



ETUDE

ENTRÉES EN INVALIDITÉ

Analyse des prestations de Soins de Santé



Une publication des **Mutualités Libres**

Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

T. : 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Rédaction > GÜNGÖR KARAKAYA

Lay-out > Vera De Geest

www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, août 2019

(Numéro d'entreprise 411 766 483)

ENTRÉES EN INVALIDITÉ

Analyse des prestations de Soins de Santé

TABLE DES MATIERES

01	Introduction	4
02	Quelques chiffres clés sur l'invalidité en Belgique	6
03	Données utilisées	9
3.1	Données de population	9
3.2	Données de remboursements de soins de santé	9
3.3	Données liées aux indemnités	9
04	Méthodologie suivie.....	10
4.1	Sélection de la population	10
4.2	Indicateurs pour les maladies chroniques.....	10
05	Résultats	12
5.1	Population entrée en invalidité pour la première fois en 2016 (« nouveaux » invalides).....	12
5.2	Prestations de soins de santé et maladies chroniques des « nouveaux » invalides	16
06	Conclusions	33
07	RecommandationS	35

01

INTRODUCTION

Les chiffres publiés par l'INAMI montrent une augmentation importante des dépenses en incapacité de travail primaire (ITP)¹ et en invalidité² aux cours des dernières années. Entre 2007 et 2017, les indemnités d'invalidité des salariés sont passées de 2,4 milliards euros à 5,4 milliards euros (soit plus qu'un doublement en 10 ans) et les indemnités d'incapacité de travail primaire (ITP) des salariés ont augmenté de 0,99 milliard euros à 1,7 milliard euros (soit une hausse de 70% en 10 ans). Aussi bien en valeur absolue qu'en valeur relative, les évolutions ont été significativement plus marquées pour l'invalidité. Entre 2007 et 2017, le taux d'invalidité est ainsi passé de 5,4% (avec 242.086 personnes en invalidité) à 8,4% (avec 404.657 personnes en invalidité). Plusieurs facteurs ont contribué à expliquer ces évolutions : relèvement progressif de l'âge légal de la pension chez la femme, traitement d'affections autrefois fatales, évolutions épidémiologiques, hausse des problèmes de santé invalidants (troubles musculo-squelettiques, tumeurs, santé mentale), baisse des revenus de remplacement (-30% pour l'allocation de chômage en 20 ans), durcissement des conditions d'accès à la prépension, montants faibles des allocations de chômage, hausse de l'âge moyen de la population active (20-65 ans), accentuation de la dégressivité des allocations de chômage,...

Entre 2007 et 2017, les indemnités d'invalidité des salariés ont plus que doublé en 10 ans et les indemnités d'incapacité de travail primaire (ITP) des salariés ont augmenté de 70% pendant cette période.

Dans pratiquement tous les pays de l'OCDE et essentiellement depuis les années 1990, les réformes des politiques en matière d'incapacité de travail et d'invalidité se sont intensifiées (à des degrés et à des rythmes différents). Depuis quelques années, il existe un consensus pour encourager davantage les personnes présentant une limitation fonctionnelle (et disposant toujours d'une certaine capacité de travail) à se maintenir dans l'emploi ou à entrer sur le marché du travail. Pour y arriver, la plupart des pays ont élargi leur arsenal d'incitations, d'aides et de services à l'emploi en faveur des personnes souffrant de problèmes de santé. Certains pays ont aussi contrôlé de manière plus stricte l'accès aux prestations de maladie et d'invalidité.

Selon les constats de l'OCDE, en dehors de quelques pays (notamment les Pays-Bas et la Finlande), l'ampleur des réformes entreprises dans la plupart des pays (dont la Belgique) n'a pas été suffisante pour réduire significativement le recours aux prestations de maladie et d'invalidité. Les chiffres de l'OCDE (2010, 2016)³ montrent que les pays qui ont adopté des réformes structurelles impliquant à la fois le système de prestations et celui d'aides à l'emploi (notamment aux Pays-Bas et en Finlande) sont ceux qui ont enregistré les plus importantes baisses de leur taux d'invalidité.

1 L'incapacité de travail primaire (ITP) désigne la première année d'incapacité de travail, après la période de salaire garanti.

2 L'invalidité désigne la période de l'incapacité de travail qui débute après l'année d'incapacité de travail primaire (ITP).

3 OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2016), *Economic policy reforms 2016: Going for growth interim report*, Éditions OCDE, Paris.

Une absence pour maladie de longue durée constitue à la fois un coût important pour l'employeur, pour la sécurité sociale et pour la société, mais également pour le travailleur en incapacité de travail étant donné qu'elle conduit à une perte de revenus, une perte de contacts sociaux et souvent à davantage de problèmes de santé. Il est dès lors raisonnable de s'intéresser à cette population afin de mieux cerner leur spécificité.

La présente étude décrit le profil des personnes qui, après une période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP), entrent en invalidité.

L'étude porte sur leurs caractéristiques (âge, sexe, lieu de domicile, bénéficiaire ou non de l'intervention majorée) et leurs prestations de soins (dépenses en soins de santé, recours aux médecins, recours aux médicaments, hospitalisations...) avant, pendant et après la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP).

Pour rappel, les travailleurs salariés, les demandeurs d'emploi et les travailleurs indépendants qui ne peuvent plus travailler à cause d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle ont droit à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité. L'invalidité correspond à la période de l'incapacité de travail qui débute après l'année d'incapacité de travail primaire. Autrement dit, l'indemnité d'invalidité est attribuée à l'assuré social dont l'invalidité résulte d'une maladie ou d'un accident (autre qu'une maladie professionnelle ou un accident du travail) qui empêche la personne de travailler pendant une période d'au moins 12 mois.

Afin de rendre nos analyses plus pertinentes, les personnes avec des périodes de congé de maternité avant l'entrée en invalidité en 2016, les personnes non affiliées de manière continue aux Mutualités Libres entre les années 2013 et 2017 ainsi que les personnes décédées pendant cette période n'ont pas été retenues dans l'étude.

02

QUELQUES CHIFFRES CLÉS SUR L'INVALIDITÉ EN BELGIQUE

Les données qui nous ont permis de réaliser les figures qui sont présentées dans cette partie de l'étude nous ont été fournies par le Service des indemnités de l'INAMI.

La figure 1 montre que, entre 1996 et 2017, le nombre total d'invalides a plus que doublé en passant de 186.526 à 404.657 (+117%). La plus forte hausse a été observée chez les femmes qui voient leur nombre en invalidité tripler (+241%) au cours des 20 dernières années, alors que le nombre d'hommes invalides augmente de 48%.

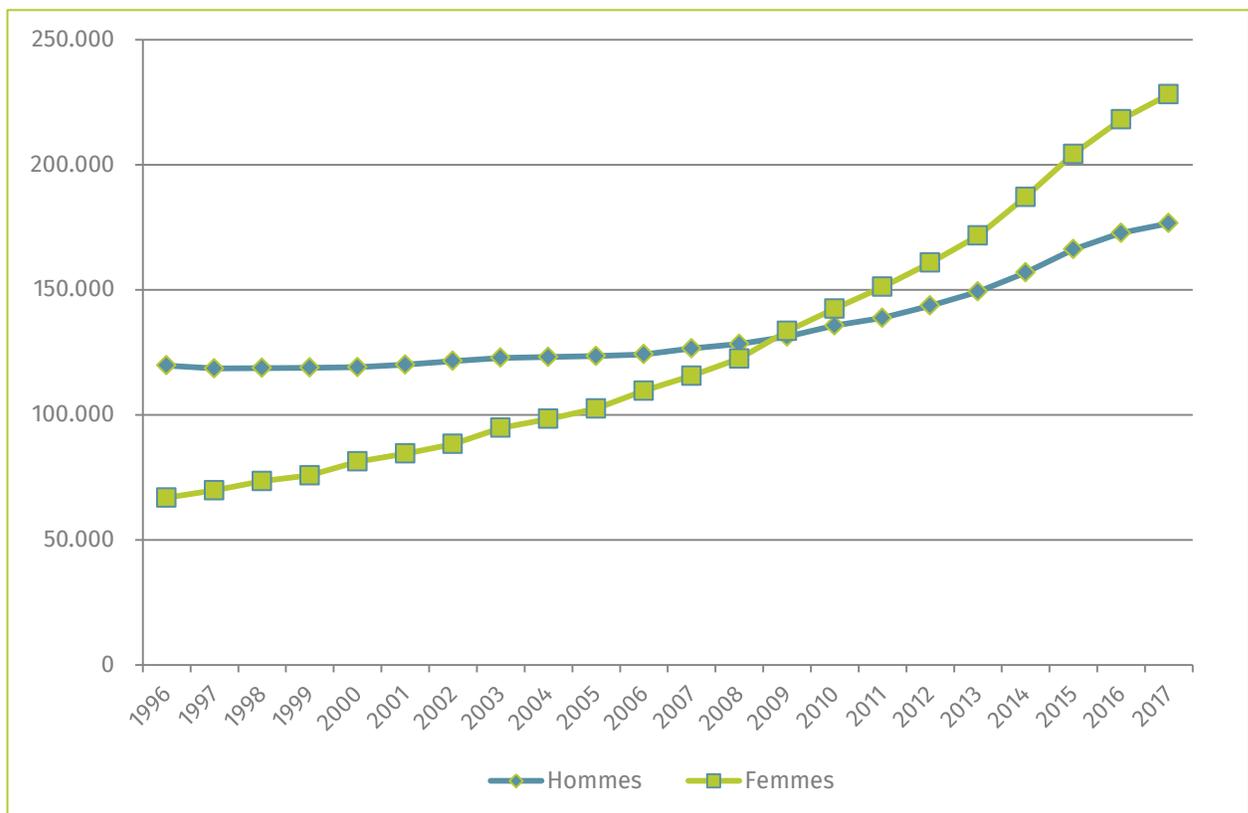


Figure 1 : Evolution du nombre d'invalides par sexe, 1996-2017 - Source : Données de l'INAMI

De 1996 à 2008, nous remarquons que le nombre d'invalides de sexe féminin rattrape rapidement celui des hommes pour ensuite le dépasser et creuser l'écart. A partir de l'année 2008 (année marquée par la crise financière et économique), le nombre de femmes invalides dépasse pour la première fois celui des hommes.

Ces évolutions sont nettement plus importantes que celles observées pour le nombre de titulaires indemnisables (sans les prépensionnés). Le relèvement de l'âge de la retraite des femmes et le vieillissement de la population n'expliquent que partiellement la forte hausse du nombre de femmes invalides. D'autres facteurs ont

donc joué un rôle majeur pour expliquer la forte augmentation du nombre de personnes invalides.

Un constat important est l'augmentation accélérée du nombre d'invalides à partir de la crise financière et économique de 2008 (aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais à un rythme plus rapide chez les femmes). Une période de mauvaise conjoncture semble donc nuisible au régime d'invalidité (et évidemment au régime de chômage). Notons toutefois que l'augmentation du nombre de personnes en invalidité s'est également poursuivie après la crise financière et économique de 2008.

L'intérêt d'analyser l'évolution du taux d'invalidité⁴ permet de neutraliser l'effet de la hausse du nombre de titulaires indemnisables lors de nos analyses. Le taux d'invalidité des hommes est passé de 5,5% à 7,0% entre 1996 et 2017, alors qu'il a progressé de 4,3% à 10,1% chez les femmes (figure 2).

