

L'incapacité de travail : briser les idées reçues !

La question de l'incapacité de travail occupe une place de plus en plus importante dans le débat socio-économique. Selon une récente étude de SDWorx, les absences de longue durée (plus d'un mois) pour maladie représentent quelque 3% des journées de travail normalement prestées et ce nombre est en augmentation constante depuis une dizaine d'années. Cette évolution soulève de multiples questions d'ordre i. sanitaire - comment prévenir les risques (notamment psychosociaux) et limiter les conséquences de ces risques ? ii.

socioéconomique - comment accompagner la personne en incapacité de travail pour faciliter sa réintégration socioprofessionnelle ? iii. mais aussi sociétal - comment restaurer l'équilibre entre travail et vie privée ? Toutefois, sur le plan politique, l'approche est essentiellement budgétaire et les mesures privilégiées s'appuient sur certaines idées reçues¹ qui, si l'on en croit les enquêtes, restent largement répandues dans l'opinion publique². Ainsi, une majorité des Belges estimerait que les personnes en « congé de maladie » sont parfaitement en état de travailler ou que les incapacités de travail ne sont pas suffisamment contrôlées...

Solidaris a réalisé une étude du profil socio-sanitaire des personnes en incapacité de travail et a étudié l'état de santé et la consommation de soins en lien avec la durée d'un épisode d'incapacité de travail. Dans une vaste enquête sur la « confiance et le bien-être », elle a aussi consacré un volet spécifique aux personnes en incapacité de travail. C'est la première fois qu'une analyse aussi approfondie du secteur est réalisée. Les résultats sont édifiants. Ils donnent un nouvel éclairage et permettent de briser les stéréotypes sur un secteur de la sécurité sociale encore méconnu.

Première idée reçue : « Les dépenses d'incapacité de travail explosent car une part de plus en plus importante des travailleurs sont absents pour raison de maladie »

Les dépenses relatives aux incapacités de travail – c'est-à-dire les absences pour maladie de plus d'un mois et de moins d'un an – étaient d'1,7 milliard € en 2015. **Ces dépenses ont été multipliées par 2 au cours des 10 dernières années.**

Contrairement à une idée reçue, **cette forte augmentation ne s'explique pas par une proportion plus importante de travailleurs en incapacité de travail.** En effet, le taux d'incapacité de travail – calculé comme étant le pourcentage de personnes indemnisées au moins un jour pour une incapacité de travail primaire parmi les titulaires indemnisables³ – est resté stable, passant de 12,2% à 13,3% de 2003 à 2012.

¹ En témoignent les discussions tendues au sein du Gouvernement concernant le plan de réinsertion socioprofessionnelle obligatoire des travailleurs en incapacité de travail sous peine de sanctions financières.

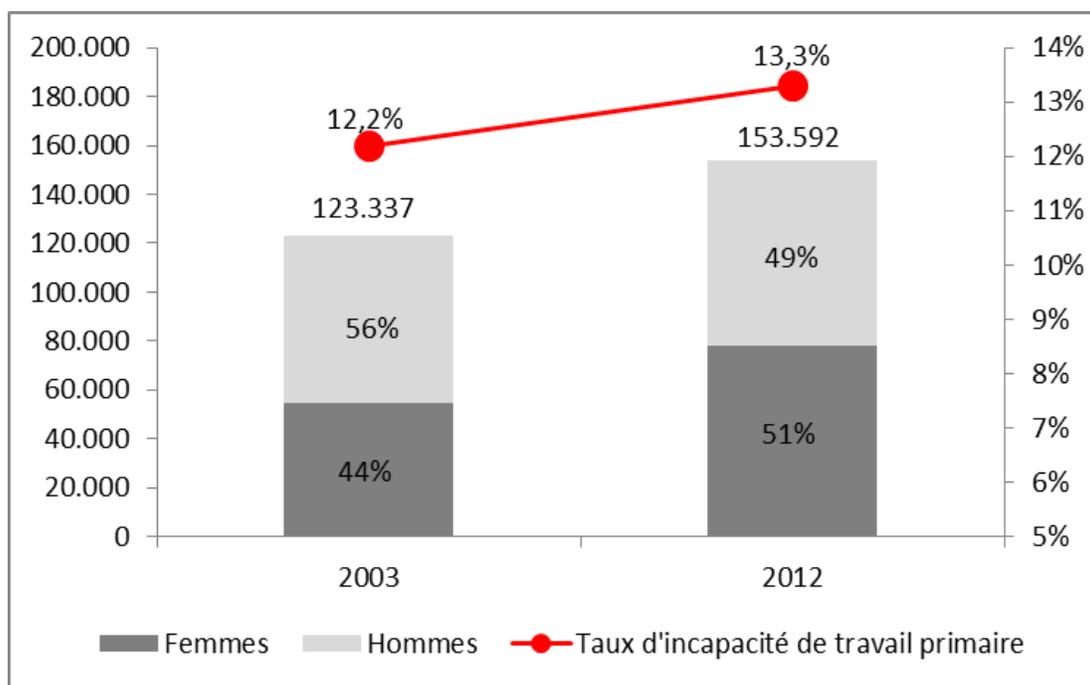
² Elchardus M. et P. te Braak (2014), « Vos soins de santé ; votre avis compte », Enquête réalisée pour le compte de l'INAMI à l'occasion de son 50^{ème} anniversaire, p. 172.

