu'il y a plus de personnes qui ont un remboursement du MàF lorsqu'ils sont en incapacité mais aussi qu'ils sont plus nombreux lorsque la période d'incapacité primaire s'allonge. Ceci indique déjà qu'avec les personnes en ITP, on aura plus souvent affaire à des situations de santé dégradée, nécessitant une consommation de soins de santé élevée (au point de dépasser le plafond de tickets modérateurs considéré dans le cadre du MàF).

Comme on peut s'y attendre puisqu'on parle de malades, les pourcentages de malades chroniques⁵ sont aussi plus importants parmi les personnes qui ont connu un épisode d'ITP en 2015. Le nombre de décès est aussi plus grand chez les personnes en ITP.

⁴ Pour plus de détails sur le Maximum à Facturer, voir à l'adresse suivante : [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-\(maf\)-limite-dependences-soins-sante.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-(maf)-limite-dependences-soins-sante.aspx)

⁵ Il s'agit ici des personnes qui ont droit au 'forfait malades chroniques' (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), où s'ils ont reçu des allocations familiales majorées pour enfants handicapés, ou une allocation pour l'aide d'une tierce personne ou s'ils ont été hospitalisés soit 120 jours pendant l'année ou au moins 6 fois) et/ou qui ont le statut 'affection chronique'.

Figure 1 : Régime général - Proportion de la population qui débute un épisode d'ITP en 2015


Nos données (rangées par quartile⁶) indiquent, en ce qui concerne le régime général, que les pourcentages les plus importants de personnes qui sont entrées en ITP en 2015 se trouvent au nord du pays (Limbourg, Turnhout, Flandre occidentale ou Dendermonde). Mais les différences ne sont pas particulièrement importantes avec le Hainaut ou les province de Liège et du Luxembourg, le 3^e quartile étant d'une étendue assez limitée par rapports aux 3 autres.

3.2. Régime des indépendants

12.949 affiliés du Régime des indépendants (RI) ont débuté un épisode d'incapacité de travail primaire en 2015, et 12.092 (93%) d'entre eux ont connu un épisode continu.

Tableau 2 : Régime des indépendants - Description et caractéristiques des populations étudiées

Population	Nombre d'affiliés	Age moyen	% femmes	% BIM	% décès avant fin 2016	% Malade chronique	% RMB MAF
Sans ITP	544.555	44,2	28%	2%	0,19%	2,32%	4,37%
ITP	12.092	47,5	35%	5%	2,21%	8,23%	27,81%
ITP courtes	5.698	45,5	35%	3%	1,63%	5,51%	20,94%
ITP longues	6.394	49,2	35%	7%	2,72%	10,65%	33,94%

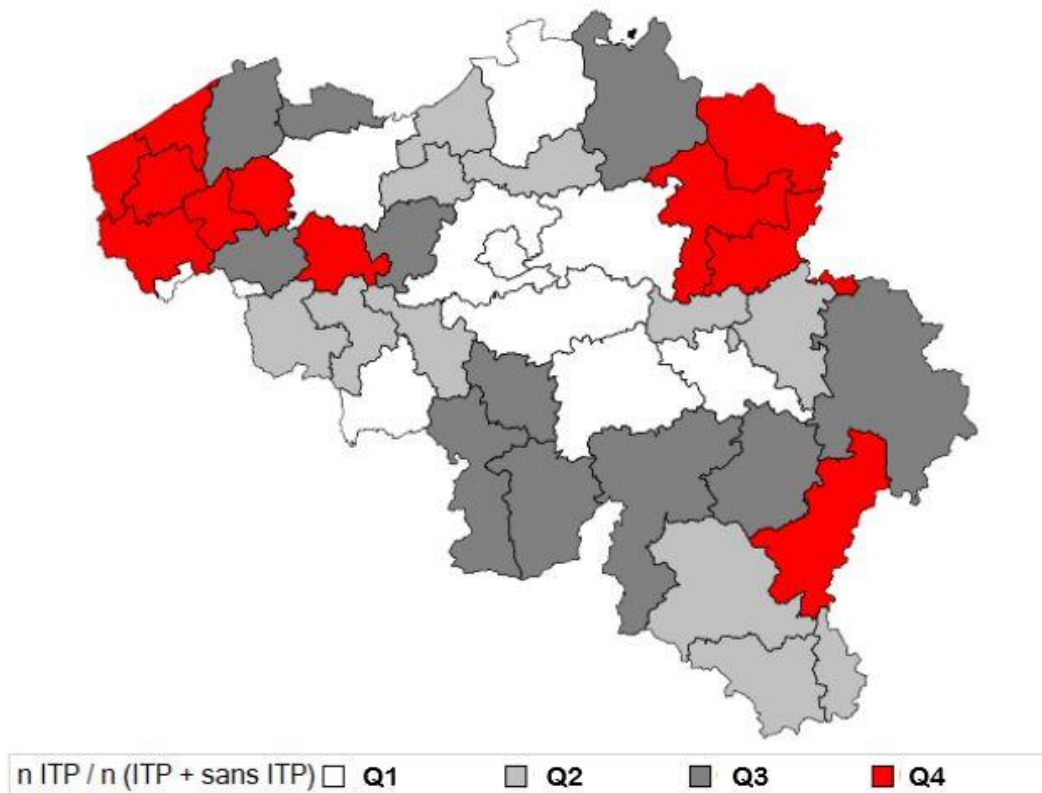
La population concernée est donc bien moins importante que pour le régime général. En pourcentage, les personnes qui ont connu un épisode continu d'ITP en 2015 représentent 2,2% des affiliés du RI que nous avons retenus.

⁶ Q1 pour le 1^{er} quartile jusqu'à Q4 pour le 4^e. Ce qui veut donc dire qu'il ne s'agit pas d'un découpage que nous aurions choisi mais d'un découpage qui est le résultat de la répartition de nos données. Ce qui veut aussi dire que les différentes cartes que nous présentons ici n'ont pas les mêmes limites de quartile.

Il reste que les constats propres au Régime général pourraient être majoritairement repris ici quant à la différence entre les personnes qui ont débuté une ITP en 2015 et les indépendants pour lesquels cela n'a pas été le cas, à la nuance près que les femmes sont, au sein du RI, moins présentes (aussi bien dans la population témoin que dans la population en incapacité) et que les indépendants sont en moyenne plus âgés, surtout dans la population en incapacité. Cependant, comme dans le régime salariés, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans la population en incapacité.

Comme dans notre étude précédente, on notera que parmi les assurés du régime des indépendants en ITP on observe une plus grande proportion de décès et de malades chroniques que parmi les salariés en ITP, alors que les proportions sont par contre similaires pour les individus sans jour indemnisé dans les 2 régimes. Notre analyse des dépenses de soins de santé présentée dans le 'Profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire' semblait déjà indiquer qu'une partie des indépendants en incapacité primaire avait en moyenne une condition de santé moins bonne que les salariés au moment d'entrer en incapacité.

Figure 2 : Régime des indépendants - Proportion de la population qui débute un épisode d'ITP en 2015



Ici aussi, il apparaît que la proportion de personnes qui ont débuté un épisode d'ITP en 2015 est plus grande au nord du pays (Limbourg, Flandre occidentale), mais aussi dans l'arrondissement de Bastogne. On notera cependant encore que les différences ne sont pas grandes avec les arrondissements au sud de la Sambre ou les arrondissements de Turnhout ou d'Alost.

4. DURÉE DE L'INCAPACITÉ PRIMAIRE DE TRAVAIL

4.1. Régime général

La Figure 3 ci-dessous⁷ indique la durée en nombre de jours de l'épisode d'incapacité primaire de travail. Il y apparaît clairement que plus le temps avance, plus de salariés quittent l'incapacité. Le tableau qui suit souligne que plus de 47%

⁷ Qui comprend aussi les personnes décédées.

de malades ne sont plus indemnisés après 60 jours et plus de 76% après 180 jours. Après 1 an, ils sont alors près de 7% à passer en invalidité.

