

Synthèse de l'étude IMA

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

Cette recherche s'inscrit dans la constatation générale que le nombre de personnes en incapacité a augmenté considérablement au cours des dernières années, ainsi que les indemnités versées, ce qui a entraîné la prise de mesures réglementaires visant à maîtriser l'évolution de ces dépenses.

L'IMA qui dispose de chiffres nationaux sur l'incapacité de travail, mais également sur le profil des personnes ainsi que sur leur consommation en soins de santé, a tenté d'objectiver cette évolution sur base des données à sa disposition.

Dans cette première étude dans le domaine de l'incapacité de travail, l'IMA examine le profil des personnes en incapacité primaire de travail. Cette recherche sera prochainement suivie d'une analyse longitudinale de l'incapacité primaire de travail dont l'objectif est de mesurer l'impact socio-économique de l'incapacité de travail, de suivre l'état de santé au cours de l'incapacité de travail et d'évaluer le niveau de santé avant et au cours de l'incapacité de travail.

- Dans une première partie, la typologie s'intéresse à la population des titulaires indemnissables primaires qui ont potentiellement droit aux indemnités d'incapacité de travail et les assurés qui ont eu au moins un jour d'indemnisation au cours des années 2007, 2010 et 2015, avec le but d'établir un profil démographique et socio-économique et de suivre l'évolution au cours du temps. Une régression logistique a été utilisée pour estimer la probabilité d'avoir au moins un jour d'incapacité primaire indemnisé, en tenant compte des caractéristiques démographiques et socio-économiques de la personne.
- Dans la seconde partie du rapport, au départ des données de l'année 2015, l'état de santé des titulaires en incapacité primaire de travail est analysé.

I. Profil de la population indemnissable

1.1. Nombre d'assurés en incapacité de travail

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%** dont 7,2% pour les salariés mais 28,4% pour les indépendants.

Cette croissance est d'abord liée à l'augmentation du nombre de titulaires indemnissables sur la période considérée. En effet, entre 2007 et 2015, le nombre de titulaires indemnissables a crû de 5.2% en raison de la croissance de la population et de la participation accrue des femmes au marché du travail. D'autres facteurs expliquent cette augmentation comme les effets des politiques en matière de fin de carrière (recul de l'âge de la (pré)pension ou accès réduit à la prépension), ainsi que l'expansion de troubles de santé.

Le tableau ci-après présente les taux d'incapacité primaire et le nombre de personnes concernées, selon leur régime, pour les années 2007, 2010 et 2015, ainsi que l'augmentation entre 2007 et 2015, exprimée en %.

Régime : salariés versus indépendant

Tableau 1 : taux d'incapacité de travail primaire, selon le régime

Année	Salariés		Indépendants	
	taux d'incapacité	Nombre d'assurés en incapacité primaire	taux d'incapacité	Nombre 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
Augmentation 2007-2015		7,2%		28,4%

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, en proportion, une augmentation plus importante du nombre d'assurés en incapacité primaire parmi les indépendants.

1.2. Caractéristiques démographiques et socio-économiques

Les facteurs étudiés qui décrivent les personnes en incapacité de travail sont :

- L'âge et le genre,
- L'intervention majorée, le chômage, le statut d'isolé, le plafond MàF, , la région de résidence.

Âge et genre

Les statistiques par tranche d'âge et genre montrent que l'augmentation globale du nombre d'assurés en incapacité primaire est principalement attribuée à l'augmentation du nombre d'incapacité parmi les catégories d'âge au-dessus de 50 ans et parmi les femmes.

Intervention majorée, chômage, statut d'isolé, plafond MàF, région de résidence

- Intervention majorée

Dans les deux régimes (général et des travailleurs indépendants), on observe que le taux d'incapacité est plus élevé parmi les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) que les bénéficiaires non-BIM. Pour le régime général, le taux d'incapacité est de 16,1% parmi les assurés BIM et de 10% parmi les assurés non-BIM, en 2015. Pour le régime des travailleurs indépendants, le taux est de 6,3% parmi les assurés BIM et de 2,5% parmi les assurés non-BIM, pour la même année.