³ Il s'agit des assurés sociaux âgés de 20-64 ans (population active en emploi et personnes au chômage), soit l'ensemble de la population qui peut prétendre à une indemnité pour incapacité de travail. Dans notre analyse, sont exclus les fonctionnaires, les travailleurs indépendants, les personnes en invalidité, les prépensionnés et les femmes qui ont été en congé de maternité.

Les raisons de la croissance des dépenses d'incapacité de travail sont ailleurs :

1. D'une part, **le nombre d'ayants droit aux indemnités d'incapacité de travail a sensiblement augmenté** (voir figure 1). Cela s'explique surtout par la participation accrue des femmes au marché du travail et le relèvement progressif de l'âge de leur pension entre 1997 et 2009.
2. D'autre part, **l'augmentation de la durée moyenne d'incapacité de travail**. Celle-ci est passée de 56 à 75 jours pour les hommes (+34%) et de 61 à 83 jours pour les femmes (+37%) entre 1998 et 2013⁴. Cette évolution est le résultat à la fois de l'allongement des carrières et donc du nombre de travailleurs âgés, plus souvent atteints de maladie chronique que leurs cadets et dont la durée de l'arrêt maladie est plus longue⁵, et de la progression de nouvelles pathologies, en particulier les troubles psychiques et mentaux qui impliquent des arrêts de travail de plus longue durée.
3. Enfin, **l'augmentation de l'indemnité moyenne d'incapacité de travail** qui est passée de 29,94 € par jour en 1998 à 45,84 € par jour en 2013 (+53%)⁶, ce qui s'explique notamment par les mesures de liaison au bien-être des allocations sociales en particulier les revalorisations des plafonds et montants minima des indemnités.

Figure 1 : Evolution du nombre de personnes en incapacité de travail primaire, 2003-2012



Source : Solidarité Mutualité

⁴ INAMI, Statistiques des indemnités.

⁵ Nos données montrent un lien clair entre l'âge et la durée de l'incapacité de travail : l'âge moyen des personnes en arrêt maladie de moins de 6 mois est de 39,5 ans contre 42,2 ans pour celles en arrêt maladie de plus de 6 mois.

⁶ INAMI, Statistiques des indemnités.

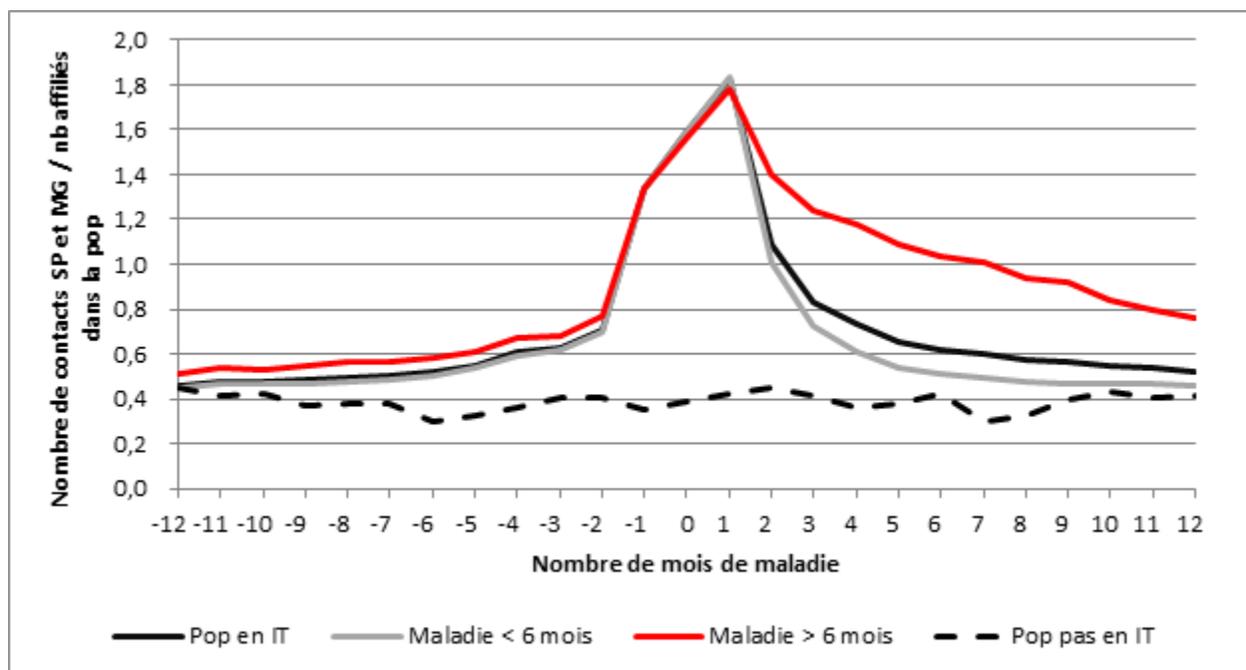
Deuxième idée reçue : « Une grande partie des personnes en « congé de maladie » sont en réalité parfaitement en état de travailler »

Sans surprise, **les personnes en incapacité de travail primaire ont davantage de contacts avec le système de santé.**

Dans la figure 2 ci-dessous, ces contacts sont mesurés par la fréquence de consultation mensuelle avec le médecin généraliste et le(s) spécialiste(s) dans les 12 mois qui précèdent et les 12 mois qui suivent le début de l'incapacité de travail.