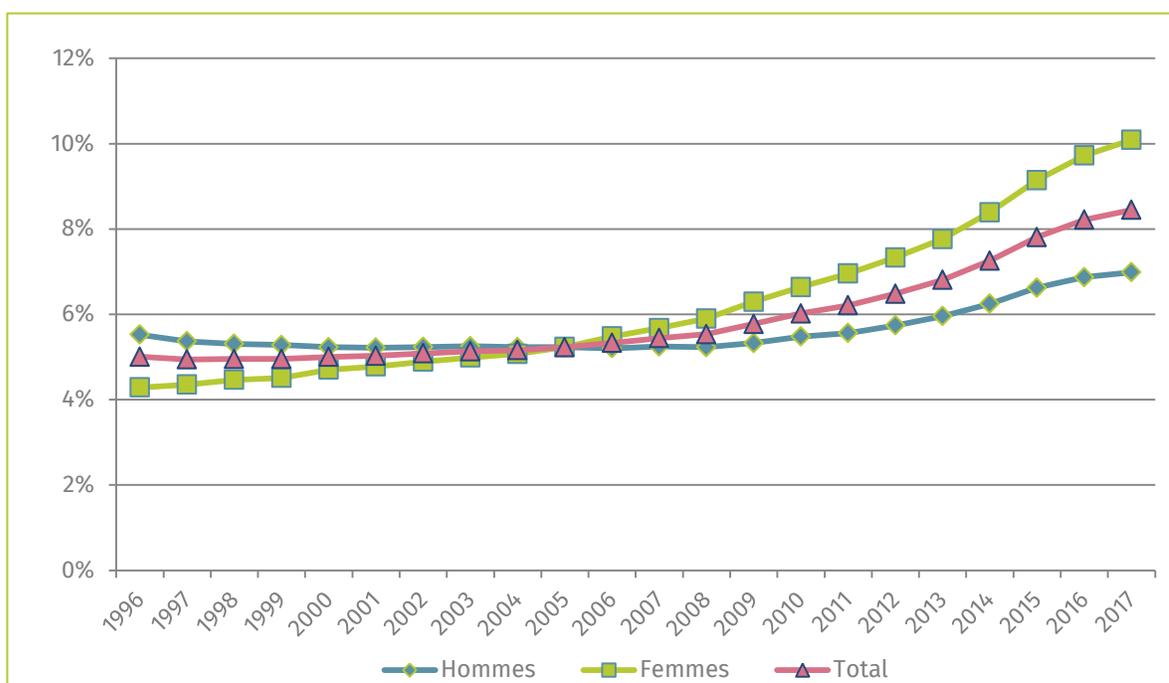


Figure 2 : Evolution du taux d'invalidité par sexe, 1996-2017 - Source : données de l'INAMI

L'évolution du taux d'invalidité entre 1996 et 2017 confirme les constats faits plus haut, à savoir une augmentation accélérée du risque de se trouver en invalidité à partir de l'année de crise financière et économique (2008), un rattrapage du taux d'invalidité des femmes par rapport à celui des hommes puis un dépassement de ce taux en faveur des femmes et un écart qui se creuse davantage avec le temps.

Les chiffres de la figure 3 montrent que **les troubles psychiques et les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif sont les deux principales causes de l'invalidité**. Ces deux groupes de maladie représentent environ les deux tiers du nombre total d'invalides. Entre 2004 et 2016, la part de ces deux groupes de maladies

⁴ Rapport entre le nombre d'invalides et le nombre de titulaires indemnisables sans les prépensionnés.

dans le nombre total d'invalides a augmenté de manière significative (surtout chez les femmes).

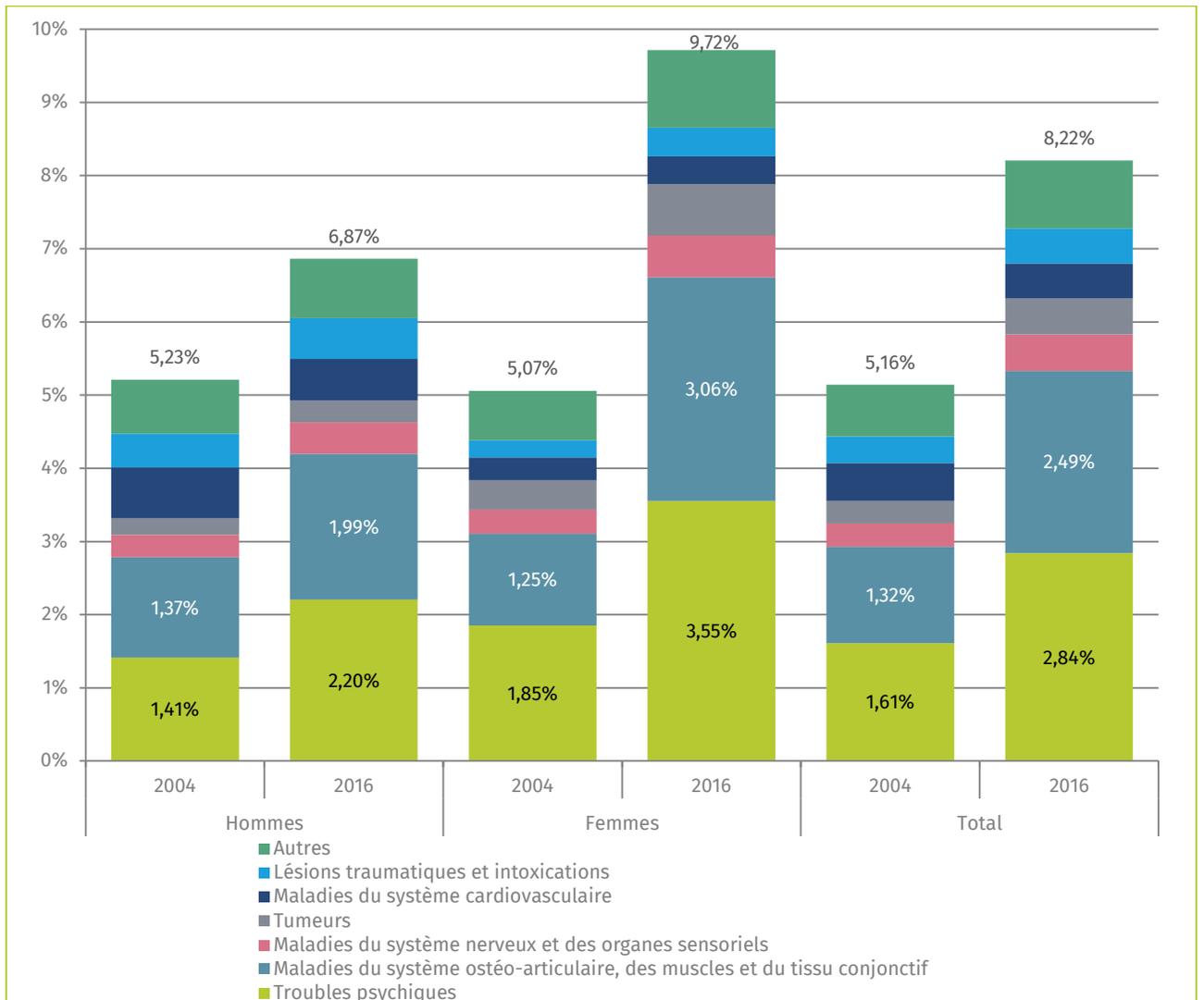


Figure 3 : Taux d'invalidité par sexe et pathologie, 2004-2016 - Source : Données de l'INAMI

03

DONNÉES UTILISÉES

3.1 Données de population

Notre étude porte sur les données de population administratives et anonymisées des affiliés des Mutualités Libres entre 2013 et 2017.

Ces données sont définies dans le layout de l'Agence Intermutualiste (AIM)⁵ et contiennent une série d'informations générales sur les affiliés des Mutualités Libres telles que l'année de naissance, le sexe, la région/province/arrondissement du domicile, le droit à l'intervention majorée, le droit aux divers forfaits, le type de ménage, etc.

La population étudiée ne concerne que les personnes affiliées de manière ininterrompue aux Mutualités Libres entre le 1/1/2013 et le 31/12/2017. Sont donc exclus les assurés qui mutent vers d'autres organismes assureurs ou qui s'affilient aux Mutualités Libres pendant cette période ainsi que les personnes décédées.

3.2 Données de remboursements de soins de santé

Outre les données démographiques, nous utilisons aussi des données administratives de remboursements de soins de santé des Mutualités Libres dans le cadre de l'assurance obligatoire (sur base de la facturation). Elles incluent toutes les prestations médicales fournies entre le 1/1/2013 et le 31/12/2017 et remboursées par l'assurance maladie.

3.3 Données liées aux indemnités

Ces données contiennent les périodes d'incapacité de travail avec paiement d'indemnités par l'assurance maladie (date de début et date de fin), ainsi que la date de début d'invalidité (et la date de fin si l'invalidité prend fin). Les données exploitées sont celles des personnes qui entrent en invalidité (reconnaissance officielle) pour la première fois dans le courant de l'année 2016 pendant la période 2013-2016 (donc avec une période d'incapacité de travail primaire de 12 mois avant l'invalidité et avec ou sans période d'incapacité de travail avec paiement d'indemnités entre le 1/1/2013 et le 31/12/2014).

Afin de rendre nos analyses plus pertinentes, les personnes avec des périodes de congé de maternité avant l'entrée en invalidité en 2016, les personnes non affiliées de manière continue aux Mutualités Libres entre les années 2013 et 2017 ainsi que les personnes décédées pendant cette période n'ont pas été retenues dans l'étude.

⁵ https://www.aim-ima.be/IMG/pdf/layout_population-populatie_v14_nf.pdf

04

MÉTHODOLOGIE SUIVIE

4.1 Sélection de la population

A partir de nos données administratives, nous sélectionnons les personnes entrant en invalidité (reconnaissance officielle) pour la première fois dans le courant de l'année 2016 pendant la période 2013-2016. Ce choix nous permet d'avoir suffisamment d'informations sur la personne avant, pendant et après l'entrée à l'incapacité de travail primaire (ITP) conduisant à l'invalidité. Les personnes avec des périodes de congé de maternité, les assurés qui mutent vers d'autres organismes assureurs ou qui s'affilient aux Mutualités Libres pendant la période 2013-2017 ainsi que les personnes décédées sont exclues de notre étude.

Nous distinguerons 3 périodes pour affiner nos analyses sur les « nouveaux » invalides, à savoir:

- la période de 12 mois avant l'entrée en incapacité de travail primaire (ITP) ;
- la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP) ;
- la période d'invalidité qui peut être courte (moins de 6 mois), moyenne (6 à 12 mois) ou longue (plus de 12 mois). Ce choix nous permettra de comparer les personnes sortant relativement tôt de l'invalidité des autres.



Lorsque cela est pertinent, nous comparons également les « nouveaux » invalides à la population de référence qui est composée de l'ensemble des affiliés des Mutualités Libres âgés de 20 à 64 ans.

4.2 Indicateurs pour les maladies chroniques

En tant qu'organisme assureur, les Mutualités Libres ne disposent pas du diagnostic médical précis des affections dont souffrent leurs affiliés. Nous avons dû pallier cet obstacle en créant des proxy de diagnostics (22 au total) sur base, d'une part, d'un critère de consommation de médicaments spécifiques pendant une certaine durée (minimum 90 jours de traitement par an ou 120 jours dans le cas de la dépression ou d'autres troubles de l'humeur) et, d'autre part, de la facturation de certains codes de la nomenclature de l'INAMI ou d'hospitalisations spécifiques (pour 4 affections

chroniques : l'insuffisance rénale, la santé mentale, le cancer et les transplantations d'organes)⁶.

