

L'indemnisation équilibrée de l'incapacité de travail

14/10/2010

Contexte – situation actuelle

Les principes

Les indemnités des travailleurs salariés sont calculées sur la base d'une rémunération perdue réelle (actifs) ou fictive (chômeurs). Leur pourcentage varie en fonction de la situation familiale du titulaire et de la durée de l'incapacité. Des montants minima assurent aux assurés un minimum de revenu. Des montants maxima plafonnent les revenus des titulaires en incapacité de travail et permettent de maîtriser les budgets de l'assurance maladie.

Les indemnités des travailleurs indépendants sont octroyées sous forme de forfaits journaliers variables selon la situation familiale du titulaire, la durée de l'incapacité ou de la cessation de son entreprise (assimilation).

L'évolution

Le nombre de personnes en incapacité de travail augmente. On constate particulièrement une augmentation du nombre d'invalides dont la croissance se monte à plus de 30 % en 10 ans. Cette tendance est issue du vieillissement de la population (les plus de 50 ans sont les plus concernés) et au report de l'âge de la pension chez les femmes.

Dans le secteur salarié, l'augmentation du taux total d'invalidité (nombre d'invalides/nombre de titulaires indemnisables) ne s'explique pas par un risque accru d'être invalide dans une certaine catégorie d'âges mais tout simplement parce qu'il y a plus de personnes qui se situent dans les catégories d'âges plus avancés où le taux d'invalidité est plus élevé.

Dans le secteur indépendant, on constate cependant que l'invalidité est un phénomène qui se manifeste chez les personnes plus âgées.

Les causes

Des glissements importants s'opèrent dans les pathologies entraînant une invalidité. Grâce entre autres au progrès de la science médicale, certaines maladies peuvent être correctement traitées. C'est le cas pour les maladies cardiovasculaires pour lesquelles le nombre d'invalides a diminué au cours des 10 dernières années. D'un autre côté, le nombre d'invalides souffrant de troubles psychiques et de maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif augmente considérablement.

Cette tendance se retrouve dans les deux secteurs avec une prévalence plus marquée des troubles psychiques dans le secteur salarié.

On marque du doigt l'évolution des mentalités de notre société qui, en encourageant la performance, peut influencer l'évolution de ces troubles.

Suite page suivante

Position MLOZ

Si les Mutualités Libres peuvent adhérer aux recommandations de prévention, elles souhaitent aussi renforcer la réinsertion professionnelle, voyant dans la reprise d'activité un facteur de motivation ayant un impact favorable sur une meilleure prise en charge de la maladie (voir les mémoranda sur l'évaluation médicale et sur les maladies chroniques (disease management)).

La prévention peut être prise en charge par des actions générales d'information relevant de la promotion de la santé.

Le médecin conseil pourra également être proactif dans ce domaine en jouant pleinement son rôle de conseiller dès qu'il a connaissance du dossier d'un patient à risque. Il doit aussi pouvoir l'encourager à prendre en charge son traitement de manière à lui ouvrir des perspectives de reprise de travail.

Mais il importe aussi de réfléchir sur l'évolution des taux ainsi que sur les périodes d'indemnisation.

Les périodes

Si nous recommandons plus de souplesse dans l'évaluation des périodes d'incapacité de travail, nous proposons par ailleurs de conserver la distinction entre la première période d'un an et la seconde période au-delà d'un an, pour définir les taux d'indemnisation.

Certains recommandent de moduler les périodes d'incapacité de travail en fonction de l'âge de l'assuré et prônent une dégressivité de l'indemnisation en cas de prolongation de la maladie.

Nous ne pouvons adhérer à cette proposition qui tend à stigmatiser les personnes en incapacité de travail. Nous recommandons au contraire de renforcer le rôle du médecin-conseil dans l'accompagnement des assurés de manière à les encourager à reprendre une activité adaptée à leur capacité de gain. Si cette capacité de gain n'est plus suffisante, une indemnisation correcte doit offrir à l'assuré la possibilité de vivre dignement.