On observe que **la fréquence des contacts avec le médecin généraliste et les spécialistes augmente dans les mois qui précèdent l'arrêt de travail pour maladie.** La fréquence des contacts reste ensuite nettement supérieure dans les mois qui suivent l'entrée en incapacité de travail, en particulier pour les personnes dont l'incapacité de travail dépasse les 6 mois.

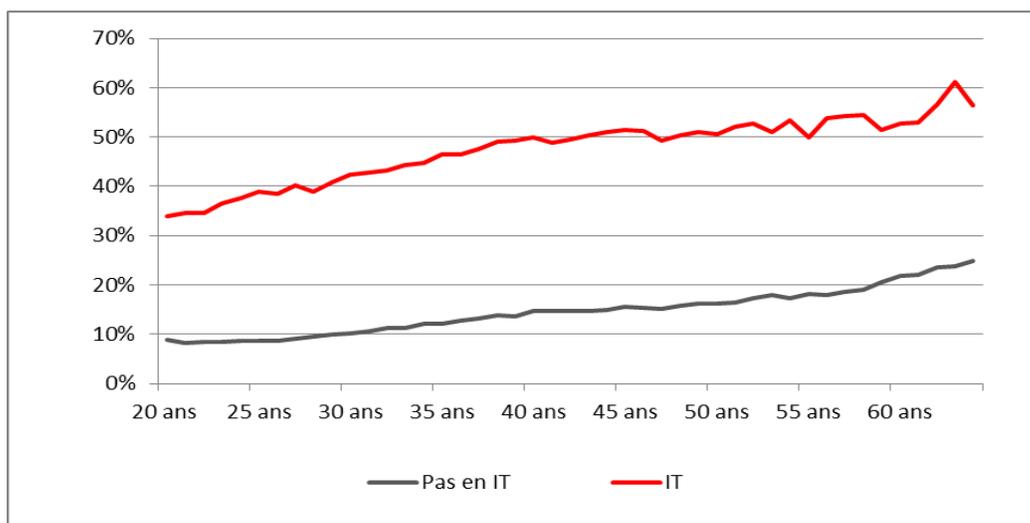
Figure 2 : Suivi du nombre de consultations de médecins généralistes/spécialistes 12 mois avant et 12 mois après l'arrêt de maladie



Source : Solidarité Mutualité

L'étude montre aussi que la consommation moyenne de médicaments est 1,5 fois supérieure chez les patients en incapacité de travail. En outre, 47% de la population en incapacité de travail s'est vue délivrer au moins une boîte d'antidépresseurs/antipsychotiques en 2012 contre 14% de la population qui n'est pas en incapacité de travail. Ainsi, **trois fois plus de personnes en incapacité de travail sont traitées par antidépresseurs ou antipsychotiques** (figure 3).

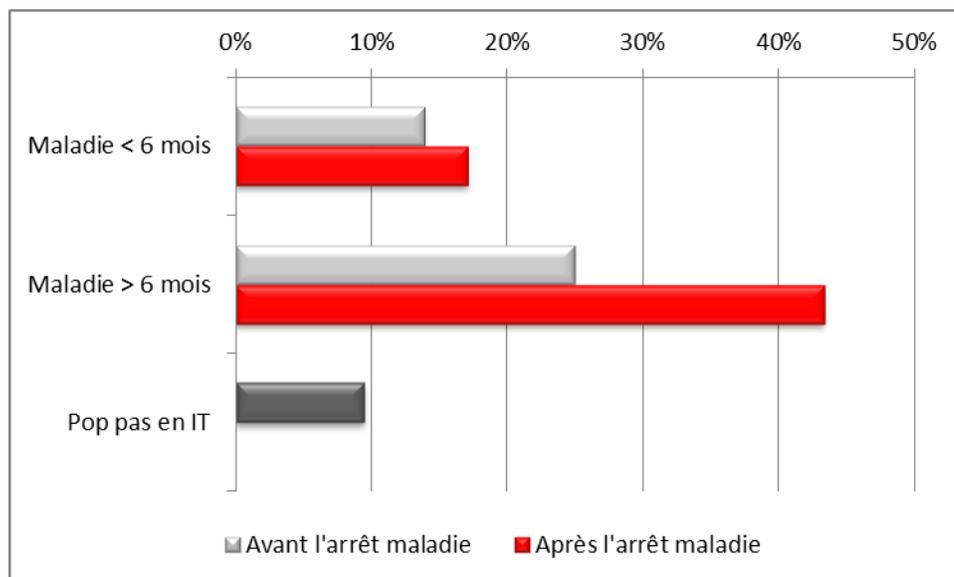
Figure 3 : Pourcentage de la population avec au moins une délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques, 2012