D'autres affections (chroniques ou non) ne pouvant être identifiées à partir de nos données administratives de mutualités (notamment celles dont le traitement ne fait pas l'objet de remboursement par l'assurance maladie ou dont le traitement ne peut être clairement établi) telles que le burn-out et certains troubles musculosquelettiques (tendinite, maux de dos, etc.) ne font pas l'objet d'analyses spécifiques dans cette étude.

⁶ Les détails méthodologiques sont disponibles dans l'étude des Mutualités Libres - Karakaya G., Vanrillaer, V. et Van Tielen, R. (2013). "Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie". Etude des Mutualités Libres, Décembre 2013, 60 pages.
<https://www.mloz.be/fr/content/concentration-des-depenses-en-soins-de-sante>

05

RÉSULTATS

Cette section de l'étude porte sur les principaux résultats obtenus de nos analyses de données administratives de soins de santé remboursés par l'assurance maladie.

Premièrement, nous décrivons quelques caractéristiques sociodémographiques et les périodes d'incapacité de travail de la population entrée en invalidité pour la première fois en 2016 pendant la période 2013-2016. Celle-ci sera appelée les « nouveaux » invalides dans la suite de l'étude.

Deuxièmement, nous présentons les dépenses et prestations de soins de santé et quelques maladies chroniques des « nouveaux » invalides. Cette deuxième partie porte sur :

- l'importance des dépenses de soins de santé (à charge de l'assurance maladie et du patient) ;
- les principales prestations de soins de santé ;
- les maladies chroniques et les comorbidités (présence d'au moins deux maladies chroniques) ;
- les consultations par le médecin ;
- les spécialités pharmaceutiques ;
- les hospitalisations conventionnelles avec au moins une nuitée ;
- le recours aux urgences hospitalières.

5.1 Population entrée en invalidité pour la première fois en 2016 (« nouveaux » invalides)

Les Mutualités Libres, qui comptent environ 20% de l'ensemble de la population belge parmi leurs affiliés, enregistraient 10.101 personnes entrant en invalidité pour la première fois en 2016 sur la période 2013-2016 (soit 0,45% de leurs affiliés titulaires indemnisables). Autrement dit, tous ces « nouveaux » invalides ont eu une période d'incapacité de travail primaire (ITP) d'une année qui a commencé en 2015.

5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des « nouveaux » invalides

L'âge moyen des « nouveaux » invalides est de 46 ans (48 ans pour la médiane). La figure 4 montre une augmentation du nombre de « nouveaux » invalides avec l'âge jusqu'à 55 ans, puis une diminution au-delà de cet âge qui s'explique par l'accroissement du nombre de prépensionnés, alors que la population générale des Mutualités Libres n'augmente pas de manière aussi marquée jusqu'à 55 ans. Autrement dit, bien que la population générale reste relativement stable jusqu'à 55 ans, le nombre de « nouveaux » invalides croît de manière significative et prononcée jusqu'à cet âge. Cela se traduit par une **hausse de la prévalence des « nouveaux » invalides jusqu'à 55 ans (à 55 ans, la prévalence vaut 1,25%)**.

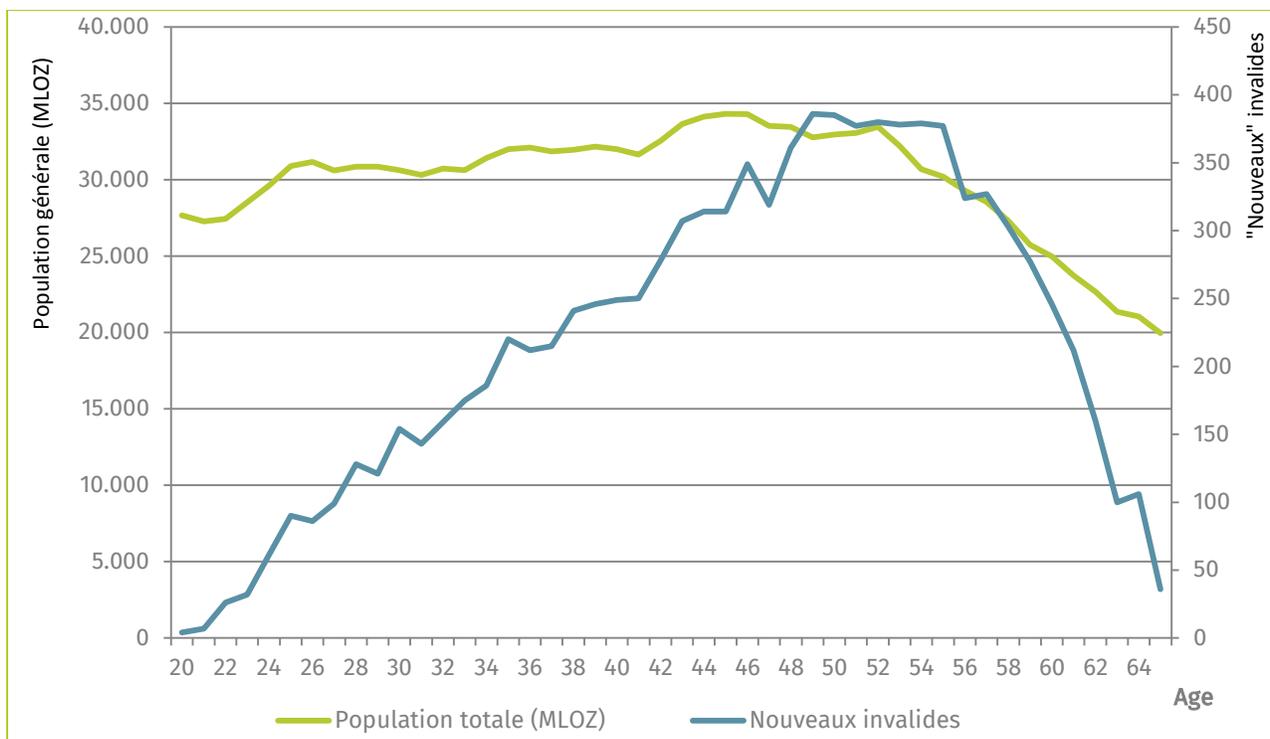


Figure 4 : Distribution du nombre de « nouveaux » invalides et de la population générale des Mutualités Libres par âge (2016)

Le tableau 1 présente quelques caractéristiques des personnes entrant en invalidité pour la première fois en 2016.

Tableau 1		« Nouveaux » invalides	% parmi les « nouveaux » invalides	% parmi la population générale âgée de 20 à 64 ans (MLOZ)
Age	20-35 ans	1.691	16,7%	35,4%
	36-50 ans	4.426	43,8%	36,3%
	51-64 ans	3.984	39,5%	28,3%
Sexe	Femme	5.729	56,7%	49,6%
	Homme	4.372	43,3%	50,4%
Statut BIM	Oui	2.582	25,6%	10,6%
	Non	7.519	74,4%	89,4%
Région de domicile	Bruxelles-Capitale	1.860	18,4%	20,2%
	Flandre	3.924	38,9%	41,0%
	Wallonie	4.236	41,9%	35,0%
	Etranger	81	0,8%	3,8%

Tableau 1 : Quelques caractéristiques des personnes entrant en invalidité pour la première fois en 2016 et de la population générale des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans

Il en ressort que les femmes sont plus nombreuses (56,7%)⁷, une personne sur 4 bénéficie de l'intervention majorée (BIM), plus de 8 personnes sur 10 sont âgées de plus de 35 ans et près de 4 personnes sur 10 résident en Flandre, 4 personnes sur 10 en Wallonie et 2 personnes sur 10 à Bruxelles. **Parmi les « nouveaux » invalides, les femmes, les bénéficiaires du statut BIM, les personnes de plus de 35 ans et les habitants de la Région wallonne sont surreprésentés comparés à la population générale des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans.**

5.1.2 Périodes d'incapacité de travail qui précèdent l'incapacité primaire menant à l'invalidité

De l'ensemble des « nouveaux » invalides

Le tableau 2 présente le nombre et la proportion des « nouveaux » invalides avec ou sans période d'incapacité de travail entre 2013 et 2015, autre que celle de l'incapacité de travail primaire (ITP) conduisant à l'invalidité. Nous y retrouvons aussi le nombre moyen de jours de ces incapacités de travail (et leur part) sur la période 2013-2015. Puisque nos données de mutualités ne contiennent pas le début d'incapacité de travail (c'est-à-dire les périodes de salaire garanti pour les salariés et les ouvriers et les jours de carence pour les indépendants)⁸, nous limitons nos analyses aux jours indemnisés par l'assurance maladie. Entre 2013 et 2015, nous constatons que 61,7% des « nouveaux » invalides n'ont eu aucune période d'incapacité de travail avec paiement d'indemnités avant leur incapacité de travail primaire de 12 mois (c'est-à-dire aucune incapacité de travail allant au-delà de la période de salaire garanti ou des jours de carences avant l'incapacité de travail primaire de 12 mois). Autrement dit, 38,3% des « nouveaux » invalides ont eu au moins une période d'incapacité de travail avec paiement d'indemnités avant leur incapacité de travail primaire de 12 mois, et ce pendant 131 jours en moyenne entre le 01/01/2013 et leur date d'entrée en incapacité de travail primaire de 12 mois (ce qui représente 14% de cette période de pré-incapacité de travail primaire de 12 mois).

38,3% des « nouveaux » invalides ont eu au moins une période d'incapacité de travail avec paiement d'indemnités avant leur incapacité de travail primaire de 12 mois.

⁷ Ce résultat est en lien avec les travaux de l'INAMI. Voir notamment : INAMI (2018), « Absentéisme pour maladie en incapacité de travail primaire. Analyse et facteurs explicatifs – 2011-2016 ».

⁸ La période de salaire garanti correspond à la période pendant laquelle l'employeur est tenu de payer le salaire normal de la personne se trouvant en incapacité de travail. La durée de cette période est de 30 jours pour le salarié et de 14 jours pour l'ouvrier. L'indépendant ne bénéficie pas de salaire garanti. La période de carence des indépendants est de 14 jours. Pendant cette période, l'indépendant ne reçoit aucun remboursement de l'assurance maladie.

Tableau 2

Nombre de périodes d'incapacité de travail avec indemnités avant l'ITP de 12 mois (entre 2013 et 2015)	Nombre de personnes	% de personnes	Nombre moyen de jours d'incapacité de travail indemnisés avant l'ITP de 12 mois (entre 2013 et 2015)	% du temps passé en incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois (entre 2013 et 2015)
0	6.237	61,7%	0	0%
1	2.597	25,7%	109	12%
2	882	8,7%	164	18%
3	265	2,6%	196	21%
4	84	0,8%	209	23%
>= 5	36	0,4%	228	25%
>= 1	3.864	38,3%	131	14%

Tableau 2 : Incapacité de travail (avec paiement d'indemnités) avant l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité (2013-2015)

Entre 2013 et 2015, la majorité (près de 70%) des « nouveaux » invalides de 2016 avec au moins une période d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois n'ont eu qu'une seule période d'incapacité de travail (d'une durée moyenne de 109 jours) pendant la période de pré-incapacité de travail primaire. Nous pouvons donc dire que la présence de plusieurs périodes d'incapacité de travail (allant au-delà de la période de salaire garanti) avant l'incapacité primaire de 12 mois est peu fréquente parmi les nouvelles entrées en invalidité (seul 1 cas sur 8 a eu plus d'une période d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois parmi tous les « nouveaux » invalides).