Figure 3 : Régime général - Durée de l'incapacité primaire de travail

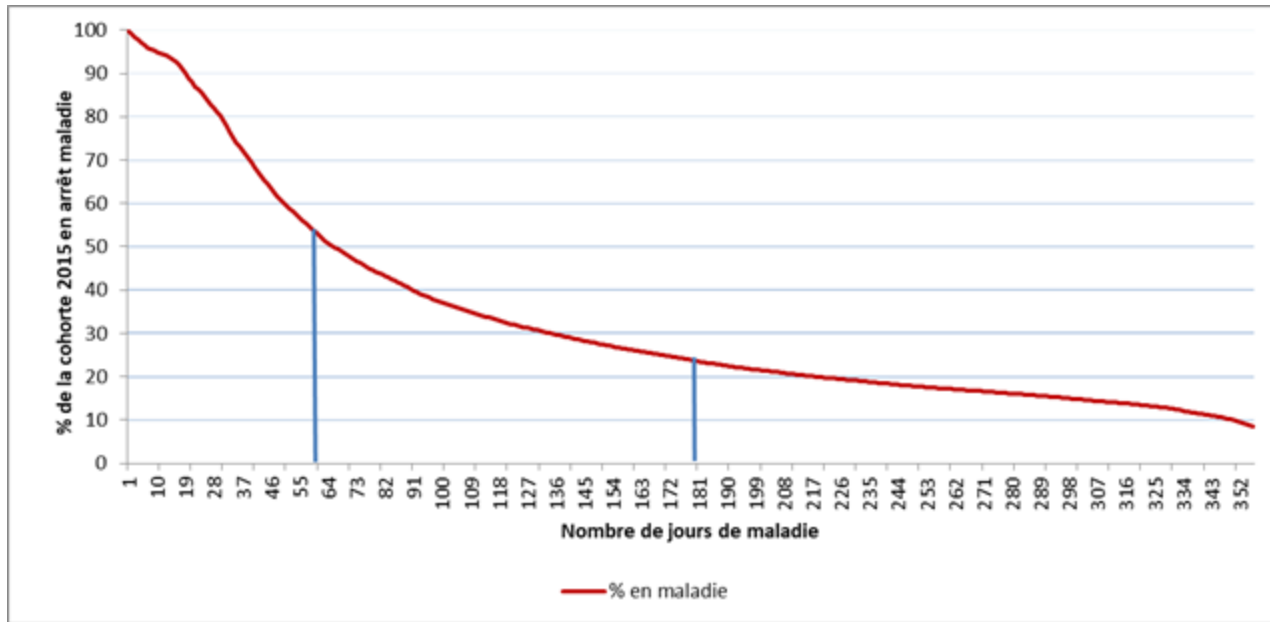
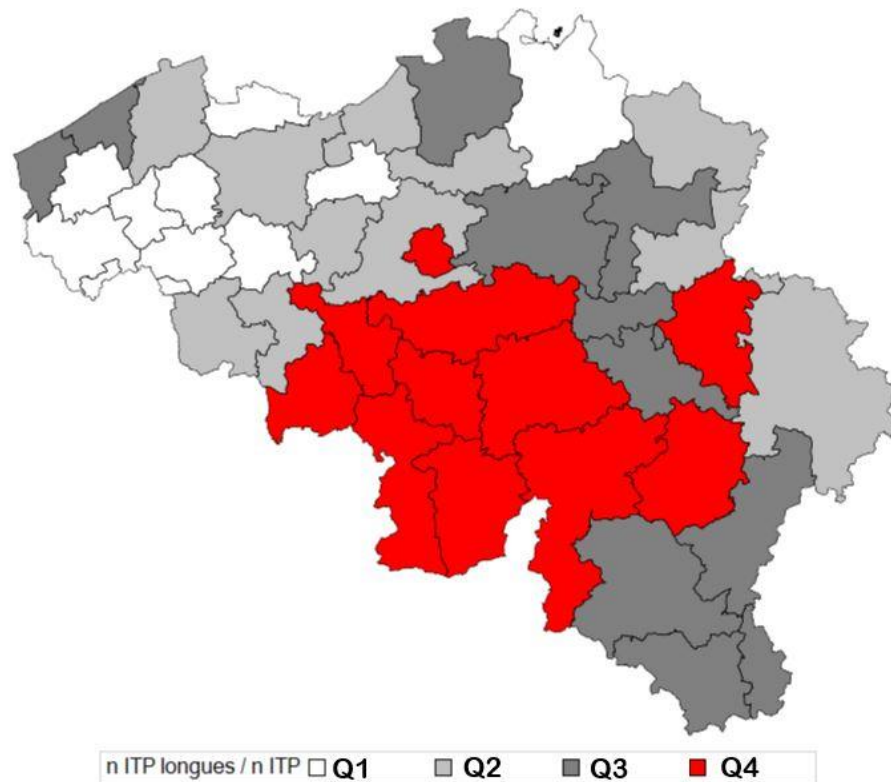


Tableau 3 : Régime général - Pourcentage de personnes qui sortent de l'ITP après 60, 180 jours et 1 an

Régime général - % hors ITP	
60 jours	47,38
180 jours	76,48
1 an	93,11

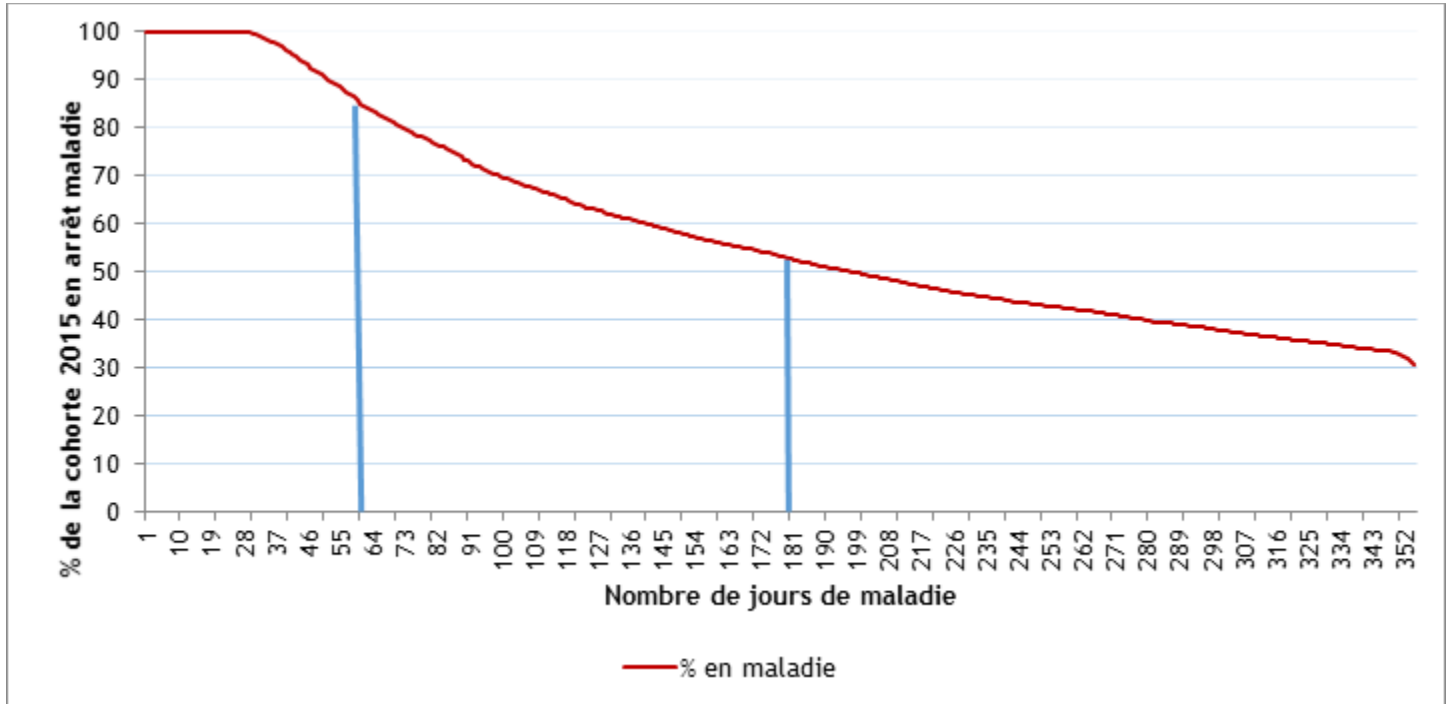
Figure 4 : Régime général - Population en ITP longue par rapport à la population entrée en ITP en 2015



L'analyse géographique des longues incapacités montre un tout autre visage que la carte relative aux débuts d'incapacité (voir la Figure 1) : là où le pourcentage de début d'incapacité est plus élevés, la proportion d'ITP de longue durée apparaît aussi plus faible par rapport aux arrondissements où le pourcentage de début d'ITP est moins élevé.