Source : Solidaris Mutualité

La figure 4 montre que **la proportion de personnes traitées par antidépresseurs augmente avec la durée de l'incapacité de travail**. Il y a 2,5 fois plus de personnes sous antidépresseurs/antipsychotiques parmi les incapacités de plus de 6 mois comparativement aux incapacités de moins de 6 mois et 4 fois plus comparativement à la population sans incapacité de travail. Ces résultats confirment les constats de l'INAMI qui montrent que les troubles mentaux sont une des principales causes d'arrêt maladie et d'entrée en invalidité.

Figure 4 : Pourcentage de la population en incapacité de travail avec au moins une délivrance d'antidépresseurs et/ou d'antipsychotiques selon la durée d'incapacité, 2012



Source : Solidaris Mutualité

Les personnes en incapacité de travail sont 6 fois plus souvent hospitalisées et pour des durées de séjour en moyenne 2 fois plus longues (tableau 1).

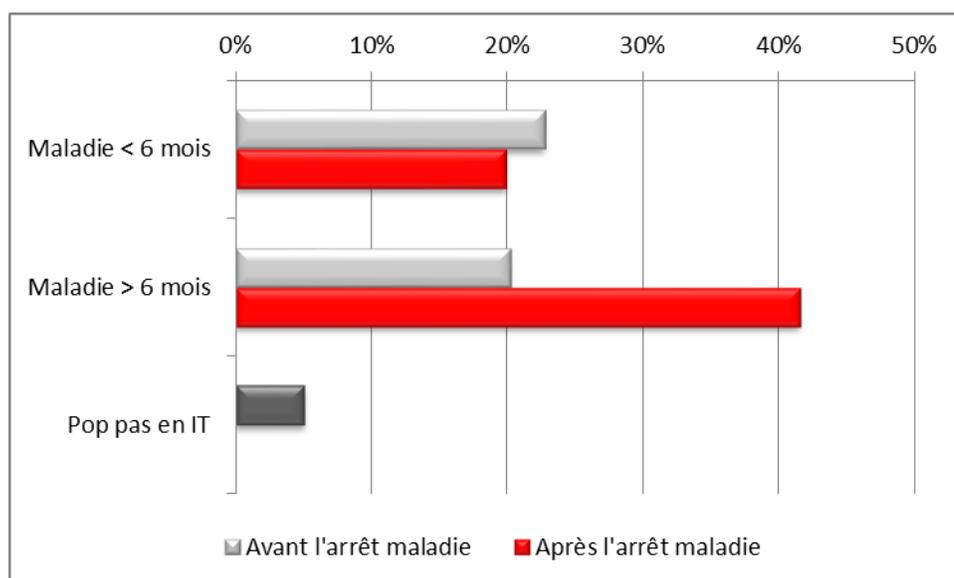
Tableau 1 : Pourcentage de personnes hospitalisées et durée de séjour moyenne par patient, 2012

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

Source : Solidaris Mutualité

Ici aussi la corrélation avec la durée de l'incapacité de travail est confirmée (figure 5) : 42% des personnes avec une incapacité de travail de plus de 6 mois ont séjourné à l'hôpital dans les 12 mois qui ont suivi leur arrêt maladie et pour une durée de séjour en moyenne de 24 jours, soit 3 fois plus longue que les personnes qui n'ont pas connu d'épisode d'incapacité sur la même période d'observation.

Figure 5 : Pourcentage de la population hospitalisée (hospitalisations classiques)