Les taux

Il est certain que pour des raisons essentiellement budgétaires, les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité n'ont pas suivi les évolutions du coût de la vie et que le pouvoir d'achat des malades s'est réduit. Des efforts particuliers ont été faits de manière à ce que les montants minima soient mieux protégés.

Par contre les montants maxima n'ont pas suivi la même progression et les revenus de ces invalides se sont sérieusement réduits (*le tableau en annexe reprend l'évolution de ces indemnités durant les 10 dernières années*).

On peut admettre que le taux des indemnités doit être adapté à la situation familiale des titulaires en incapacité prolongée, assurant un revenu plus élevé aux chefs de ménage et réduisant le taux accordé aux cohabitants. Nous recommandons une augmentation des montants minima et maxima mais aussi une revalorisation du taux des indemnités octroyées aux cohabitants. Ce relèvement est un corolaire des initiatives à développer pour la réinsertion.

Suite page suivante

Il ne faut pas oublier que les invalides, par définition, souffrent de pathologies chroniques et sont en outre confrontés à des difficultés financières liées à leurs dépenses accrues en soins de santé. Nous proposons d'adapter le montant de l'allocation pour aide de tiers afin de donner à la personne en incapacité les moyens de faire face aux aides dont elle a besoin.

Afin de permettre d'assurer le financement de ces mesures potentielles, nous recommandons les initiatives suivantes :

- un renforcement de la lutte contre la fraude sociale en mettant à disposition des mutualités des outils d'échange d'informations plus performants entre les secteurs de la sécurité sociale ;
- un partenariat avec le secteur du chômage et des employeurs pour assurer le succès de la réinsertion ;
- une modularité plus grande des taux d'indemnisation en fonction des capacités de gain résiduelles des malades. Les taux sont réduits d'office si la capacité de gain est suffisante, même si la reprise de travail n'est pas effective ;
- une analyse des effets pervers des systèmes d'indemnisation qui peuvent favoriser financièrement le maintien en incapacité de travail en accordant un revenu mensuel supérieur à ce qu'un assuré pourrait obtenir en reprenant une activité à temps plein ;
- offrir des incitants aux employeurs qui s'engagent dans la réinsertion de leur personnel.

Conclusions

Les Mutualités Libres s'engagent clairement en faveur des actions de réinsertion professionnelle et de lutte contre les fraudes et les abus. Le succès de ces projets permettra de dégager des ressources pour assurer aux personnes en incapacité de travail un revenu décent leur permettant de mener une vie adaptée à leur maladie, de mieux gérer sa prise en charge. Les médecins conseils jouent un rôle essentiel dans ce processus, anticipant les évolutions des pathologies dès leur apparition, en conseillant les patients, en les aidant dans leurs efforts de réinsertion et en modulant les seuils de capacités de gain. Les employeurs, la médecine du travail et le secteur du chômage sont les partenaires privilégiés du secteur mutualiste dans la réalisation de ces défis.

Anne VIROUX
16 août 2010

Annexe page suivante

Annexe 1

Type		1/09/2000	1/04/2004	1/01/2010	Progression
Plafond AMI		95,38	101,21	120,74	12,66%
Maximum primaire	60%	57,23	60,73	72,44	12,66%
	55%	52,46	55,67	72,44	13,81%
Maximum invalidité	avec charge	57,23	60,73	78,48	13,71%
	sans charge	38,15	40,48	48,29	12,66%
Minimum TR	avec charge	34,49	37,97	49,26	14,28%
	isolé	27,6	30,62	39,42	14,28%
	cohabitant	24,69	27,18	33,8	13,69%
Minimum vital	avec charge	27,66	30,74	37,96	13,72%
	sans charge	20,75	23,05	28,47	13,72%
Salaire moyen		2293	2662	2890,1	12,60%
Salaire minimum		1095,89	1210	1387,49	12,66%