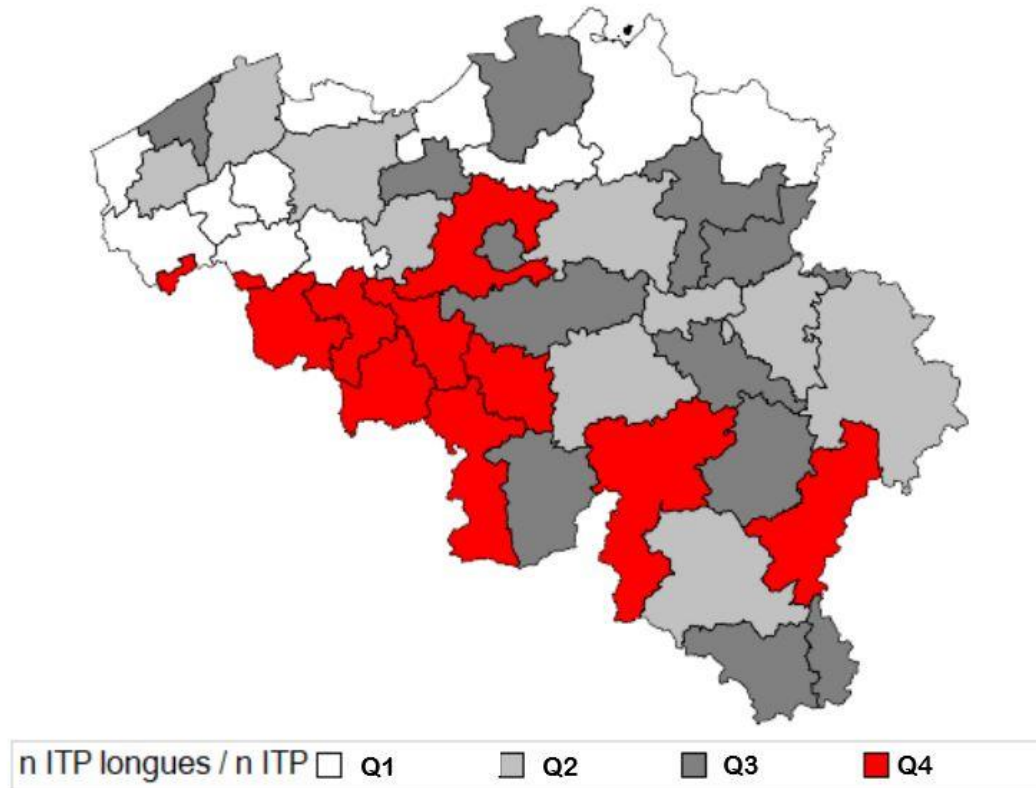
4.2. Régime des indépendants

Dans le régime des indépendants, la durée en nombre de jours de l'épisode d'incapacité primaire de travail connaît une courbe de sortie de l'incapacité moins prononcée que dans le régime général puisque ce sont 14,5% des malades qui n'ont plus d'indemnités après 60 jours et plus de 47% après 180 jours. Après 1 an, ils sont près de 30% à passer en invalidité. Ce dernier pourcentage est bien plus élevé que celui relatif au Régime général où 7% des titulaires en incapacité primaire passent en invalidité.

Figure 5 : Régime des indépendants - Durée de l'incapacité primaire de travail

Tableau 4 : Régime des indépendants - Pourcentage de personnes qui sortent de l'ITP après 60, 180 jours et 1 an

Régime indépendant - % hors ITP	
60 jours	14,5
180 jours	47,12
1 an	69,27

Figure 6 : Régime des indépendants - Population en ITP longue par rapport à la population entrée en ITP en 2015



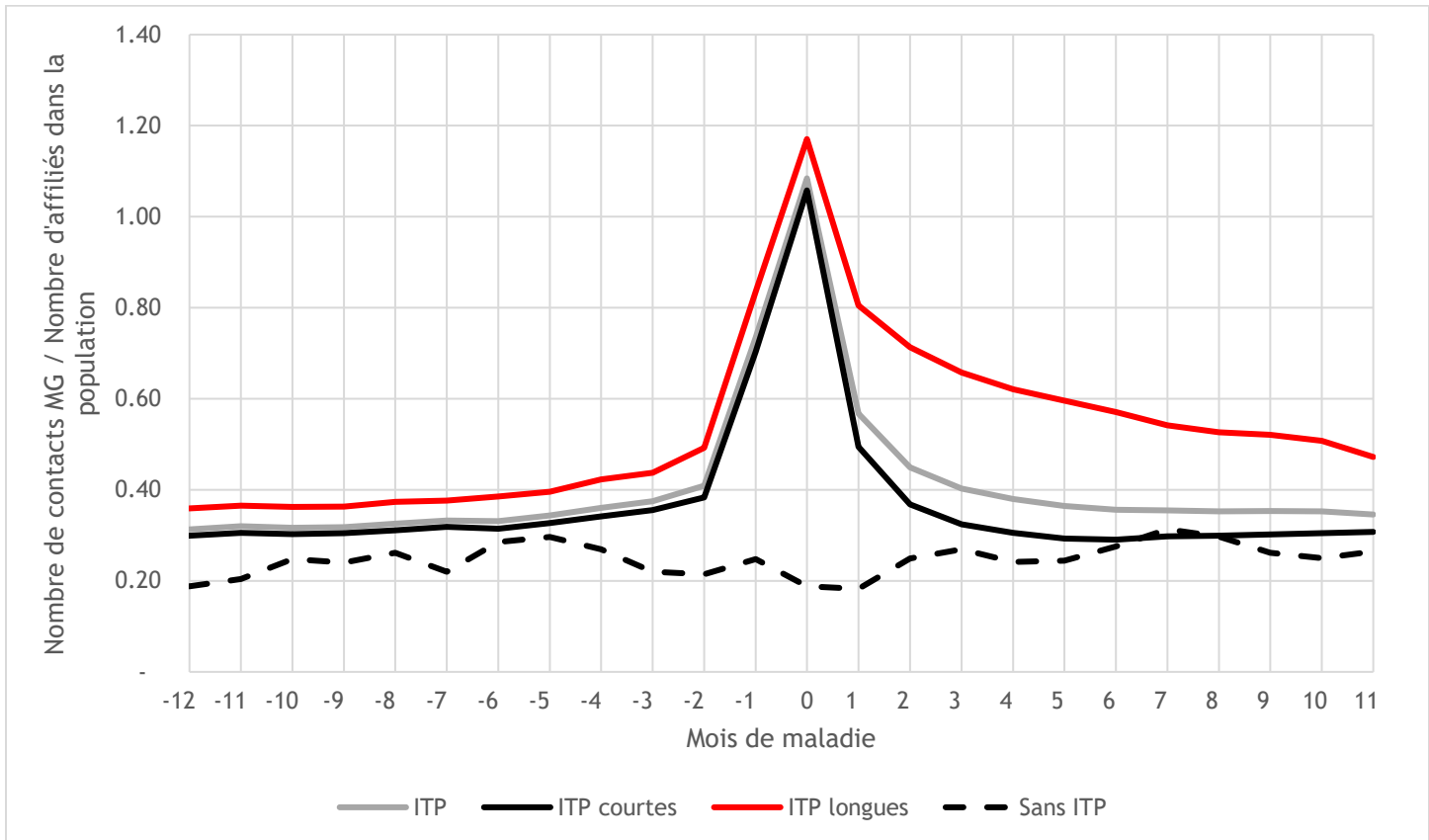
La différence avec la Figure 2, relative aux indépendants, est ici aussi marquée sauf pour l'arrondissement de Bastogne. Les longues incapacités se concentrent alors dans le Hainaut, à Halle-Vilvoorde ou dans le dinantais.