Selon la durée de l'invalidité

Le tableau 3 montre que 3 personnes sur 4 (75%) entrant en invalidité en 2016 restent en invalidité plus de 12 mois, alors que 1 personne sur 6 (15,6%) entrant en invalidité quitte ce statut dans les 6 mois et près de 1 personne sur 10 (9,5%) après 6 à 12 mois. Selon les données de l'INAMI⁹, le pourcentage de sorties de l'invalidité (« nouveaux » et anciens) en 2017 par rapport à la population totale des invalides de 2017 était de 12,4%, soit un taux clairement plus faible que celui de cette étude (25,1%). Autrement dit, les nouvelles entrées en invalidité ont une probabilité significativement plus importante (plus de 2 fois) de sortir de l'invalidité dans les 12 mois que la population totale des invalides. Notons également que les données de l'INAMI comprennent aussi les sorties en raison du décès et de l'entrée en retraite alors que notre étude n'inclut pas ces deux motifs de sorties de l'invalidité. Sans ces deux motifs de sorties, le taux de sorties calculé par l'INAMI se réduit à 7,0%. Bien que les taux ne soient pas parfaitement comparables, le taux de sorties de l'invalidité des « nouveaux » invalides dans les 12 mois serait donc près de 4 fois plus important que celui de l'INAMI (c'est-à-dire celui de la population totale des invalides).

3 personnes sur 4 entrant en invalidité en 2016 restent en invalidité plus de 12 mois, alors que 1 personne sur 6 entrant en invalidité quitte ce statut dans les 6 mois et près de 1 personne sur 10 après 6 à 12 mois.

⁹ INAMI (2019), Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés - période 2008-2017, Note CI 2019/13, février 2019.

Le tableau 3 présente également le nombre moyen de périodes d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois, ainsi que la durée moyenne des incapacités de travail (avant incapacité primaire de 12 mois) des « nouveaux » invalides répartis en 3 groupes, à savoir les « nouveaux » invalides qui quittent relativement vite l'invalidité (dans les 6 mois), ceux qui restent en invalidité entre 6 et 12 mois et ceux qui y restent plus longtemps (plus de 12 mois). Il en ressort que le nombre moyen de périodes d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois n'est pas significativement différent entre ces 3 groupes de « nouveaux » invalides (environ 1,5), alors que le nombre moyen de jours d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois augmente avec la durée de l'invalidité. Autrement dit, les personnes qui entrent et qui restent plus longtemps en invalidité (plus de 12 mois) avaient déjà des périodes d'incapacité de travail plus longues avant d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité (135 jours). Inversement, les personnes qui entrent et qui quittent relativement vite l'invalidité (dans les 6 mois) avaient des périodes d'incapacité de travail plus courtes avant d'entrer en ITP de 12 mois (119 jours). En résumé, ces résultats suggèrent que **les personnes ayant des périodes d'incapacité de travail (avant incapacité primaire de 12 mois) plus courtes ont plus de chances de retourner travailler plus tôt lorsqu'elles entreront en invalidité.**

Tableau 3

Durée de l'invalidité	Nombre de personnes	% de personnes	Nombre moyen de périodes d'incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois (entre 2013 et 2015)	Nombre moyen de jours d'incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois (entre 2013 et 2015)
Invalidité de moins de 6 mois	1.581	15,6%	1,4	119
Invalidité de 6 à 12 mois	957	9,5%	1,5	120
Invalidité de plus de 12 mois	7.563	74,9%	1,5	135

Tableau 3 : Incapacité de travail (avec paiement d'indemnités) avant l'incapacité de travail primaire menant à l'invalidité (2013-2015), selon la durée de l'invalidité

5.2 Prestations de soins de santé et maladies chroniques des « nouveaux » invalides

5.2.1 Dépenses de soins de santé

La figure 5 présente les dépenses annuelles moyennes de soins de santé des « nouveaux » invalides qui contiennent les remboursements de l'assurance obligatoire et les montants pris en charge par l'assuré (ticket modérateur et suppléments enregistrés). Celles-ci sont ventilées selon la durée d'invalidité des personnes entrant en invalidité en 2016 et les périodes de pré-incapacité primaire (12 mois précédant l'incapacité de travail primaire menant à l'invalidité), d'incapacité de travail primaire de 12 mois et de post-incapacité primaire (12 mois suivant l'incapacité de travail primaire conduisant à l'invalidité).

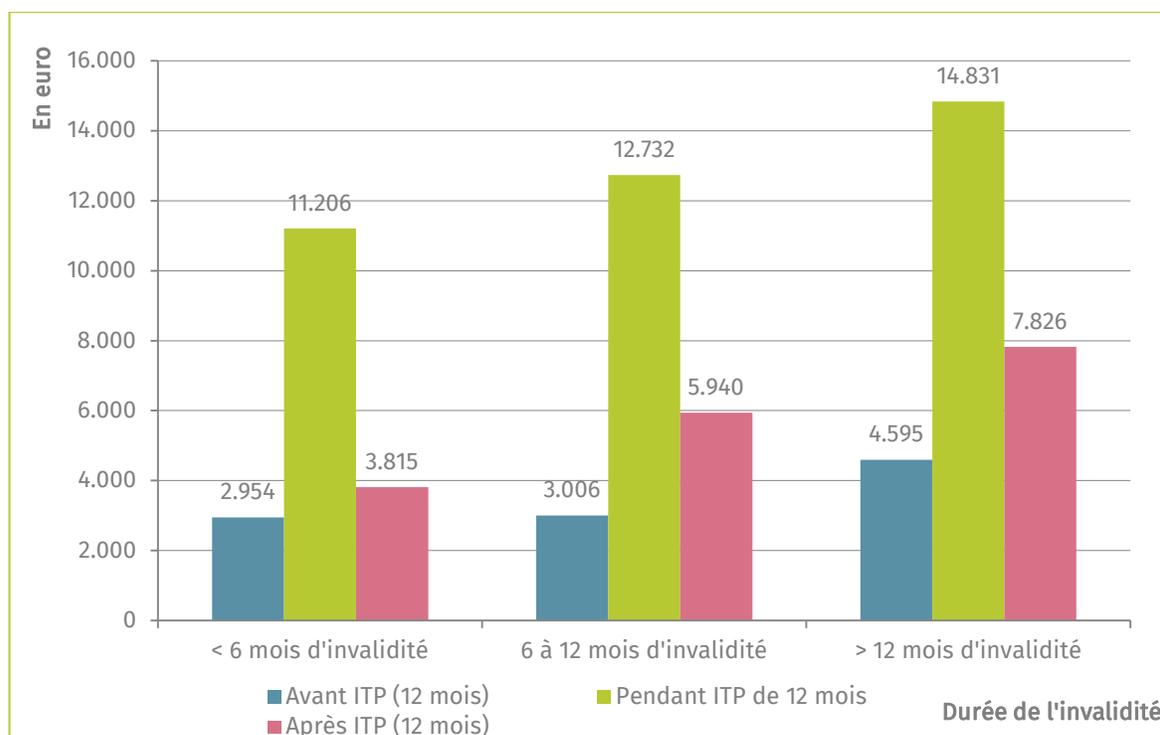


Figure 5 : Dépenses annuelles moyennes de soins de santé des « nouveaux » invalides, avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée de l'invalidité, en euro

Comme nous pouvons le constater, les dépenses de soins de santé des « nouveaux » invalides sont à leur maximum durant la période d'incapacité de travail primaire (ITP) de 12 mois, et ceci peu importe la durée de l'invalidité. Elles sont 3 à 4 fois supérieures pendant la période d'ITP (de 12 mois) que celles des 12 mois qui la précèdent et 2 à 3 fois supérieures que celles des 12 mois qui la suivent. Autrement dit, **l'incapacité de travail primaire conduisant à l'invalidité représente une période où les dépenses de soins de santé sont particulièrement élevées**. Ce résultat n'est pas surprenant puisque la période d'incapacité primaire de 12 mois constitue le début de la période d'incapacité de travail de longue durée pendant laquelle les personnes ne peuvent travailler en raison de maladie ou d'accident (d'origine non professionnelle). Néanmoins, les dépenses de soins de santé des « nouveaux » invalides pendant la période de 12 mois qui précède l'ITP menant à l'invalidité sont tout de même de 65% à 160% supérieures (selon la durée de l'invalidité) à celles des autres personnes âgées de 20 à 64 ans dont les dépenses annuelles moyennes sont de 1.790 euros. Ce résultat est intéressant puisqu'il permet de voir que les personnes qui vont entrer en invalidité avaient déjà des problèmes de santé avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité. En effet, comme nous l'avons vu plus haut dans l'étude, 38,3% des « nouveaux » invalides avaient au moins une période d'incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois.

Un autre résultat intéressant qui ressort de nos analyses est l'importance des dépenses de soins de santé des personnes qui restent en invalidité plus de 12 mois. En effet, aussi bien avant, pendant, qu'après l'ITP de 12 mois, leurs dépenses de soins de santé sont significativement plus élevées que celles des personnes qui quittent relativement tôt l'invalidité. Nous comprenons donc que **les personnes qui restent plus**

Les personnes qui vont entrer en invalidité avaient déjà des problèmes de santé avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité.

de 12 mois en invalidité sont aussi celles qui avaient et qui ont les problèmes de santé les plus sévères (aussi bien avant, pendant, qu'après l'ITP conduisant à l'invalidité).

Le tableau 4 ajoute une couche à la figure 5 en décomposant les dépenses annuelles moyennes de soins de santé selon le montant remboursé par l'assurance obligatoire (AO) et le montant pris en charge par l'assuré (ticket modérateur/TM et supplément). Ce tableau permet de constater que **10 à 15% des dépenses annuelles moyennes de soins de santé sont pris en charge par l'assuré, et ceci peu importe la durée de l'invalidité ou la période étudiée (avant, pendant ou après ITP de 12 mois).**

Durée de l'invalidité	Avant ITP (12 mois)			Pendant ITP de 12 mois			Après ITP (12 mois)		
	AO	TM	Supplément	AO	TM	Supplément	AO	TM	Supplément
< 6 mois d'invalidité	2.563	228	163	9.824	624	758	3.368	259	189
6 à 12 mois d'invalidité	2.580	232	195	11.179	681	872	5.277	333	329
> 12 mois d'invalidité	4.121	278	195	13.374	692	765	7.078	409	339
Total des "nouveaux" invalides	3.728	266	190	12.605	680	774	6.327	378	315

Tableau 4 : Dépenses annuelles moyennes de soins de santé des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée de l'invalidité, en euro

5.2.2 Principales prestations de soins de santé

Dans cette section, nous nous intéresserons aux remboursements de l'assurance obligatoire (AO) des principales prestations de soins de santé des personnes entrant en invalidité en 2016.