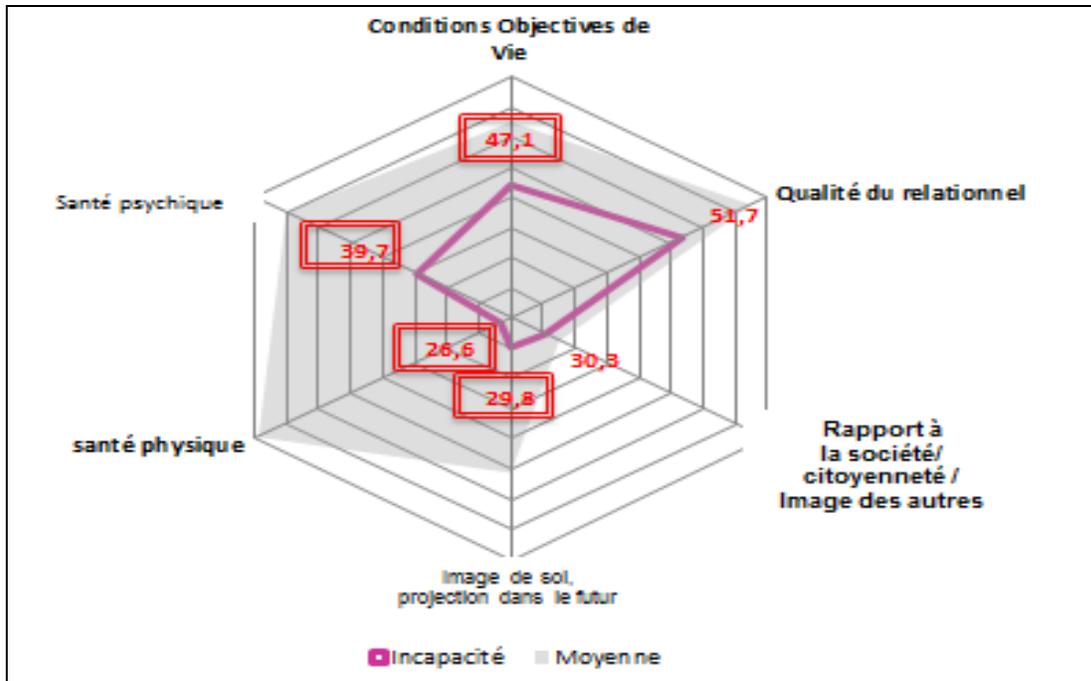


Source : Solidaris Mutualité

Ces statistiques sont confirmées par l'enquête sur le bien-être de Solidaris⁷, réalisée en 2015. Les résultats de cette enquête mettent en exergue d'importants **décrochages des personnes en incapacité de travail sur la santé mentale et sur la santé physique**⁸. Les déterminants du bien-être (conditions de vie, qualité du relationnel de proximité, etc.) sont aussi clairement affectés.

Une personne en incapacité de travail sur 2 estime ne pas avoir réussi sa vie (contre 28% parmi les actifs en emploi), 44% a une vision négative de sa vie (contre 14% parmi les actifs en emploi) et 43% n'est pas satisfait de ses relations avec son réseau d'amis (contre 23% parmi les actifs en emploi).

Figure 5 : Confiance et bien-être des personnes en incapacité de travail



Source : Solidaris Mutualité

⁷ Solidaris (2015), «Baromètre Confiance & Bien-être», Direction Marketing, Union Nationale des Mutualités Socialistes, Décembre 2015.

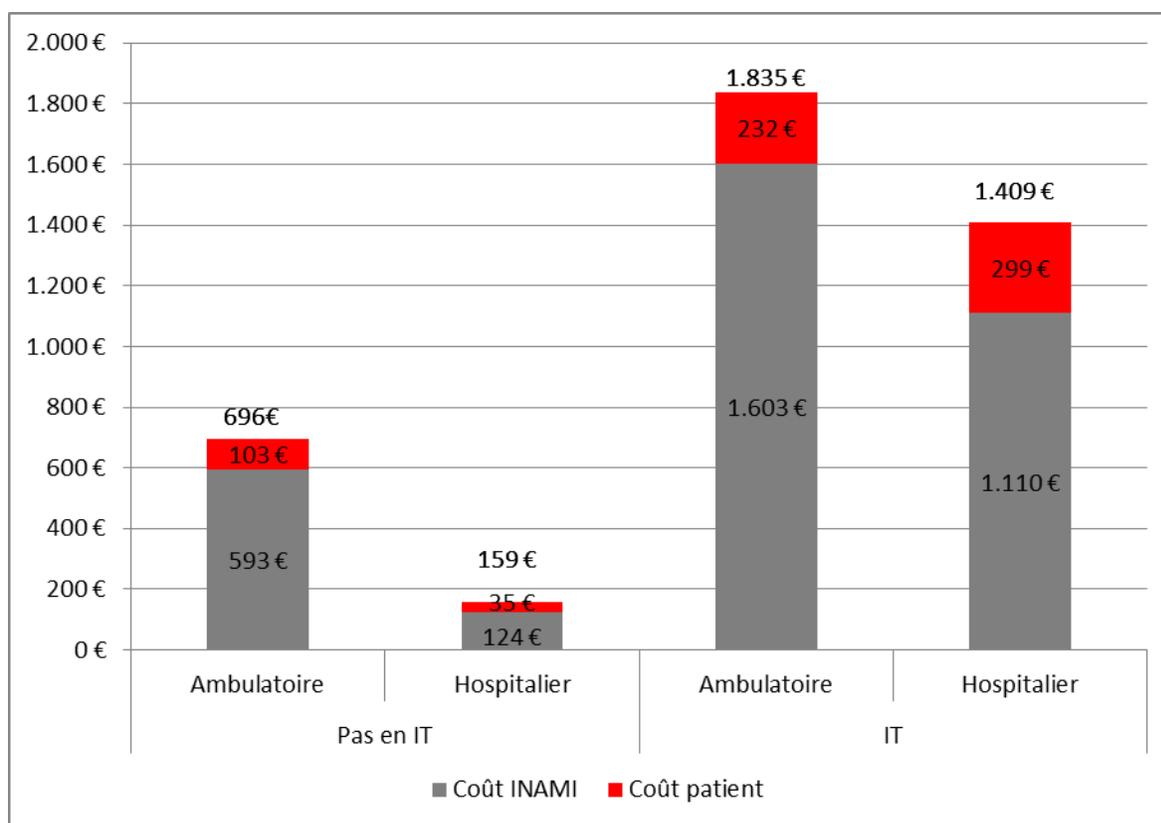
⁸La santé psychique est mesurée selon un indice composite de 9 items reprenant le ressenti par rapport aux angoisses, l'anxiété, le stress ; l'état de dépression (selon l'échelle PHQ-9), l'auto-évaluation de son bien-être (selon l'échelle de Cantril) et la suicidalité. La santé physique consiste en une auto-évaluation de l'état de santé actuel.