5. CONTACTS AVEC DES MÉDECINS

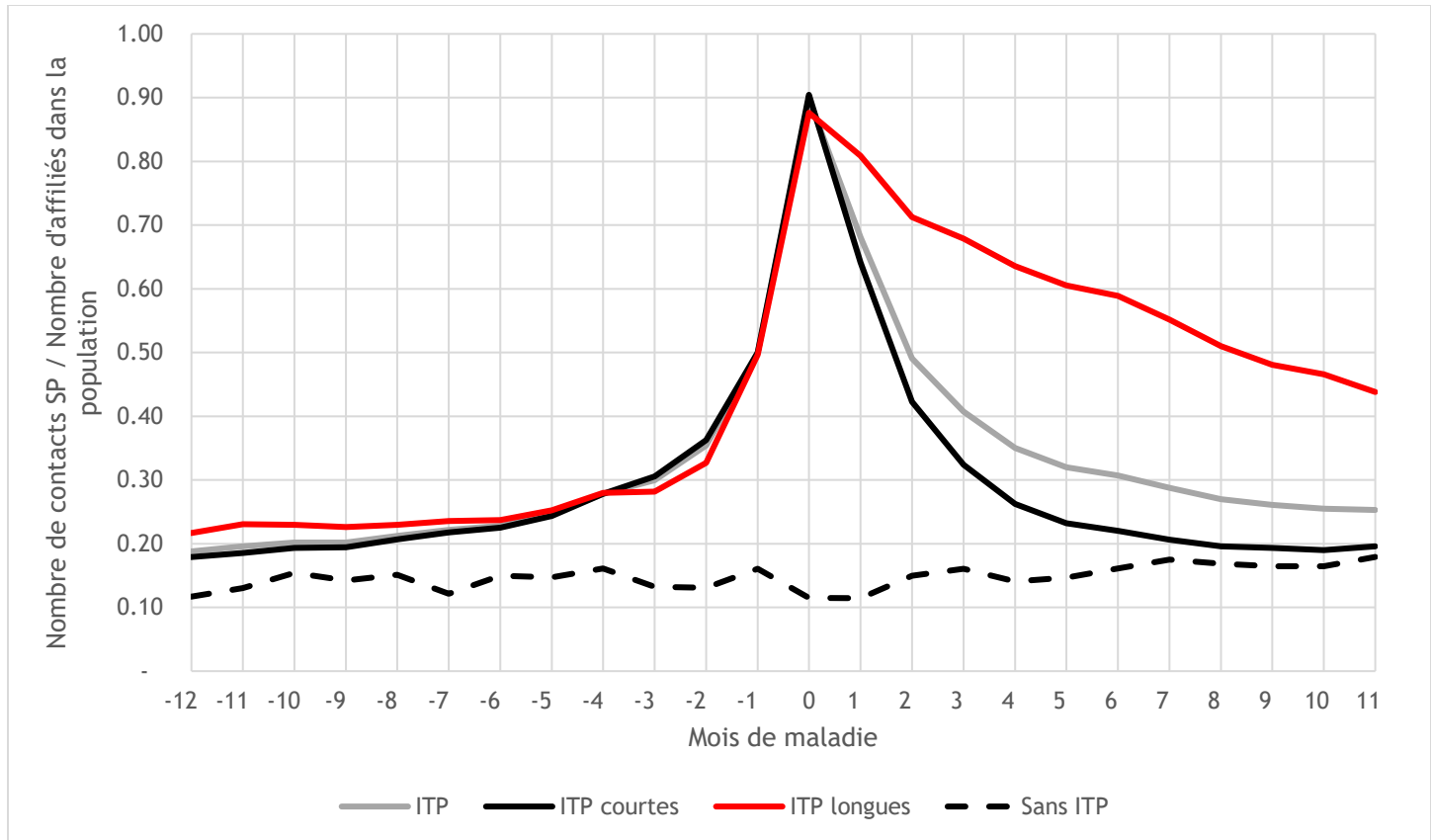
Nous nous sommes, ici, intéressés à la consommation de soins de santé en analysant le volume de contacts, ainsi que l'évolution dans le temps de ce volume, avec le médecin généraliste ou spécialiste.

5.1. Régime général

Figure 7 : Régime général - Nombre de contacts avec un médecin généraliste (nombre moyen par personne)



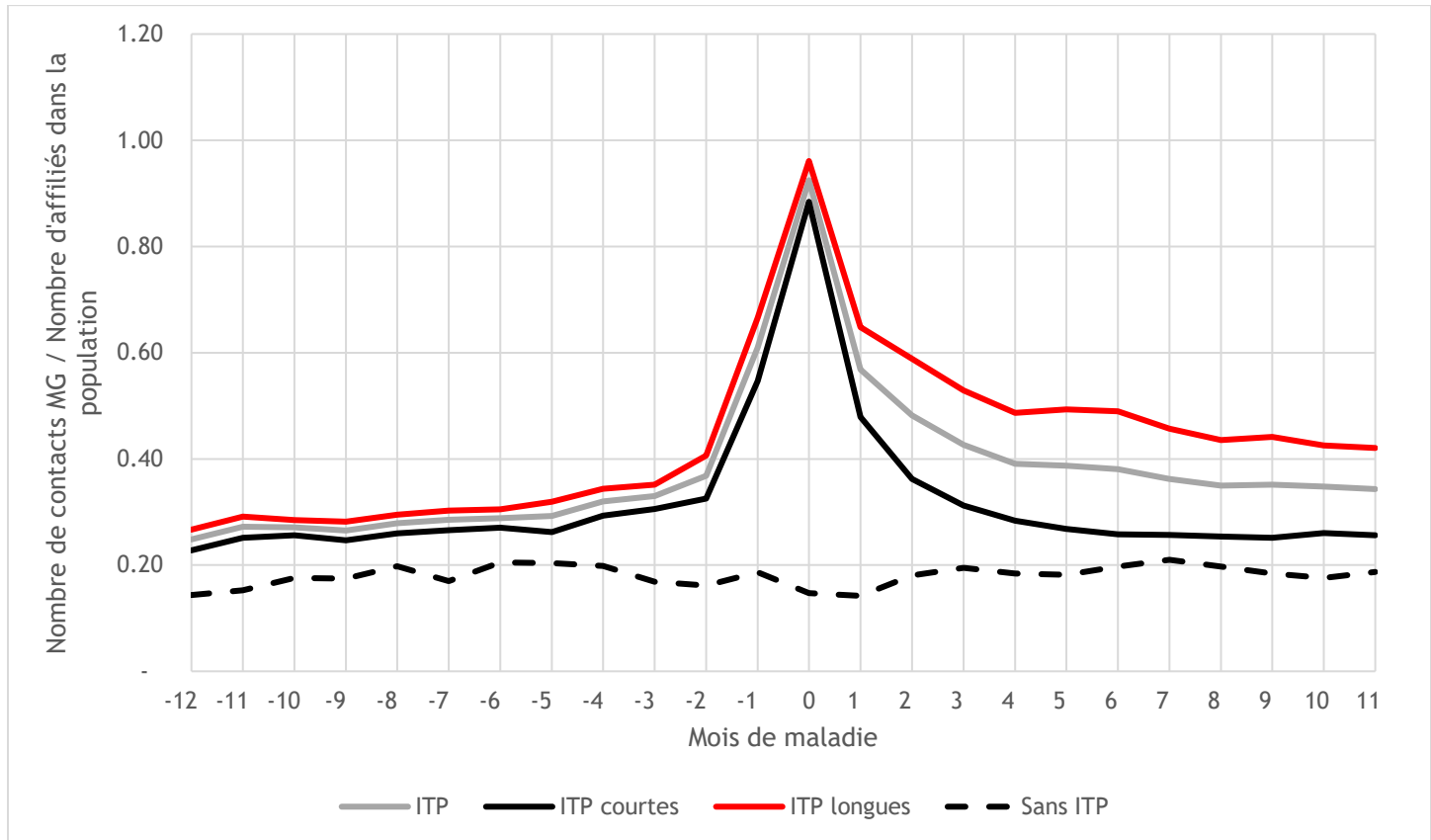
Pour les affiliés du Régime général, le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste double suite à un épisode d'ITP dans les 2 mois qui précèdent et dans les 2 mois qui suivent pour les personnes qui auront une incapacité de moins de 6 mois. Par contre, pour les incapacités plus longues, le nombre moyen de contacts par personne est non seulement plus important avant l'entrée en incapacité mais il le reste significativement plus encore après. Si cela paraît normal pour la période postérieure, la question du nombre de contacts antérieurs peut peut-être poser la question de la détection de signes avant-coureurs d'une incapacité. En tout cas, cela montre aussi que ces personnes ont essayé de se soigner tout en continuant leur activité professionnelle.