Le tableau 5 permet de voir que pratiquement toutes les personnes entrant en invalidité ont consulté au moins une fois un médecin (généraliste et/ou spécialiste) et se sont vues délivrer par une officine publique au moins un médicament remboursé par l'assurance obligatoire, et ceci peu importe la période étudiée (avant, pendant et après l'ITP de 12 mois). **Parmi les principales prestations de soins des personnes entrées en invalidité, nous retrouvons ensuite les honoraires médicaux pour imagerie médicale (plus de 3 personnes sur 4), biologie clinique (plus de 3 personnes sur 4) et prestations spéciales telles que les examens microscopiques, l'introduction percutanée de cathéters endovasculaires, etc. (plus de 2 personnes sur 3) et la chirurgie (environ 1 personne sur 2), et ceci peu importe la période étudiée (avant, pendant et après l'ITP de 12 mois).**

Bien que la proportion de personnes ayant recours aux principales prestations de soins des « nouveaux » invalides soit systématiquement plus importante pendant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois que pendant la période qui la précède, **il est remarquable de constater qu'une bonne partie de ces personnes avaient déjà des problèmes de santé avant d'entrer en incapacité primaire de 12 mois.**

La diminution du nombre et de la proportion de personnes ayant recours aux prestations de soins pendant les 12 mois qui suivent l'incapacité primaire d'une année s'explique par les personnes qui quittent relativement vite le statut d'invalidité ou retournent travailler (moins de 12 mois d'invalidité). Autrement dit, ces résultats

suggèrent que certaines personnes sortent tôt de l'invalidité parce que leur état de santé s'est amélioré (puisqu'elles ont moins recours aux prestations de soins).

Le tableau 5 permet également de constater que les proportions des « nouveaux » invalides qui ont reçu des soins par kinésithérapeute et qui ont été hospitalisés pendant la période d'ITP de 12 mois sont près de 2 fois plus élevées que celles de la période précédant l'ITP de 12 mois.

Tableau 5

Groupes des principales dépenses de soins de santé des « nouveaux » invalides	Avant ITP (12 mois)			Pendant ITP de 12 mois			Après ITP (12 mois)		
	Dépenses AO (euro)	% dépenses AO	% personnes	Dépenses AO (euro)	% dépenses AO	% personnes	Dépenses AO (euro)	% dépenses AO	% personnes
Consultations, visites et avis : honoraires médicaux	2.598.096	7%	99%	4.742.371	4%	100%	3.769.202	6%	99%
Médicaments délivrés par officines publiques	3.284.064	9%	90%	4.944.124	4%	97%	5.128.500	8%	93%
Imagerie médicale : honoraires médicaux	2.331.754	6%	77%	5.038.827	4%	87%	2.837.265	4%	76%
Biologie clinique : honoraires médicaux	1.572.736	4%	77%	5.357.499	4%	87%	2.585.364	4%	78%
Prestations spéciales : honoraires médicaux	2.101.290	6%	66%	7.949.334	6%	82%	3.381.489	5%	68%
Médicaments délivrés par officines hospitalières à des personnes non hospitalisées	1.584.897	4%	42%	8.518.797	7%	57%	6.121.973	10%	44%
Honoraires médicaux de surveillance	501.917	1%	35%	2.609.922	2%	56%	1.180.119	2%	36%
Honoraires dentaires	891.305	2%	49%	986.271	1%	55%	1.020.251	2%	52%
Soins par kinésithérapeute	576.559	2%	24%	2.238.708	2%	49%	1.539.633	2%	35%
Frais de séjour à l'hôpital	16.891.899	45%	27%	61.125.074	48%	46%	22.407.565	35%	26%
Médicaments délivrés par officines hospitalières à des personnes hospitalisées	503.149	1%	26%	3.067.554	2%	46%	1.380.934	2%	26%
Chirurgie : honoraires médicaux	795.497	2%	21%	3.272.204	3%	41%	1.246.471	2%	24%

Tableau 5 : Principales prestations de soins de santé des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, en euro

Le tableau 5 montre que le premier poste de dépenses de soins de santé des « nouveaux » invalides (remboursement par l'assurance obligatoire) correspond aux frais de séjour à l'hôpital. Ceux-ci représentent 45%, 48% et 35% de leur dépense totale de soins de santé respectivement avant, pendant et après la période d'ITP de 12 mois.

Un autre résultat intéressant est la part des dépenses en médicaments délivrés par l'hôpital à des patients non hospitalisés qui croît significativement entre la période avant ITP de 12 mois (4%) et celle après ITP de 12 mois (10%). Pendant les 12 mois qui suivent l'ITP d'une année, nous constatons que plus de 80% du coût total de ces spécialités pharmaceutiques sont attribués à des produits destinés à traiter des cancers (sein, estomac, côlon, rectum, rein, poumon, ovaire, prostate, mélanome, sang...), la maladie de Crohn (maladie inflammatoire chronique de l'intestin) et des maladies rares telles que l'hémophilie.

5.2.3 Maladies chroniques et comorbidité

Pour rappel, nous ne disposons pas du diagnostic médical précis des affections dont souffrent les personnes. Néanmoins, nous avons pu créer des proxy de diagnostics (22 au total) sur base, d'une part, d'un critère de consommation de médicaments spécifiques pendant une certaine durée (minimum 90 jours de traitement par an ou 120 jours dans le cas de la dépression ou d'autres troubles de l'humeur) et, d'autre part, de la facturation de certains codes de la nomenclature de l'INAMI ou d'hospitalisations spécifiques (pour 4 affections chroniques : l'insuffisance rénale, la santé mentale, le cancer et les transplantations d'organes)¹⁰.

D'autres affections (chroniques ou non) ne pouvant être identifiées à partir de nos données administratives de mutualités (notamment celles dont le traitement ne fait pas l'objet de remboursement par l'assurance maladie ou dont le traitement ne peut être clairement établi) telles que le burn-out et certains troubles musculosquelettiques (tendinite, maux de dos, etc.) ne font pas l'objet d'analyses spécifiques dans cette partie de l'étude.

Le tableau 6 permet de constater que plus d'un tiers (35,8%) des personnes qui vont entrer en invalidité en 2016 étaient déjà atteintes d'au moins une des 22 pathologies chroniques étudiées avant d'entrer en ITP de 12 mois, **alors qu'au niveau de la population générale âgée de 20 à 64 ans ce taux était de 20,7% (soit 1 personne sur 5). Au moment d'entrer en ITP menant à l'invalidité et en invalidité, la majorité des « nouveaux » invalides souffraient d'au moins une de ces pathologies chroniques (respectivement 54,5% et 58,0%).**

Ce résultat confirme ce qui a été dit plus haut dans l'étude, à savoir qu'une bonne partie des personnes qui vont entrer en invalidité avaient déjà des problèmes de santé avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité. En effet, comme nous l'avons vu, 38,3% des « nouveaux » invalides avaient au moins une période d'incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois.

¹⁰ Les détails méthodologiques sont disponibles dans l'étude des Mutualités Libres - Karakaya G., Vanrillaer, V. et Van Tielen, R. (2013). "Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie". Etude des Mutualités Libres, Décembre 2013, 60 pages. <https://www.mloz.be/fr/content/concentration-des-depenses-en-soins-de-sante>

Plus d'un tiers des personnes qui vont entrer en invalidité en 2016 étaient déjà atteintes d'au moins une des 22 pathologies chroniques étudiées avant d'entrer en ITP de 12 mois.

Tableau 6

Pathologies chroniques	« Nouveaux » invalides			Population générale (20-64 ans)
	Avant ITP (12 mois)	Pendant ITP de 12 mois	Après ITP (12 mois)	
Dépression	14,4%	26,1%	31,5%	6,3%
Maladie cardiaque	0,6%	1,2%	1,2%	0,4%
BPCO	2,1%	3,2%	3,8%	1,4%
Asthme	3,4%	3,9%	3,9%	2,0%
Mucoviscidose	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Diabète avec insuline	1,2%	1,7%	1,8%	0,7%
Diabète sans insuline	3,2%	3,3%	4,2%	2,1%
Maladie pancréatique exoc.	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	1,0%	1,2%	1,3%	0,6%
Psychose	1,8%	4,0%	5,6%	1,1%
Parkinson	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%
Epilepsie	1,7%	3,4%	5,6%	1,2%
VIH	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%
Hépatite B et C chronique	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Sclérose en plaques	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%
Transplantation d'organe	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
Alzheimer	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Insuffisance rénale chronique	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%
Maladie mentale	1,6%	6,4%	5,8%	0,6%
Maladie rare	0,1%	0,3%	0,4%	0,1%
Hypertension artérielle	17,1%	21,6%	23,7%	11,3%
Cancer	0,7%	6,9%	2,8%	0,5%
Total: malades chroniques	35,8%	54,5%	58,0%	20,7%

Tableau 6 : Prévalence des pathologies chroniques des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité et de la population générale âgée de 20 à 64 ans

Les principales pathologies chroniques (sur base de notre liste) des « nouveaux » invalides au moment de l'entrée en invalidité sont la dépression (1 personne sur 3), l'hypertension artérielle (1 personne sur 4), les maladies mentales nécessitant une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique ou un service psychiatrique d'un hôpital général (5,8%), l'épilepsie (5,6%) et la psychose (5,6%). La prévalence de ces pathologies chroniques est au moins 5 fois supérieure à celle de la population générale âgée de 20 à 64 ans (sauf pour l'hypertension artérielle qui est 2 fois supérieure).

A l'entrée et pendant l'ITP de 12 mois menant à l'invalidité, ce sont essentiellement le cancer, la dépression, les maladies mentales nécessitant une hospitalisation dans un

hôpital psychiatrique ou un service psychiatrique d'un hôpital général, l'épilepsie et la psychose qui représentent les pathologies chroniques qui enregistrent les plus fortes évolutions de la prévalence chez les « nouveaux » invalides. Alors que 0,7% des personnes entrant en invalidité en 2016 étaient atteintes d'un cancer avant l'ITP de 12 mois, ce taux s'élève à 6,9% à l'entrée et pendant l'ITP de 12 mois. Ce taux se réduit ensuite à 2,8% après l'entrée en invalidité (après ITP de 12 mois). Autrement dit, plus de la moitié des personnes atteintes de cancer seraient guéries pendant la période d'invalidité (essentiellement les personnes atteintes d'un cancer non avancé). Il s'agit de la seule pathologie chronique étudiée où nous constatons une diminution significative de la prévalence pendant la période d'invalidité (après ITP de 12 mois).

Il est bien sûr important de rappeler que nous n'avons pas pu identifier d'autres affections (chroniques ou non) à partir de nos données administratives de mutualités (notamment celles dont le traitement ne fait pas l'objet de remboursement par l'assurance maladie ou dont le traitement ne peut être clairement établi) telles que le burn-out et certains troubles musculosquelettiques (tendinite, maux de dos, etc.). Toutefois, comme nous le verrons plus loin dans l'étude, **les médicaments agissant sur les systèmes nerveux, musculo-squelettique et cardio-vasculaire représentent les spécialités pharmaceutiques les plus utilisées au moment de l'entrée en invalidité**, ce qui indique que certaines personnes entrant en invalidité sont atteintes d'autres pathologies que celles reprises dans le tableau 6.

Le tableau 7 montre que le nombre et la proportion de personnes atteintes d'une des 22 pathologies chroniques étudiées croissent significativement lorsqu'elles passent en ITP de 12 mois et en invalidité. Ce constat est encore plus marqué pour les personnes qui vont rester en invalidité plus de 12 mois.