Troisième idée reçue : « Etre en congé de maladie, c'est confortable »

Outre une santé dégradée, les personnes en incapacité de travail sont fragilisées sur le plan social.

Alors même qu'elles doivent faire face à une forte diminution de leur pouvoir d'achat⁹, les personnes en incapacité de travail voient leur facture de soins de santé multipliée par 4 (figure 6). Les dépenses de soins ambulatoires et hospitaliers à charge des personnes ayant connu un épisode d'incapacité de travail en 2012 se montent à 531 € en moyenne alors qu'elles sont de 138 € pour une personne sans incapacité de travail.

Figure 6 : Coûts de soins de santé (ambulatoires et hospitaliers) pour le patient et l'assurance maladie, 2012



Source : Solidaris Mutualité

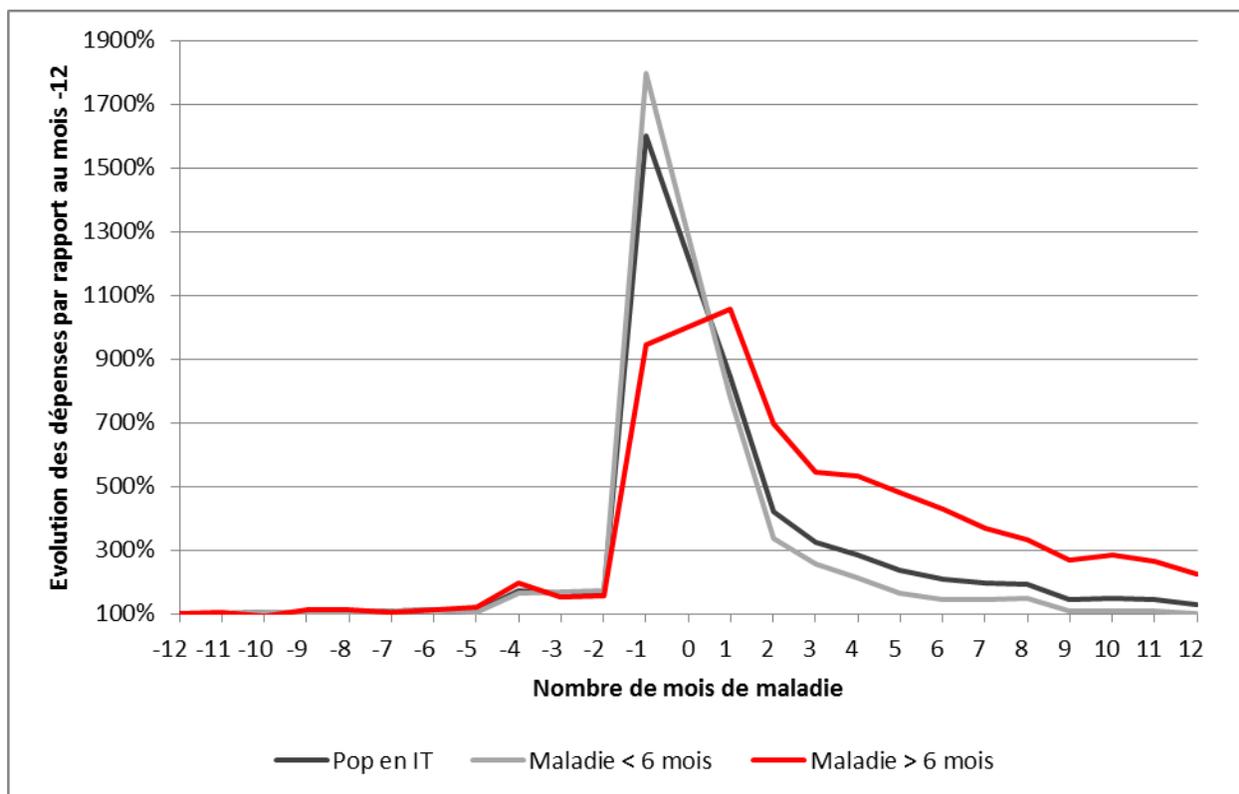
La figure 7 ci-dessous montre l'évolution mensuelle des dépenses de soins de santé à charge du patient¹⁰ au cours des 12 mois avant et 12 mois après l'arrêt maladie. On voit que **les frais de santé augmentent à partir du 5^{ème} mois précédant le début de l'arrêt maladie et connaissent une hausse marquée au moment de l'arrêt maladie**. Pour les incapacités de travail de moins de 6 mois, on observe un pic de dépense plus important au moment de l'arrêt de maladie et par la suite

⁹ Pour rappel, l'indemnité de maladie est plafonnée à 60% de la rémunération perdue.