Figure 8 : Régime général - Nombre de contacts avec un médecin spécialiste (nombre moyen par personne)


En ce qui concerne le nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste, les différences sont plus marquées que dans le graphique précédent avec une augmentation des contacts qui, elle aussi, commence dans les 2 mois précédant l'incapacité pour les incapacités courtes et longues mais une diminution du nombre de contacts postérieurs au début de l'incapacité qui met plus de temps à se dessiner : 6 mois pour les ITP courtes et bien plus encore pour les ITP longues.

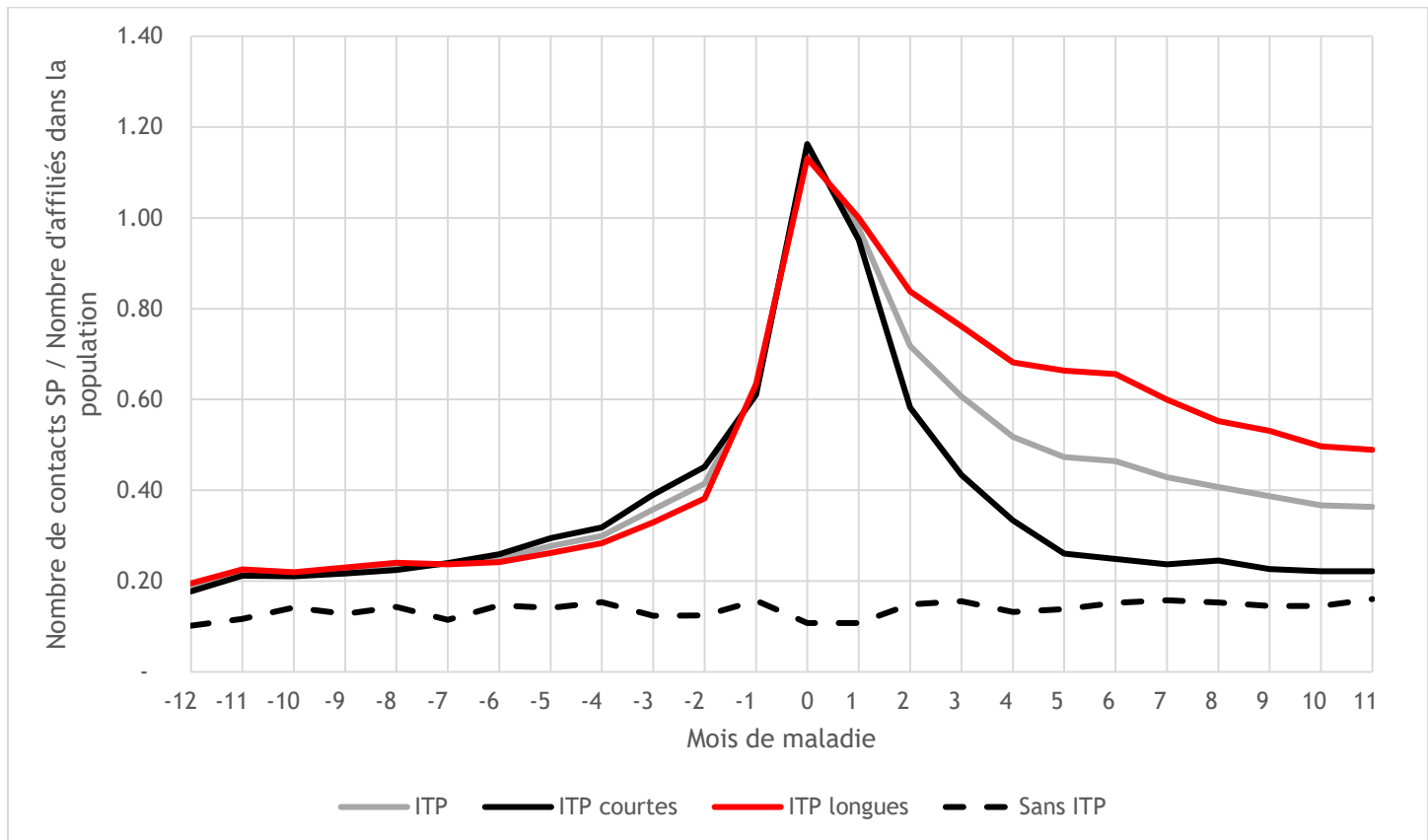
5.2. Régime des indépendants

Figure 9 : Régime des indépendants - Nombre de contacts avec un médecin généraliste (nombre moyen par personne)



Pour ce qui est des affiliés du Régime des indépendants et les contacts avec le médecin généraliste, si la tendance est similaire au RG pour la période qui précède l'incapacité, il faut constater, ici encore, que la période qui suit le début de l'incapacité montre un retour à un nombre de contact similaire à la période qui précède l'ITP beaucoup plus lent en ce qui concerne les incapacités longues. Ce qui renforce encore notre supposition d'un état de santé fortement dégradé pour les indépendants qui entrent en incapacité.

Figure 10 : Régime des indépendants - Nombre de contacts avec un médecin spécialiste (nombre moyen par personne)



La Figure 10 est assez similaire à celle relative aux salariés (Figure 8) avec néanmoins une décroissance plus rapide du nombre moyen de contacts avec un spécialiste dans la période qui suit le début de l'incapacité.

6. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

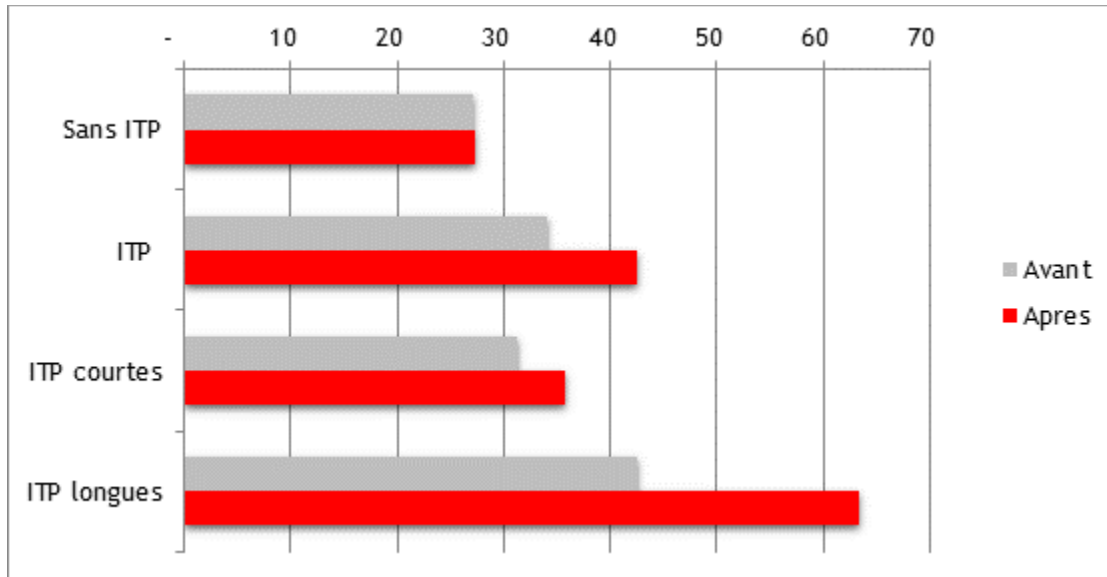
Nos précédents résultats ont mis en évidence que, pour les 2 régimes, la proportion de personnes s'étant vues délivrer au moins un médicament sur l'année est plus élevée parmi les personnes en ITP : cela concernait la majorité d'entre elles (92% quel que soit le régime pour 70% parmi les personnes qui ne sont pas en ITP pour les salariés et 65% pour les indépendants).