Tableau 7			
	Avant ITP (12 mois)	Pendant ITP de 12 mois	Après ITP (12 mois)
Invalidité de moins de 6 mois	31,4%	48,5%	46,8%
Invalidité de 6 à 12 mois	29,5%	49,6%	51,6%
Invalidité de plus de 12 mois	37,5%	56,4%	61,2%
Total des "nouveaux" invalides	35,8%	54,5%	58,0%

Tableau 7 : Prévalence des pathologies chroniques des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée de l'invalidité

Le tableau 8 permet de constater que **le nombre et la proportion de personnes atteintes de comorbidité (donc d'au moins 2 pathologies chroniques) croissent significativement lorsqu'elles passent en ITP de 12 mois et en invalidité.** Néanmoins, avant la période d'ITP de 12 mois, plus d'une personne sur 10 avaient une comorbidité (8,0% avec 2 pathologies chroniques et 2,6% avec plus de 2 pathologies chroniques). **Ce résultat confirme qu'une partie des personnes qui vont entrer en invalidité en 2016 avaient déjà des problèmes de santé non négligeables (présence de comorbidité pour 10,6% des cas) avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité.**

Au niveau de la population générale âgée de 20 à 64 ans, la proportion de personnes atteintes de comorbidité est près de 2 fois plus faible que celle observée avant la période d'ITP de 12 mois des « nouveaux » invalides.

Tableau 8

Nombre de maladies chroniques	« Nouveaux » invalides			Population générale (20-64 ans)
	Avant ITP (12 mois)	Pendant ITP de 12 mois	Après ITP (12 mois)	
0	64,2%	45,5%	42,0%	79,3%
1	25,2%	33,2%	33,2%	14,7%
2	8,0%	14,5%	16,6%	4,4%
> 2	2,6%	6,8%	8,2%	1,6%

Tableau 8 : Nombre de pathologies chroniques parmi les « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité et la population générale âgée de 20 à 64 ans

Nos analyses nous ont également permis de constater que la croissance du nombre et de la proportion de personnes atteintes de comorbidité lorsqu'elles passent en ITP de 12 mois et en invalidité est encore plus marquée pour les personnes qui restent plus de 12 mois en invalidité.

5.2.4 Consultations par le médecin

Le tableau 9 permet de voir que **99% des personnes entrées en invalidité en 2016 avaient déjà consultées au moins une fois un médecin (généraliste ou spécialiste) avant leur ITP de 12 mois, alors qu'au niveau de la population générale âgée de 20 à 64 ans ce taux est de 81%**. Ce résultat confirme une fois de plus que les personnes qui vont entrer en invalidité en 2016 ont plus de risques que la population générale d'avoir des problèmes de santé avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité.

Pendant l'ITP de 12 mois et l'invalidité, la proportion des « nouveaux » invalides qui recourent aux médecins spécialistes est de 96% et de 90% respectivement, alors qu'au niveau de la population générale âgée de 20 à 64 ans elle est de 61%.

Tableau 9

Qualification du médecin	« Nouveaux » invalides			Population générale (20-64 ans)
	Avant ITP (12 mois)	Pendant ITP de 12 mois	Après ITP (12 mois)	
Généraliste	90%	92%	87%	69%
Spécialiste	86%	96%	90%	61%
Généraliste ou spécialiste	99%	100%	98%	81%

Tableau 9 : Consultations de médecin généraliste/spécialiste parmi les « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité et la population générale âgée de 20 à 64 ans

Le tableau 10 reprend les consultations les plus fréquentes des « nouveaux » invalides selon la qualification du médecin. La comparaison du taux de fréquentation entre les « nouveaux » invalides et la population générale âgée de 20 à 64 ans permet, en l'absence de diagnostics médicaux, de mettre en avant quelques spécificités des personnes qui entrent en invalidité en 2016 ou de donner une indication par rapport aux raisons les conduisant à l'invalidité. Les consultations en orthopédie, en psychiatrie, en médecine interne, en chirurgie, en médecine physique et rééducation,

en anesthésie-réanimation, en neurologie et en cardiologie sont particulièrement fréquentes parmi les « nouveaux » invalides comparées à celles de la population générale âgée de 20 à 64 ans, et ceci peu importe la période étudiée (avant, pendant et après l'ITP de 12 mois).

Parmi ces spécialités qui caractérisent les « nouveaux » invalides, nous constatons pendant l'ITP de 12 mois que :

- 1 personne sur 3 qui entre en invalidité en 2016 a consulté un orthopédiste (35%) ;
- 1 personne sur 4 a consulté un psychiatre (28%), un spécialiste en médecine interne (24%), un chirurgien (24%), un spécialiste en médecine physique et réhabilitation (24%) ;
- 1 personne sur 5 a eu recours à un spécialiste en anesthésie-réanimation (22%), en neurologie (20%), en cardiologie (19%).

Notons également que le recours à ces spécialistes était déjà relativement important pendant la période de 12 mois qui précède l'ITP de 12 mois. Cela confirme une fois de plus qu'une partie significative des personnes qui vont entrer en invalidité en 2016 avaient déjà des problèmes de santé avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité.

Pendant la période qui suit les 12 mois de l'ITP, nous remarquons que les contacts avec ces spécialistes continuent à être fréquents avec des proportions légèrement plus faibles que pendant l'ITP de 12 mois, mais elles restent néanmoins toujours plus importantes que celles de la population générale âgée de 20 à 64 ans.

Tableau 10

Qualification du médecin	« Nouveaux » invalides			Population générale (20-64 ans)
	Avant ITP (12 mois)	Pendant ITP de 12 mois	Après ITP (12 mois)	
Généraliste	90%	92%	87%	69%
Orthopédie	23%	35%	28%	11%
Psychiatrie	12%	28%	25%	4%
Gynécologie-obstétrique	25%	25%	24%	21%
Médecine interne	19%	24%	19%	9%
Chirurgie	18%	24%	18%	8%
Médecine physique et réhabilitation	10%	24%	17%	4%
Anesthésie-réanimation	12%	22%	14%	5%
Neurologie	10%	20%	15%	4%
Cardiologie	13%	19%	14%	7%
Ophtalmologie	16%	18%	20%	14%
Dermato-vénéréologie	14%	15%	15%	14%

Tableau 10 : Consultations de médecin parmi les « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité et la population générale âgée de 20 à 64 ans, selon la qualification du médecin

Le tableau 11 reprend le nombre de consultations de médecin (la moyenne et la médiane) avant, pendant et après l'ITP de 12 mois des personnes qui entrent en invalidité en 2016.

Il en ressort que le nombre de consultations a pratiquement doublé entre la période avant et pendant l'ITP de 12 mois, et ceci peu importe la durée de l'invalidité. Notons toutefois que **le nombre de consultations avant l'ITP de 12 mois était déjà significativement plus élevé que celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans** (6,7 pour la moyenne et 5 pour la médiane). Cela confirme une fois de plus qu'une partie des personnes qui vont entrer en invalidité en 2016 avaient déjà des problèmes de santé avant même d'entrer en ITP conduisant à l'invalidité.

Le nombre moyen (et la médiane) de consultations est plus élevé pour les personnes restant plus de 12 mois en invalidité. Autrement dit, les personnes qui resteront plus longtemps en invalidité sont celles qui avaient au départ des problèmes de santé plus sévères (nous l'avons également vu plus haut avec les dépenses de soins de santé et les pathologies chroniques).

Le tableau 11 montre également que les consultations de médecin se poursuivent pendant la période d'invalidité mais à un rythme moins prononcé.

Tableau 11

Durée de l'invalidité	Avant ITP (12 mois)		Pendant ITP de 12 mois		Après ITP (12 mois)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Invalidité de moins de 6 mois	9,1	8	17,1	16	9,8	8
Invalidité de 6 à 12 mois	9,4	8	17,9	17	12,0	10
Invalidité de plus de 12 mois	10,6	9	18,2	17	14,3	12
Total des "nouveaux" invalides	10,3	9	18,0	17	13,4	11

Tableau 11 : Nombre de consultations de médecin parmi les « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité (moyenne et médiane)

Le tableau 12 présente le nombre de spécialités différentes consultées (avant, pendant et après l'ITP de 12 mois) par les personnes entrant en invalidité.

Il en ressort que le nombre de spécialités différentes consultées augmente entre la période avant et pendant l'ITP de 12 mois, et ceci peu importe la durée de l'invalidité. Le nombre de spécialités différentes consultées avant l'ITP de 12 mois était déjà significativement plus élevé que celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans (2,5 pour la moyenne et 2 pour la médiane).

Le nombre moyen (et la médiane) de consultations différentes est plus élevé pour les personnes restant plus de 12 mois en invalidité. Autrement dit, les personnes qui resteront plus longtemps en invalidité sont celles qui avaient au départ des problèmes de santé plus complexes.

Le tableau 12 montre également que les consultations de médecins de spécialités différentes se poursuivent pendant la période d'invalidité mais à un rythme moins prononcé.

Tableau 12

Durée de l'invalidité	Avant ITP (12 mois)		Pendant ITP de 12 mois		Après ITP (12 mois)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Invalidité de moins de 6 mois	3,1	3	4,1	4	3,1	3
Invalidité de 6 à 12 mois	3,1	3	4,4	4	3,5	3
Invalidité de plus de 12 mois	3,5	3	4,6	4	4,1	4
Total des "nouveaux" invalides	3,4	3	4,5	4	3,9	3

Tableau 12 : Nombre de spécialités différentes consultées parmi les « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité (moyenne et médiane)

5.2.5 Spécialités pharmaceutiques

Plus de 80% des médicaments remboursés utilisés pendant l'ITP de 12 mois par les personnes qui entreront en invalidité ont été délivrés par les officines publiques et donc moins de 20% par les officines hospitalières (à des patients hospitalisés ou non hospitalisés).

Le tableau 13 montre que 93,2% à 94,5% (selon la durée de l'invalidité) des personnes entrant en invalidité en 2016 ont utilisé au moins un médicament remboursé par l'assurance obligatoire (AO) pendant la période qui précède l'ITP de 12 mois, alors qu'au niveau de la population générale âgée de 20 à 64 ans ce taux est de 72,7%. Autrement dit, **les personnes entrant en invalidité étaient proportionnellement plus nombreuses à suivre un traitement médicamenteux avant d'entrer en incapacité de travail de longue durée que la population générale âgée de 20 à 64 ans.**

Ce taux s'élève à plus de 97% pendant la période d'ITP de 12 mois (97,3% à 98,2% selon la durée de l'invalidité) et à plus de 91% pendant la période qui suit l'ITP de 12 mois (91,8% à 96,6% selon la durée de l'invalidité).

Tableau 13

		< 6 mois d'invalidité	6 à 12 mois d'invalidité	> 12 mois d'invalidité	Total des "nouveaux" invalides
Avant ITP (12 mois)	Utilisateurs de médicaments	93,2%	94,2%	94,5%	94,3%
	Nombre moyen de DDD par personne	442,3	441,4	594,4	556,1
	Nombre moyen de médicaments différents par personne	7,4	7,6	8,8	8,5
	Coût AO moyen (€)	424	486	626	562
	TM moyen (€)	42	42	57	53
Pendant ITP de 12 mois	Utilisateurs de médicaments	97,3%	97,5%	98,2%	98,0%
	Nombre moyen de DDD par personne	765,2	831,3	1.027,4	967,8
	Nombre moyen de médicaments différents par personne	12,9	14,2	14,6	14,3
	Coût AO moyen (€)	1.466	1.454	1.724	1.658
	TM moyen (€)	70	78	90	86
Après ITP (12 mois)	Utilisateurs de médicaments	91,8%	93,1%	96,6%	95,5%
	Nombre moyen de DDD par personne	589,1	738,1	984,9	902,6
	Nombre moyen de médicaments différents par personne	7,6	8,9	10,5	9,9
	Coût AO moyen (€)	1.018	1.117	1.390	1.309
	TM moyen (€)	50	61	82	75

Tableau 13 : Utilisation de médicaments des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée d'invalidité

Le nombre moyen de jours de traitement (mesuré en DDD/Defined Daily Dose), le nombre moyen de médicaments différents et les dépenses moyennes en médicaments à charge de l'assurance obligatoire (AO) et à charge de l'assuré (TM/ticket modérateur) par utilisateur de médicaments dans le courant d'une année sont également plus importants parmi les « nouveaux » invalides (avant, pendant et après ITP de 12 mois) que ceux de la population générale âgée de 20 à 64 ans.