¹⁰ Il s'agit de l'ensemble des dépenses de santé (tickets modérateurs pour les consultations de médecins généralistes et de spécialistes, les médicaments et les frais d'hospitalisation, suppléments y compris) pour toutes les personnes en incapacité de travail.

une forte diminution de la dépense, ce qui s'explique par le fait qu'il s'agit d'affections aiguës pour lesquelles les dépenses de santé se concentrent sur une courte période. Par contre, **pour les incapacités de travail de plus de 6 mois, les dépenses sont encore 3 fois plus importantes 10 mois après le début de l'incapacité comparativement à la période précédant l'arrêt de maladie.**

Figure 7 : Evolution des dépenses totales de santé à charge du patient 12 mois avant et 12 mois après l'arrêt de maladie



Source : Solidaris Mutualité

Il n'est dès lors pas étonnant d'observer que **les personnes en incapacité de travail sont davantage exposées au risque de précarité**. Ainsi, **32% des personnes avec une incapacité de travail de plus de 6 mois ont le statut BIM**. Et parmi les bénéficiaires ordinaires, **une personne sur cinq est en détresse financière occasionnelle¹¹**, soit 3 fois plus que ce qui est observé pour les personnes sans incapacité de travail.

Selon le « Baromètre Confiance et bien-être », **le report de soins pour raison financière est aussi plus répandu** : 38% des personnes en incapacité de travail déclarent avoir renoncé à aller chez un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois pour raisons financières, soit 2 fois plus que parmi les actifs.

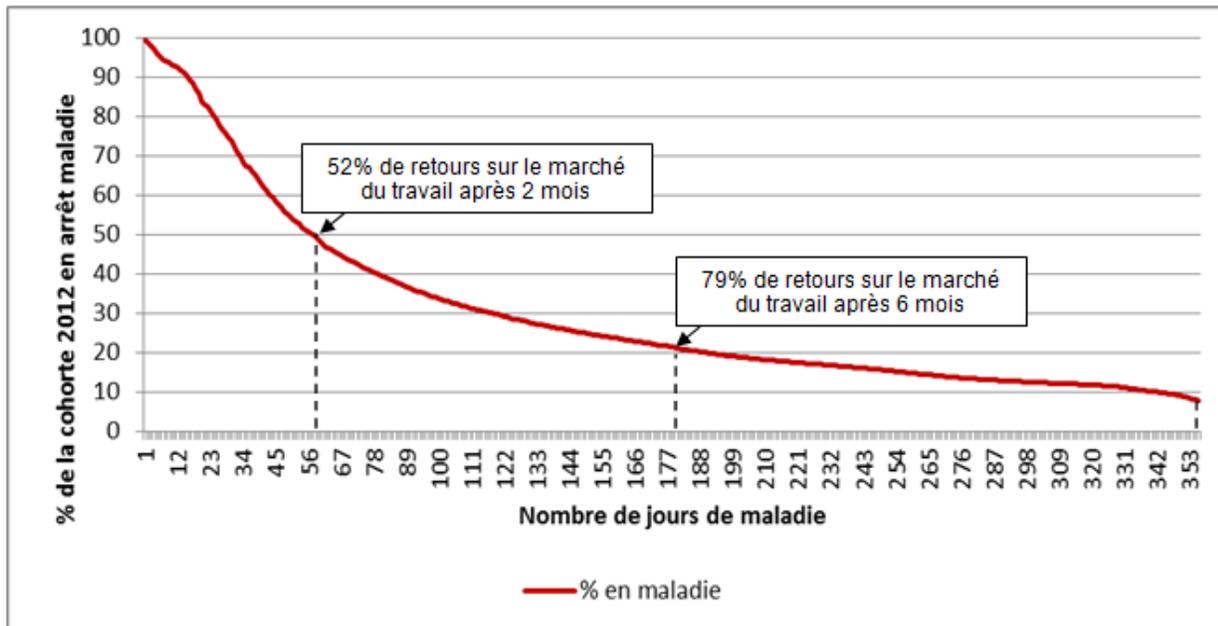
¹¹ Nous avons calculé que dans les 12 mois qui suivent l'arrêt maladie, les bénéficiaires ordinaires avec une incapacité de travail de plus de 6 mois ont bénéficié du tiers-payant social pour 21% des consultations du médecin généralistes, soit un taux 3 fois plus élevé que celui observé pour les personnes sans épisode d'incapacité de travail.

Quatrième idée reçue : « Les personnes en incapacité de travail ne font pas suffisamment d'efforts pour réintégrer leur emploi »

La figure 8 ci-dessous donne la distribution des personnes en incapacité de travail en fonction du nombre de jours de la maladie (y compris la période de salaire garanti) calculées en jours calendrier.