6.1. Régime général

Tableau 5 : Régime général - Volume de DDD annuel moyen

	Avant	Après
Sans ITP	268	288
ITP	324	422
ITP courtes	296	351
ITP longues	414	645

En termes de doses par an, on constate que l'incapacité induit une prise plus importante de médicaments après le début de l'ITP.

Figure 11 : Régime général - Moyenne annuelle des tickets modérateurs pour les médicaments


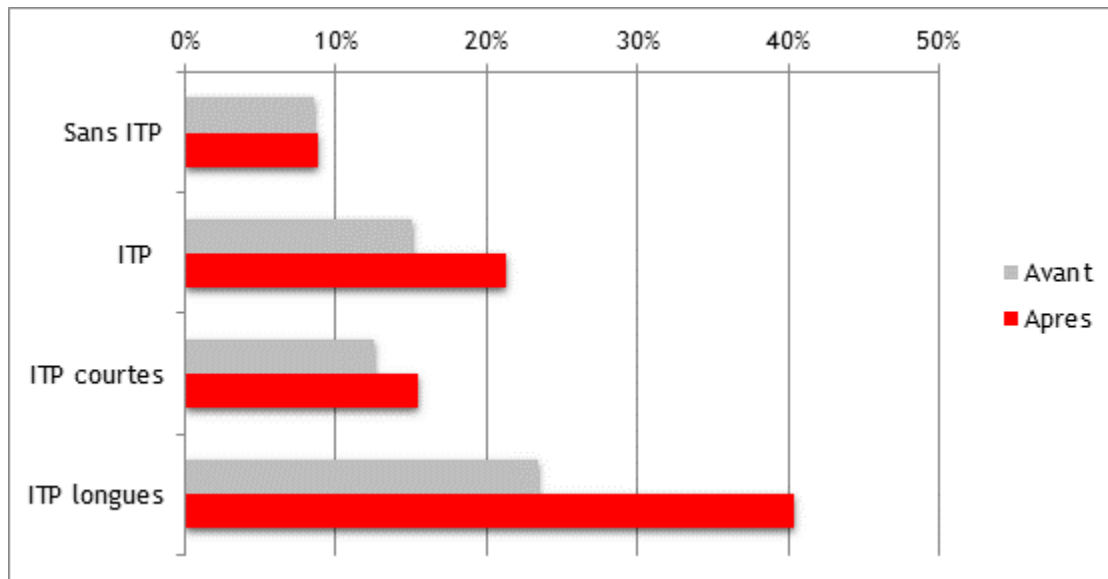
Cette prise plus importante de médicaments n'est évidemment pas sans effet sur le portefeuille du malade qui voit ses tickets modérateurs annuels augmenter.

Tableau 6 : Régime général - Nombre de systèmes atteints⁸

	Avant	Après
Sans ITP	2,2	2,2
ITP	2,7	3,0
ITP courtes	2,6	2,8
ITP longues	3,0	3,7

⁸ 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.

Figure 12 : Régime général - Pourcentage de la population avec consommation de psycholeptiques (N05) ou de psychoanaleptiques (N06)⁹



L'analyse du pourcentage des populations respectives qui se sont vues délivrer un médicament issu de la classe N05 ou N06 montre que l'entrée en incapacité a un effet certain sur la consommation de ce type de médicaments, spécialement quand l'ITP s'inscrit dans la durée.

Notons également que les personnes en ITP longues consommaient déjà plus de médicaments de la classe N05 ou N06 avant leur période d'incapacité que la population sans ITP. Cela montre la préexistence d'un problème de santé mentale qui pourrait servir de déclencheur à des mesures de prise en charge plus précoces.

6.2. Régime des indépendants

Les constats sont similaires pour les indépendants bien que la différence entre les personnes qui ont débuté une ITP en 2015 et celles sans ITP soit encore plus marquée.

Par contre, pour ce qui est des seuls médicaments des classes N05 ou N06, ils sont moins consommés pour les indépendants. On constate cependant, comme pour les salariés, une forte augmentation de leur consommation après le début de l'incapacité mais aussi une consommation déjà importante (1 personne sur 6 pour les indépendants qui débiteront une ITP longue par exemple) dans la période qui précède l'incapacité.

Tableau 7 : Régime des indépendants - Volume de DDD annuel moyen

	Avant	Après
Sans ITP	275	296
ITP	416	626
ITP courtes	342	446
ITP longues	481	783

⁹ 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.

Figure 13 : Régime des indépendants - Moyenne annuelle des tickets modérateurs pour les médicaments

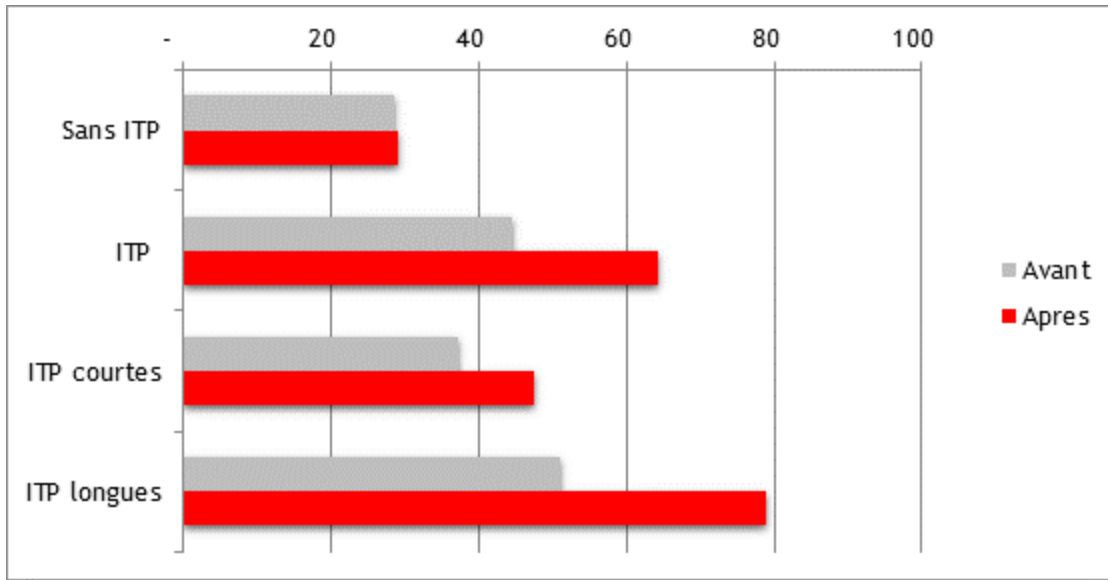
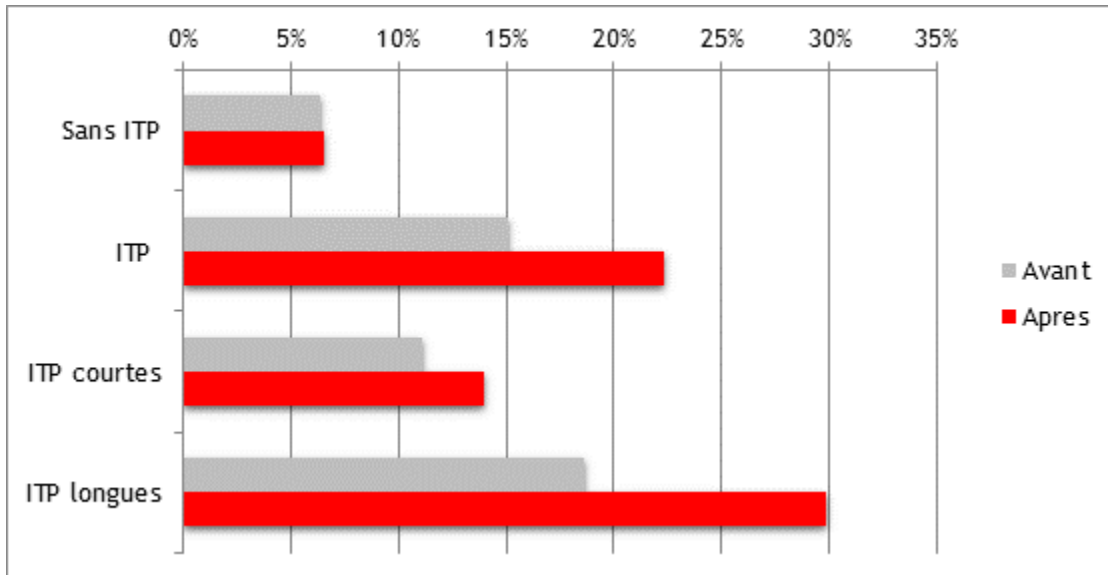