- Chômage

Cette variable concerne les titulaires du régime général et elle est mesurée à partir du statut de chômeur au cours du 4^{ème} trimestre précédant l'année de référence.

Le taux d'incapacité est plus élevé parmi les individus qui ont le statut de chômeur (temps plein ou partiel) par rapport aux non-chômeurs. Ainsi, en 2015, le taux d'incapacité d'une personne qui était au chômage au cours du 4^{ème} trimestre 2014 était de 14% contre 9,6% pour une personne qui a le statut de travailleur.

- Statut d'isolé

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.

- **Maximum à Facturer**

Pour les individus bénéficiant du statut MàF, le calcul du taux d'incapacité montre, comme pour les autres proxys du niveau de revenu, un taux d'incapacité plus élevé parmi les individus ayant un niveau de revenu faible ou modeste, aussi bien pour les salariés que pour les indépendants.

- **Région de résidence**

Une analyse du taux d'incapacité par région de résidence pour le régime général montre une différence importante entre Bruxelles et les autres deux régions. Le taux d'incapacité 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.

1.3. 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. L'analyse est 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 décrite ci-dessus (voir section 1.2. Caractéristiques démographiques et socio-économiques).

- Pour les salariés, une comparaison entre la catégorie d'âge 45-54 et les autres montre que les personnes entre 45 et 54 ans ont une probabilité plus élevée d'être en incapacité.

La région de résidence (Flandre et Wallonie), le statut BIM, le fait d'avoir été au chômage dans l'année précédente, et dans une moindre mesure, être une femme sont aussi des bons prédicteurs de la probabilité d'être en incapacité.

- 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 augmente avec l'âge, tandis que pour les salariés, elle diminue à partir de 60 ans. Le statut BIM et l'appartenance régionale (Flandre et Wallonie) sont de bons prédicteurs d'être en incapacité de travail.

Cette méthode présente des limites, car les facteurs relatifs à l'état de santé ne sont pas intégrés dans cette régression. Néanmoins, on peut conclure que les premiers résultats sont parlants.

II. 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 de décéder en cours d'année,
- le fait d'être considéré comme malade chronique,

- une consommation de médicaments remboursables (au moins une délivrance en 2015) ainsi que le nombre de DDD¹ 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'hôpital².
- le nombre de contacts avec un médecin généraliste ou spécialiste et le tiers payant social.

Les données sur l'état de santé ont trait à l'année 2015³.

2.1. Décès et malade chronique

Le tableau 2 présente les résultats pour les pourcentages de décès qui ont eu lieu au cours de l'année et d'assurés bénéficiant du statut de malade chronique, pour l'année 2015, ventilés selon le régime

	Décès		Maladies chroniques	
	Salariés	Indépendants	Salariés	Indépendants
Incapacité de travail	0,48%	1,43%	3,61%	7,76%
Pas d'incapacité de travail	0,09%	0,09%	0,69%	0,51%

En étant en incapacité primaire, il est tout à fait normal que l'état de santé des assurés dans ces catégories soit moins bon, avec un taux de décès et de maladie chronique plus élevés. Nous constatons que les assurés du régime indépendant en incapacité primaire ont, en proportion, plus de décès et de malades chroniques que les salariés.

2.2. La 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 : cela concerne la majorité d'entre elles (92% pour les assurés en incapacité de travail contre 70% parmi les salariés qui ne sont pas en incapacité de travail et 65% pour les indépendants qui ne sont pas en incapacité de travail).

La différence est encore plus marquée lorsqu'on analyse uniquement la délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques. Le rapport est alors de 3 à 1 entre personnes qui sont en incapacité de travail et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, pour les salariés, 26 % des personnes qui sont en incapacité de travail ont une délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques contre 9% pour les personnes qui ne sont pas en incapacité de travail. En ce qui concerne le régime des travailleurs indépendants, ces taux sont respectivement de 22% et de 7%.