On constate que **la moitié des personnes en incapacité de travail retournent « naturellement » sur le marché du travail dans les 2 mois de l'arrêt maladie et 79% après 6 mois révolus. Parmi les 21% restants, la moitié est au chômage (surtout des ouvriers) pendant leur arrêt maladie et 8% basculent dans le régime de l'invalidité.**

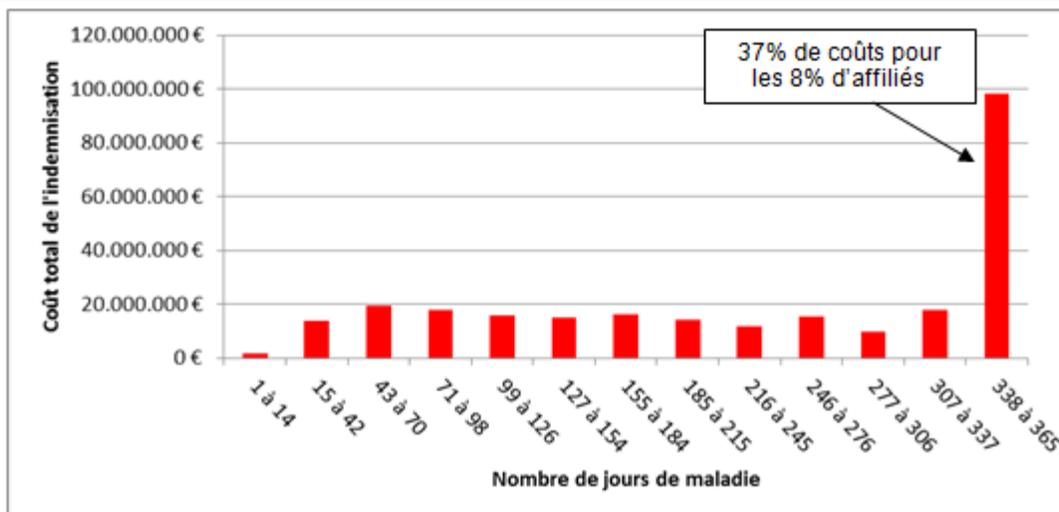
Figure 8 : Pourcentage d'affiliés en incapacité de travail en fonction de la durée de la maladie, 2012



Source : Solidaris Mutualité

On observe aussi que les dépenses se concentrent sur les durées d'incapacité les plus longues (qui sont aussi celles pour lesquelles la probabilité de retour au travail est la plus faible). **Les 8% des affiliés qui basculent dans le régime d'invalidité concentrent 37% des coûts des indemnités d'incapacité de travail.**

Figure 9 : Dépenses en indemnités en fonction de la durée de la maladie, 2012



Source : Solidaris Mutualité

Conclusions

L'analyse approfondie menée par Solidaris sur le secteur de l'incapacité de travail est une première. Elle donne un nouvel éclairage, en particulier sur le profil socio-sanitaire des personnes en arrêt de maladie, qui permet de **briser certaines idées reçues**.

- **La forte augmentation des dépenses d'incapacité de travail ces 10 dernières années n'est pas le résultat d'une proportion plus importante d'arrêts maladie.** Elle s'explique par la hausse du nombre d'ayants droit aux indemnités d'incapacité de travail découlant des politiques socio-économiques (cf. recul de l'âge de la pension des femmes) et des évolutions sociétales (cf. participation accrue des femmes au marché du travail) ; de l'augmentation de la durée moyenne d'incapacité de travail (suite à l'augmentation du nombre de travailleurs âgés et de la progression des maladies mentales) et enfin, de l'augmentation de l'indemnité moyenne d'incapacité de travail.
- **Etre en incapacité de travail n'est pas un choix.** Nos analyses montrent que les personnes en incapacité de travail ont un état de santé fortement dégradé ; que pour une grande majorité d'entre elles, leur état de santé commence à se détériorer dans les mois qui précèdent l'arrêt du travail ; et qu'il y a une forte corrélation entre l'état de santé et la durée de l'incapacité de travail
- **L'incapacité de travail n'est pas une situation confortable.** Alors même qu'elles doivent faire face à une forte diminution de leur pouvoir d'achat, les personnes en incapacité de travail voient leur facture de soins de santé multipliée par 4. Elles sont dès lors davantage exposées à un risque de pauvreté. Ainsi, 32% des personnes avec une incapacité de travail de plus de 6 mois ont le statut BIM. Et parmi les bénéficiaires ordinaires, une personne sur 5 est en détresse financière occasionnelle soit 3 fois plus que ce qui est observé chez les actifs sans incapacité de travail.
- **La majorité des personnes en incapacité de travail retournent naturellement au travail après une courte période d'arrêt de maladie.** Plus de la moitié des personnes en incapacité de travail (52%) retournent « naturellement » sur le marché du travail dans les 2 mois de l'arrêt de maladie et 79% après 6 mois révolus.