Tableau 8 : Régime indépendant - Nombre de systèmes atteints

	Avant	Après
Sans ITP	2,2	2,2
ITP	2,8	3,7
ITP courtes	2,6	3,2
ITP longues	2,9	4,0

Figure 14 : Régime des indépendants - Pourcentage de la population avec consommation de psycholeptiques (N05) ou de psychoanaleptiques (N06)



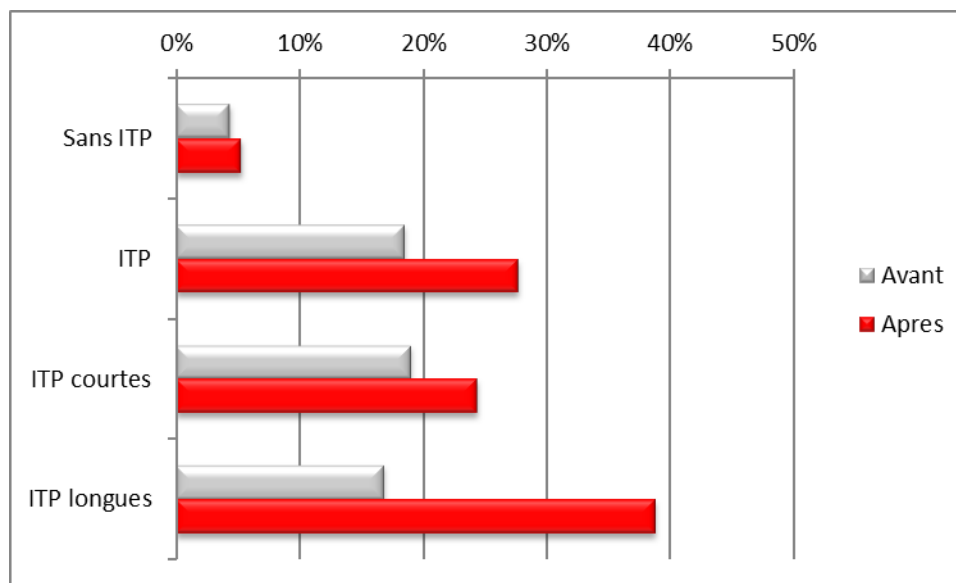
7. HOSPITALISATION¹⁰

Sans surprise, l'entrée en incapacité rime aussi avec un plus grand risque d'hospitalisation (classique ou de jour). Les assurés sociaux entrent souvent en ITP à cause de l'hospitalisation ou alors ils doivent subir une hospitalisation durant l'incapacité. On note aussi que les incapacités de plus longue durée amènent en moyenne des hospitalisations classiques de plus longue durée.

Notre hypothèse d'un moins bon état de santé de (au moins une partie de) la population indépendante entrant en ITP est encore confirmée par l'ensemble des graphiques ci-dessous, où les variables prises en considération montrent que les indépendants en incapacité sont, en moyenne, non seulement plus souvent hospitalisés mais aussi plus longtemps.

7.1. Régime général

Figure 15 : Régime général - Pourcentage de la population hospitalisée en hospitalisation classique



¹⁰ On ne tient pas compte ici des hospitalisations en hôpital psychiatrique.

Figure 16 : Régime général - Nombre de jours d'hospitalisation en hospitalisation classique (pour ceux qui ont été hospitalisés)

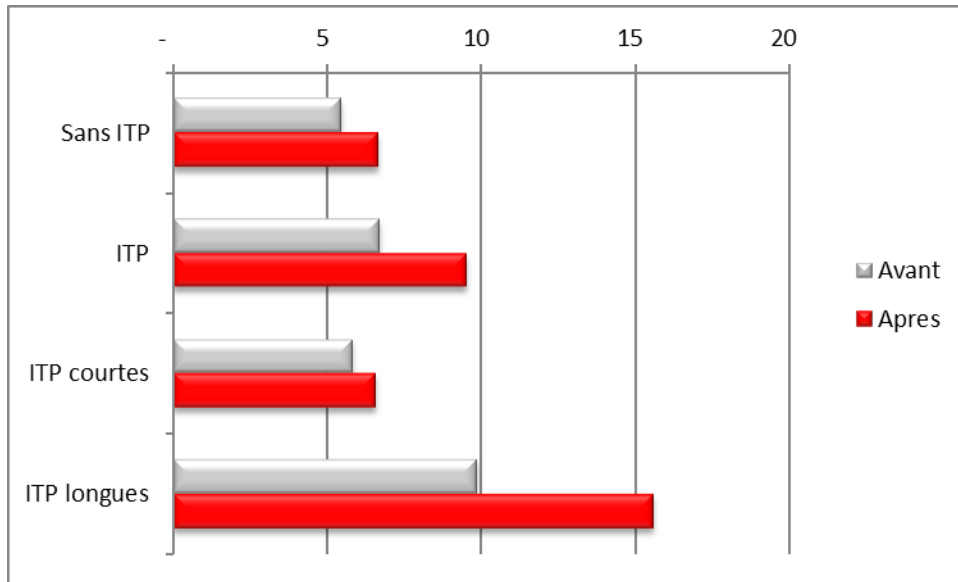
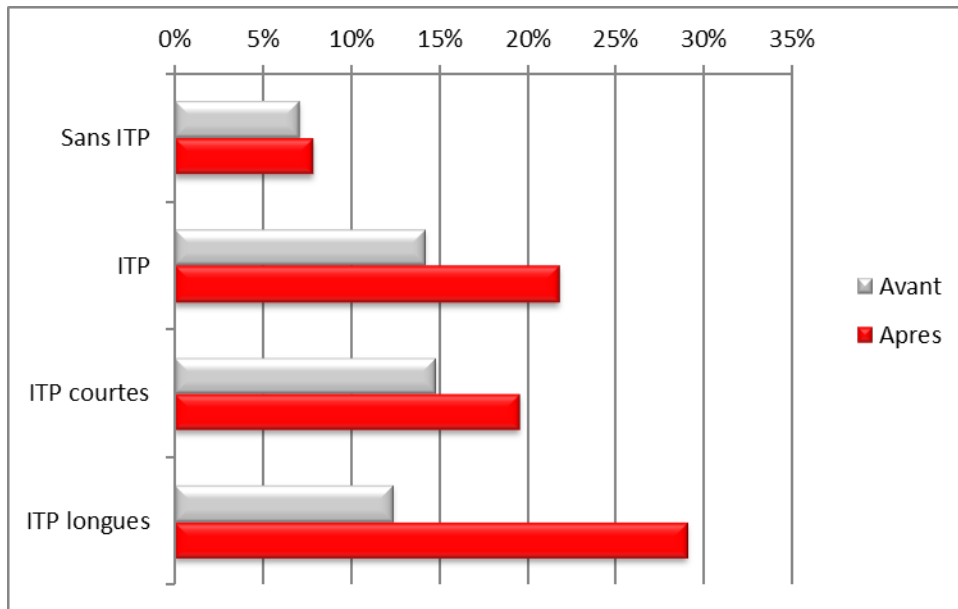


Figure 17 : Régime général - Pourcentage de la population hospitalisée en hospitalisation de jour



7.2. Régime des indépendants

Figure 18 : Régime des indépendants - Pourcentage de la population hospitalisée en hospitalisation classique