2.3. L'hospitalisation

a) Hospitalisation classique

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

¹ 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 médicaments dans son indication principale pour un adulte.

² On ne tient pas compte ici des hospitalisations en hôpital psychiatrique.

³ Sauf pour les données relatives au décès et au statut maladies chroniques (2007, 2010, 2015).

Il apparaît que, pour les indépendants, si la durée de séjour est comparable (11 jours pour les personnes qui sont en incapacité contre 5 pour celles qui ne le sont pas), c'est ici près de la moitié des personnes qui ont connu une hospitalisation classique (46% des indépendants en incapacité de travail contre 5% des indépendants qui ne sont pas en incapacité de travail).

b) Hospitalisation de jour

Concernant l'hospitalisation de jour, la proportion de personnes qui a connu au moins une hospitalisation de jour est comparable chez les salariés (25%) et chez les indépendants (28%), en incapacité de travail.

Mais, ici aussi, apparaît une différence au niveau du nombre d'hospitalisations de jour pour les personnes en incapacité de travail entre salariés et indépendants : pour 10% des indépendants en incapacité hospitalisés, le nombre de séjours en hospitalisation de jour a tendance à s'accumuler (P90 : 5 hospitalisations sur l'année pour les indépendants en incapacité de travail contre 3 hospitalisations sur l'année pour les salariés en incapacité de travail).

2.4. Prestations 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 incapacité.

Pour les salariés, en 2015, 92% des personnes en incapacité ont au moins un contact avec un médecin généraliste contre 75% parmi ceux qui ne sont pas en incapacité. Ce chiffre élevé s'explique en partie parce que l'obtention d'un certificat d'incapacité de travail passe par un contact avec le médecin. En outre, parmi ces personnes, la fréquence des contacts avec un médecin généraliste est deux fois plus élevée en moyenne (7 contacts contre 3 contacts).

Les constats sont les mêmes chez les affiliés indépendants avec une proportion un peu moindre de personnes ayant eu un contact avec un généraliste (88% en incapacité contre 65% sans incapacité).

b) Contacts avec un médecin spécialiste

En ce qui concerne les médecins spécialistes, les constats sont similaires à ceux enregistrés au niveau des généralistes pour les salariés, avec des proportions et un nombre de contacts qui sont moindres (84% en incapacité contre 53% sans incapacité).

Par contre, il apparaît qu'une plus grande proportion d'indépendants a un contact avec un spécialiste qu'avec un généraliste (91% en incapacité contre 51% sans incapacité) et que ce nombre de contacts est aussi plus élevés (6 contacts contre 2 contacts) .

c) Tiers payant social

Quel que soit le statut social du titulaire, la proportion de titulaires ayant bénéficié du tiers payant social est supérieure parmi les personnes en incapacité.

III. Conclusions

1. Le nombre de personnes en incapacité de travail primaire a sensiblement augmenté sur la période 2007-2015 (4,2% pour les salariés mais 11,4% pour les indépendants) et le taux d'incapacité primaire de travail est resté relativement stable passant de 10,3% à 10,6% pour les salariés et de 2,3 à 2,6% pour les indépendants. Ce qui indique que si le nombre de personnes en incapacité de travail primaire a augmenté, c'est surtout parce que le nombre d'ayants droit a augmenté.

2. Les personnes en incapacité de travail 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 ;

- avec plus de deux fois plus de contacts avec les médecins généralistes 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.

3. Il apparaît aussi que la probabilité de tomber en incapacité primaire de travail est liée aux revenus ; plus ceux-ci sont faibles ou modestes, plus grand est le risque d'entrer en incapacité. Ceci implique de privilégier l'approche « *health in all policies* » qui préconise une stratégie globale afin de s'attaquer à des problèmes complexes multifactoriels.

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