Comme nous l'avons observé plus haut dans l'étude, l'utilisation de soins de santé (et de médicaments) augmente significativement à l'entrée et pendant l'ITP de 12 mois, et ceci peu importe la durée de l'invalidité. Cette utilisation reste relativement élevée à l'entrée et pendant l'invalidité bien que nous enregistrons une diminution comparée à celle pendant l'ITP de 12 mois.

Un autre constat qui a déjà été formulé dans l'étude est que les personnes qui restent plus de 12 mois en invalidité ont eu une utilisation de médicaments significativement plus importante dans leur passé (avant et pendant l'ITP de 12 mois) que les personnes qui quittent relativement tôt l'invalidité. Ce résultat montre que les personnes avec des problèmes de santé moins sévères ont plus de chances de quitter tôt l'invalidité si elles y entrent.

Le tableau 14 reprend les médicaments les plus fréquemment utilisés par les personnes qui entrent en invalidité en 2016. **Les médicaments agissant sur les systèmes nerveux, musculo-squelettique et cardio-vasculaire représentent les spécialités pharmaceutiques les plus utilisées.** Ce résultat est en concordance avec les statistiques relatives aux principales pathologies des personnes en invalidité publiées par l'INAMI (voir figure 3).

Comme nous pouvons le voir, les médicaments destinés à réduire la douleur, la fièvre et l'inflammation ou à traiter les troubles mentaux ou du comportement font partie des médicaments les plus délivrés aux « nouveaux » invalides par l'hôpital ou en ambulatoire. Parmi ceux-ci, nous y retrouvons les anti-inflammatoires et antirhumatismaux non stéroïdiens (administrés à 2 personnes sur 3 pendant l'ITP de 12 mois), les opiacés (1 personne sur 2), les antidépresseurs (1 personne sur 2), les autres analgésiques et antipyrétiques (4 personnes sur 10), les corticostéroïdes à usage systémique (4 personnes sur 10), les antipsychotiques (1 personne sur 6) et les antiépileptiques (1 personne sur 10).

D'autres médicaments ont aussi été fréquemment délivrés aux « nouveaux » invalides pendant les 12 mois d'ITP (au moins 1 personne sur 4) tels que les antibiotiques, certains produits administrés à l'hôpital à des patients hospitalisés ou non hospitalisés (solution intraveineuse - pour nutrition parentérale, modifiant le bilan électrolytique ou produisant une diurèse osmotique -, anesthésique général et produits de contraste en imagerie médicale), les produits contre l'ulcère et le reflux, les gastroprokinétiques (essentiellement le principe actif « alizapride » qui est prescrit pour traiter certaines nausées ou vomissements induits par la chimiothérapie anticancéreuse), les antihypertenseurs et les antithrombotiques (dont l'acide acétylsalicylique connu sous le nom d'Aspirine®).

Un autre constat intéressant, et qui rejoint ce qui a déjà été dit à plusieurs reprises dans l'étude, est de voir qu'une bonne partie des « nouveaux » invalides suivaient déjà ces traitements avant même d'entrer en ITP de 12 mois. Autrement dit, ces personnes avaient déjà des problèmes de santé avant d'entrer en incapacité de travail menant à l'invalidité.

Les médicaments destinés à réduire la douleur, la fièvre et l'inflammation ou à traiter les troubles mentaux ou du comportement font partie des médicaments les plus délivrés aux « nouveaux » invalides par l'hôpital ou en ambulatoire.

Tableau 14						
Médicaments	Avant ITP (12 mois)		Pendant ITP de 12 mois		Après ITP (12 mois)	
	Utilisateurs	Nombre moyen de DDD par personne ¹¹	Utilisateurs	Nombre moyen de DDD par personne ¹¹	Utilisateurs	Nombre moyen de DDD par personne ¹¹
Anti-inflammatoires et antirhumatismaux non stéroïdiens	57,5%	50,9	65,4%	60,7	52,5%	59,5
Antibiotiques (antibactérien à usage systémique)	56,3%	27,9	62,4%	34,7	54,0%	32,0
Solution intraveineuse (pour nutrition parentérale, modifiant le bilan électrolytique ou produisant une diurèse osmotique)	34,0%	7,9	53,4%	30,4	36,5%	17,2
Opiacés	33,5%	32	52,4%	46	37,0%	64,3
Préparations contre l'ulcère peptique et le reflux	34,0%	149,9	50,2%	170,7	39,9%	205,0
Antidépresseurs	28,4%	240,7	48,8%	330,9	43,1%	352,6
Autres analgésiques et antipyrétiques	21,9%	11,6	42,1%	21,2	25,3%	22,1
Corticostéroïdes à usage systémique, monocomposé	23,3%	51,9	41,3%	64,8	26,9%	61,4
Antihypertenseurs	27,2%	365,7	39,7%	358	34,7%	410,2
Anesthésiques généraux	19,5%	7,7	39,1%	12,8	23,2%	5,8
Antithrombotiques	16,7%	154,3	34,2%	200,2	22,6%	234,8
Produits de contraste iodé pour la radiographie X	15,2%	5,5	27,8%	8,6	17,7%	7,7
Gastroprocinétiques	11,7%	1,4	26,6%	6	13,5%	4,9
Myorelaxants à action périphérique	8,4%	2,1	24,3%	4,5	11,1%	3,5
Antiasthmatiques	17,2%	117,1	22,1%	112,3	19,0%	147,5
Antihistaminiques à usage systémique	14,9%	110,1	18,8%	100,3	16,2%	122,5
Hypnotiques et sédatifs	7,5%	2,1	17,4%	3,1	9,6%	1,5
Antipsychotiques (neuroleptiques)	7,1%	99,8	15,6%	135,8	13,0%	164,9
Hypocholestérolémiant et réducteur des triglycérides	11,3%	314,9	14,6%	410,3	14,6%	398,7
Produits de contraste pour imagerie par résonance magnétique	6,6%	1,4	13,7%	1,8	8,3%	1,7
Antiépileptiques	4,3%	158,8	11,8%	158,5	11,7%	200,4

Tableau 14 : Type de médicaments les plus fréquemment utilisés par les « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité

Nous pouvons également voir que la proportion d'utilisateurs de médicaments se réduit pendant la période d'invalidité (après l'ITP de 12 mois). Cela s'explique par les personnes qui quittent relativement vite le statut d'invalidité ou retournent travailler

¹¹ Le nombre moyen de DDD par personne indique le nombre moyen de jours de traitement par personne dans les 12 mois. Il est calculé sur base de la DDD (defined daily dose) qui correspond à la dose quotidienne telle que définie par l'OMS.

(moins de 12 mois d'invalidité). Autrement dit, ces résultats suggèrent que certaines personnes sortent tôt de l'invalidité parce que leur état de santé s'est amélioré.

A partir des chiffres du tableau 14, nous estimons que le nombre de personnes qui quittent l'invalidité (dans les 12 mois) est d'environ 12% parmi les utilisateurs d'antidépresseurs, 20% parmi les utilisateurs d'anti-inflammatoires et antirhumatismaux non stéroïdiens, 17% parmi les psychotiques, 14% parmi les asthmatiques, 13% parmi les hypertendus, 20% parmi les utilisateurs de produits contre l'ulcère et le reflux, plus de 30% parmi les utilisateurs d'antidouleurs autres que les anti-inflammatoires et antirhumatismaux non stéroïdiens, plus de 30% parmi les utilisateurs d'antithrombotiques, 50% parmi les utilisateurs de gastroprokinétiques, 14% parmi les utilisateurs d'antihistaminiques, alors que nous n'enregistrons pratiquement pas de changement pour les épileptiques et les utilisateurs d'hypocholestérolémiants et réducteurs des triglycérides.

Le tableau 14 permet également de voir que les personnes atteintes d'hypertension ou de dépression et celles qui prennent des hypocholestérolémiants et réducteurs des triglycérides ont pris leur traitement pendant toute l'année d'ITP de 12 mois et d'invalidité puisque le nombre moyen de jours de traitement par personne dans les 12 mois, calculé sur base de la DDD (defined daily dose) qui correspond à la dose quotidienne telle que définie par l'OMS, est proche ou supérieur à 365 jours. Nous pouvons donc dire qu'elles sont relativement compliantes à leur traitement médicamenteux.

5.2.6 Hospitalisations

Le tableau 15 s'intéresse aux hospitalisations conventionnelles (avec au moins une nuitée) des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée d'invalidité.

Tableau 15		< 6 mois d'invalidité	6 à 12 mois d'invalidité	> 12 mois d'invalidité	Total des « nouveaux » invalides
Avant ITP (12 mois)	Personne hospitalisée	23%	23%	28%	27%
	Nombre moyen par personne	1,2	1,3	1,3	1,3
	Durée moyenne par personne	10,1	10,1	17,2	15,7
	Coût moyen (AO) par personne	5.825	6.112	8.461	7.917
Pendant ITP de 12 mois	Personne hospitalisée	42%	46%	47%	46%
	Nombre moyen par personne	1,9	2,1	1,9	1,9
	Durée moyenne par personne	23,3	27,0	37,7	34,6
	Coût moyen (AO) par personne	14.370	15.606	19.137	18.112
Après ITP (12 mois)	Personne hospitalisée	17%	21%	28%	26%
	Nombre moyen par personne	1,6	2,0	1,7	1,7
	Durée moyenne par personne	19,0	24,2	37,3	34,5
	Coût moyen (AO) par personne	8.350	11.378	12.558	12.045

Tableau 15 : Hospitalisations avec au moins une nuitée des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée d'invalidité

Le tableau 15 montre que parmi les personnes entrées en invalidité en 2016 :

- 1 personne sur 4 (27%) a été hospitalisée (avec au moins une nuitée) en moyenne 1,3 fois pendant 15,7 jours dans les 12 mois qui précèdent l'ITP menant à l'invalidité, alors que la proportion de personnes hospitalisées dans la population générale âgée de 20 à 64 ans est de 9%¹². Soit un risque d'hospitalisation 3 fois plus élevé pendant la période de pré-incapacité de travail primaire de 12 mois des « nouveaux » invalides comparé à celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans. Leur coût hospitalier moyen à charge de l'assurance obligatoire (AO) était de 7.917 euros, soit un montant de 20% supérieur à celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans (6.536 euros). Ces résultats confirment une fois de plus que ces personnes avaient déjà des problèmes de santé avant d'entrer en incapacité de travail menant à l'invalidité ;
- près d'une personne sur 2 (46%) a été hospitalisée (avec au moins une nuitée) en moyenne 1,9 fois pendant 34,6 jours dans les 12 mois de l'ITP menant à l'invalidité. Son coût hospitalier moyen à charge de l'assurance obligatoire (AO) était de 18.112 euros ;
- 1 personne sur 4 (26%) a été hospitalisée (avec au moins une nuitée) en moyenne 1,7 fois pendant 34,5 jours dans les 12 mois qui suivent l'ITP menant à l'invalidité. Son coût hospitalier moyen à charge de l'assurance obligatoire (AO) était de 12.045 euros.