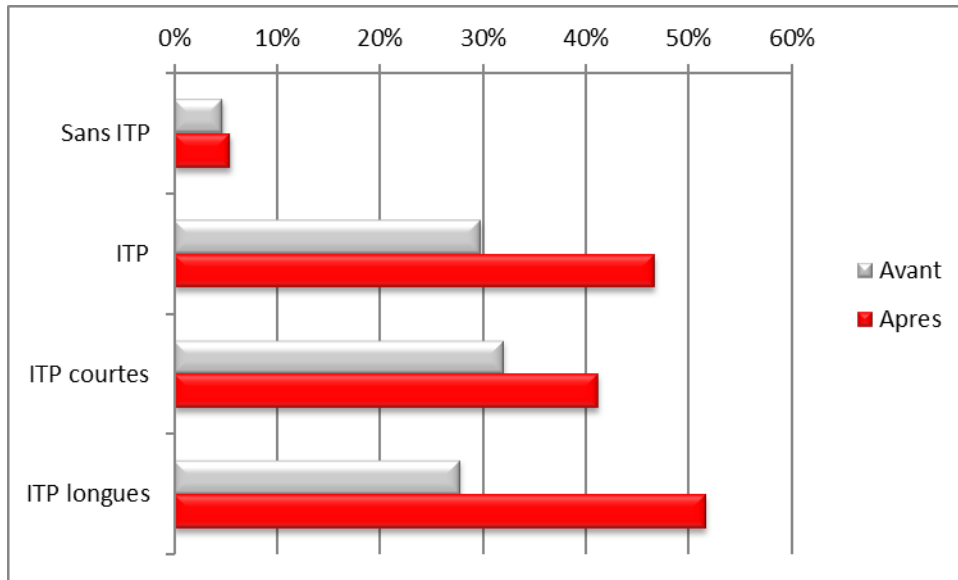


Figure 19 : Régime des indépendants - Nombre de jours d'hospitalisation en hospitalisation classique (pour ceux qui ont été hospitalisés)

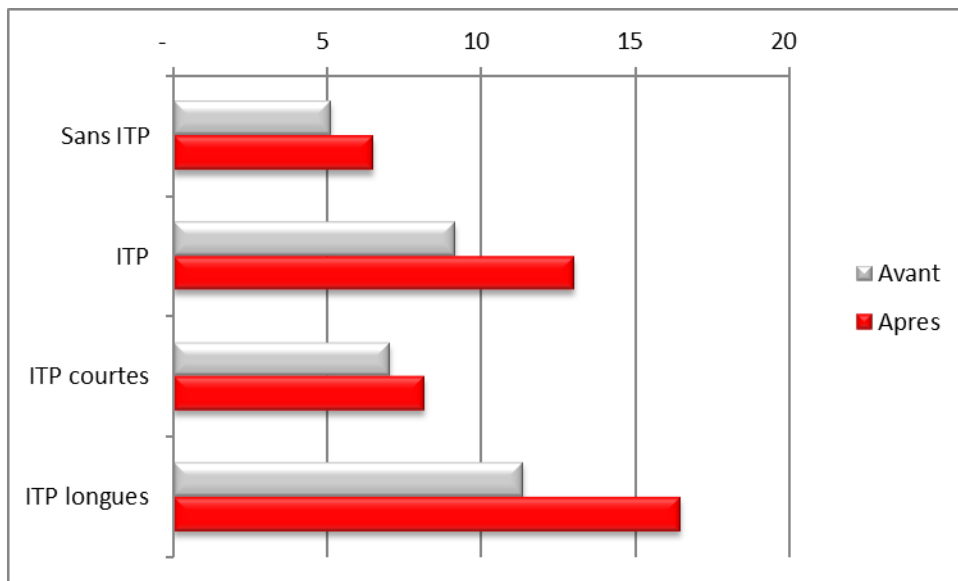
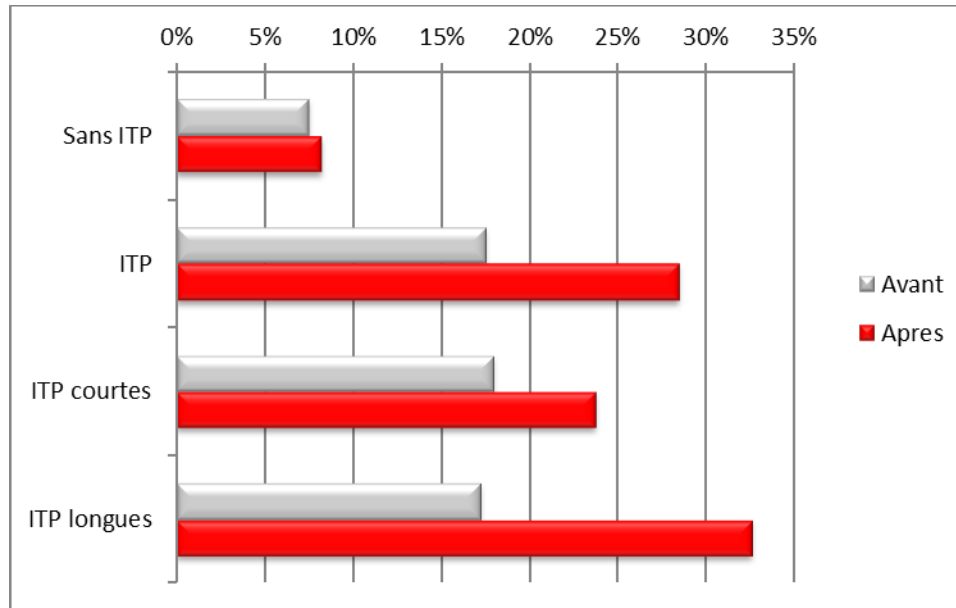


Figure 20 : Régime des indépendants - Pourcentage de la population hospitalisée en hospitalisation de jour


8. CONCLUSIONS

L'Agence Intermutualiste dispose de données sur les affiliés des organismes assureurs en matière d'incapacité de travail mais aussi d'assurabilité et de soins de santé, qui lui donnent la capacité de mener à bien des analyses/études dans le domaine des indemnités qui dépassent le seul cadre de ce seul secteur.

Si la portée de la présente étude diffère quelque peu de notre première analyse sur le 'Profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire' les conclusions que nous pouvons en tirer vont dans le même sens.

Grâce aux proxys utilisés pour approcher la morbidité des titulaires qui ont connu un épisode continu d'incapacité de travail primaire en 2015, nous démontrons bien que l'incapacité concerne des personnes qui sont malades : leur état de santé est manifestement moins bon que celui de la population active qui ne connaît pas d'épisode d'incapacité. Cela se constate aussi bien au niveau des hospitalisations, du nombre de contacts avec les médecins ou bien de la consommation de médicaments. On le voit également au niveau de la proportion de ceux que l'on peut considérer comme étant malade chronique.

Nous avons donc bien affaire à un public dont la situation sociale s'est fragilisée : consommer beaucoup de soins de santé génère une charge financière conséquente qui vient obérer un budget familial déjà en baisse, l'indemnité reçue pour incapacité de travail ne compensant que partiellement les revenus perdus du fait de la maladie.

La situation particulière des indépendants (ou en tout cas d'une partie d'entre eux) est à nouveau mise en lumière : les titulaires indépendants qui entrent en incapacité primaire de travail sont dans un état de santé moins bon que les titulaires du Régime général et que cela perdure dans le temps puisque, en moyenne, la période d'incapacité est plus longue (avec un plus grand recours aux soins) et que 30% des indépendants qui sont en ITP passent en invalidité (alors qu'ils ne sont que 7% dans le Régime général).

Mais évidemment, les conclusions que nous pouvons tirer ne se veulent pas exhaustives ni définitives. Elles posent les jalons d'analyses futures sur le sujet de l'incapacité de travail : outre la mise à jour et le suivi dans le temps des premiers constats faits ici, on pense également à des études sur des sujets plus particuliers liés aux causes, effets et conséquences de l'incapacité.

A cette fin, nous proposons de nous focaliser sur une pathologie en particulier, pour autant que nos données administratives puissent l'identifier, en attendant de pouvoir utiliser les données médicales telles qu'elles sont renseignées sur les certificats médicaux. Ce genre d'analyses nous permettra de mieux approcher la réalité de l'incapacité de travail dont la cause est un élément capital pour l'évolution de celle-ci.