Ces chiffres nous montrent que le passage en incapacité de travail primaire de 12 mois entraîne un risque d'hospitalisation 5 fois supérieur à celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans, une durée moyenne d'hospitalisation et un coût moyen à charge de l'AO qui sont 3 fois supérieurs à ceux de la population générale âgée de 20 à 64 ans¹³.

La diminution du taux d'hospitalisation après l'ITP de 12 mois s'explique par les personnes qui quittent relativement vite le statut d'invalidité ou retournent travailler (moins de 12 mois d'invalidité). Autrement dit, ces résultats suggèrent que certaines personnes sortent tôt de l'invalidité parce que leur état de santé s'est amélioré. Par contre, celles qui restent en invalidité continuent à avoir un nombre et une durée moyens d'hospitalisation similaires à ceux qui précèdent l'invalidité, alors que leur coût hospitalier à charge de l'AO diminue.

Le tableau 15 permet également de confirmer que les personnes qui vont rester plus de 12 mois en invalidité sont celles qui avaient un risque d'hospitalisation, une durée d'hospitalisation et un coût hospitalier moyen à charge de l'AO plus élevés avant même d'entrer en ITP de 12 mois.

¹² Les données relatives à la population générale âgée de 20 à 64 ans ne sont pas reprises dans le tableau.

¹³ Les données relatives à la population générale âgée de 20 à 64 ans ne sont pas reprises dans le tableau.

Le passage en incapacité de travail primaire de 12 mois entraîne un risque d'hospitalisation 5 fois supérieur à celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans, une durée moyenne d'hospitalisation et un coût moyen à charge de l'AO qui sont 3 fois supérieurs à ceux de la population générale âgée de 20 à 64 ans.

5.2.7 Recours aux urgences hospitalières

Le tableau 16 montre que près de 4 personnes sur 10 qui sont entrées en invalidité en 2016 ont eu recours aux urgences hospitalières avant et pendant l'ITP de 12 mois et 1 personne sur 4 (27,3%) après l'ITP de 12 mois, alors qu'au niveau de la population générale âgée de 20 à 64 ans seule 1 personne sur 6 y a recours (15,6%) – soit un taux 2,5 fois plus faibles que celui pendant l'ITP de 12 mois.

Parmi les personnes qui ont recours aux urgences hospitalières, nous constatons également que le nombre moyen de recours aux urgences hospitalières par « nouveau » invalide (avant, pendant et par après ITP de 12 mois) est plus élevé que celui de la population générale âgée de 20 à 64 ans (1,5-1,7 contre 1,3).

Ces chiffres confirment que **le risque de recourir aux urgences hospitalières est significativement plus important que la population générale âgée de 20 à 64 ans.** Autrement dit, les personnes qui entreront en invalidité avaient déjà des problèmes de santé avant d'entrer en incapacité de travail menant à l'invalidité.

Tableau 16

	% de personnes ayant recours aux urgences	Nombre moyen de recours aux urgences par personne
Avant ITP (12 mois)	36,5%	1,5
Pendant ITP de 12 mois	38,2%	1,7
Après ITP (12 mois)	27,3%	1,6
Population générale (20-64 ans)	15,6%	1,3

Tableau 16 : Recours aux urgences hospitalières des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité et de la population générale âgée de 20 à 64 ans

Le recours aux urgences hospitalières avant l'ITP de 12 mois des personnes qui quitteront relativement tôt l'invalidité (moins de 6 mois) est moins marqué que celui des personnes qui resteront plus de 12 mois en invalidité (tableau 17). Les différences entre les personnes qui quittent l'invalidité dans les 6 mois et celles qui restent plus de 12 mois en invalidité sont statistiquement significatives au seuil de 5% uniquement pendant et après l'ITP de 12 mois.

Tableau 17

Durée de l'invalidité	Avant ITP (12 mois)		Pendant ITP de 12 mois		Après ITP (12 mois)	
	% de personnes ayant recours aux urgences	Nombre moyen de recours aux urgences	% de personnes ayant recours aux urgences	Nombre moyen de recours aux urgences	% de personnes ayant recours aux urgences	Nombre moyen de recours aux urgences
< 6 mois d'invalidité	35,0%	1,5	35,5%	1,6	24,5%	1,5
6 à 12 mois d'invalidité	33,5%	1,5	38,9%	1,8	28,2%	1,7
> 12 mois d'invalidité	37,2%	1,6	38,7%	1,7	27,7%	1,6

Tableau 17 : Recours aux urgences hospitalières des « nouveaux » invalides avant, pendant et après l'incapacité de travail primaire (ITP) menant à l'invalidité, selon la durée de l'invalidité

06

CONCLUSIONS

Les dépenses d'invalidité représentent une part importante et croissante des dépenses publiques. Une absence pour maladie de longue durée constitue aussi un coût important pour l'employeur, mais également pour le travailleur étant donné qu'elle conduit à une perte de revenus, une perte de contacts sociaux et souvent à davantage de problèmes de santé. Il n'est dès lors dans l'intérêt de personne que la tendance observée de l'incapacité de travail et plus particulièrement de l'invalidité se poursuive.

Depuis quelques années, il existe un consensus pour encourager davantage les personnes présentant une limitation fonctionnelle (et disposant toujours d'une certaine capacité de travail) à se maintenir dans l'emploi ou à entrer sur le marché du travail.

Malheureusement, selon les constats de l'OCDE, en dehors de quelques pays, l'ampleur des réformes entreprises dans la plupart des pays (dont la Belgique) n'a pas été suffisante pour réduire significativement le recours aux prestations de maladie et d'invalidité. Les pays qui ont adopté des réformes structurelles impliquant à la fois le système de prestations et celui d'aides à l'emploi (notamment aux Pays-Bas et en Finlande) ont été ceux qui ont enregistré les plus importantes baisses de leur taux d'invalidité¹⁴.

Notre étude est la première à s'intéresser aux personnes qui entrent en invalidité afin de mieux cerner leur spécificité en utilisant des données de soins de santé sur base des prestations de soins remboursées par l'assurance maladie. Elle a eu principalement pour objectif de décrire le profil des personnes qui, après une période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP), entrent en invalidité. L'étude a porté sur leurs caractéristiques (âge, sexe, lieu de domicile, bénéficiaire ou non de l'intervention majorée) et leurs prestations de soins (dépenses en soins de santé, recours aux médecins, recours aux médicaments, hospitalisations...) avant, pendant et après la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP).

Afin de rendre nos analyses plus pertinentes, les personnes avec des périodes de congé de maternité avant l'entrée en invalidité en 2016, les personnes non affiliées de manière continue aux Mutualités Libres entre les années 2013 et 2017 ainsi que les personnes décédées pendant cette période n'ont pas été retenues dans l'étude.

Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :

- les « nouveaux » invalides sont des personnes dont l'état de santé avant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois était déjà dégradé par rapport à la population générale de 20 à 64 ans ;

¹⁴ OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
OCDE (2016), *Economic policy reforms 2016: Going for growth interim report*, Éditions OCDE, Paris.

- les dépenses en soins de santé, prises en charge par l'assurance maladie et par le patient, sont relativement élevées et elles atteignent un maximum pendant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois ;
- le premier poste de dépenses de soins de santé des « nouveaux » invalides correspond aux frais de séjour à l'hôpital. Ceux-ci représentent 45%, 48% et 35% de leur dépense totale de soins de santé respectivement avant, pendant et après la période d'ITP de 12 mois ;
- les personnes ayant des périodes d'incapacité de travail plus courtes ou des problèmes de santé moins complexes (avant l'incapacité primaire de 12 mois) ont plus de chances de retourner travailler plus tôt lorsqu'elles entreront en invalidité ;
- les médicaments agissant sur les systèmes nerveux, musculo-squelettique et cardio-vasculaire représentent les spécialités pharmaceutiques les plus utilisées par les « nouveaux » invalides ;
- pour 25% de ces « nouveaux » invalides, la durée maximale de la période d'invalidité est de 12 mois. Bien que les taux ne soient pas parfaitement comparables, le taux de sorties de l'invalidité des « nouveaux » invalides dans les 12 mois serait près de 4 fois plus important que celui de la population totale des invalides.

Comme nous ne disposons pas des diagnostics médicaux (du moins pas de manière exhaustive pour les années qui précèdent l'année 2016), nous n'avons pas pu faire le lien avec ceux-ci. Néanmoins, les résultats de notre étude concernant les éventuelles pathologies des personnes qui entrent en invalidité sont en concordance avec les statistiques publiées par l'INAMI relatives aux principales pathologies des personnes en invalidité.

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer l'efficacité de l'assurance invalidité, il est essentiel d'abandonner l'approche passive du passé au profit d'une approche davantage orientée vers l'emploi des personnes présentant une limitation fonctionnelle. A ce titre, les Mutualités Libres recommandent les actions suivantes :

- puisque l'une des conclusions majeures de l'étude est la présence de problèmes de santé antérieurs à une incapacité primaire qui se transforme en invalidité, il serait opportun que **les médecins traitants/les spécialistes, les médecins du travail et les médecin-conseils élaborent un plan d'action coordonné** à cet égard. Afin de promouvoir la coopération entre les différents prestataires de soins, il serait utile de trouver une solution pour l'échange (sécurisé) des données médicales des personnes en incapacité de travail entre ces acteurs. Une plateforme commune pourrait faciliter le partage d'information ;
- en tant qu'organisme assureur de soins de santé, nous sommes surpris par le montant élevé déboursé par le patient pour ses soins de santé, surtout pendant la période d'incapacité de travail primaire, alors que ses revenus ont diminué. Il est important de sensibiliser l'ensemble des acteurs au **risque de fragilité économique** ;
- les Mutualités Libres recommandent de développer des politiques d'intégration dans l'emploi en mettant en place un ensemble de mesures destinées à aider les travailleurs et les employeurs, dans le cadre de la **prévention**. A ce titre, nous pouvons citer l'adoption de mesures de prévention sur le lieu de travail destinées aux travailleurs ayant des problèmes de santé à conserver leur emploi (aménagement des conditions de travail, réduction du temps de travail ou formation...);
- il est également important de mettre en place des obligations et des incitations financières « intelligentes » à destination des employeurs afin de les encourager à conserver un travailleur malade (ex. prise en charge des prestations d'invalidité pendant quelques mois ou années/ allongement de la période d'intervention supportée par l'employeur, paiement d'une contribution plus importante lorsque les demandes d'allocations d'invalidité des salariés de l'employeur sont supérieures à celles de la moyenne nationale sectorielle, récompense à l'employeur quand il remet au travail une personne après une absence prolongée pour cause de maladie...);
- **les groupes à risques** nécessitent une attention et un accompagnement particuliers. Ceux-ci sont constitués par les femmes, les personnes dans la tranche d'âge 40-55 ans, les bénéficiaires d'une intervention majorée et les malades chroniques.



Lenniksebaan 788/A - 1070 Anderlecht
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, aout 2019
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent :

