

AON

Benefits Survey 2022

**Analyse des couvertures
incapacité de travail et
soins de santé offertes
par les employeurs
belges**



Table des matières

Le mot de Werner Keeris	4
Introduction	5
1. L'environnement belge	6
1.1 Impact du COVID-19	6
1.2 Evolution du coût des soins de santé en Belgique	7
1.3 Evolution des dépenses INAMI en incapacité primaire et en invalidité en Belgique	9
1.4 Que couvrent la sécurité sociale et l'assurance accidents du travail ?	10
1.4.1 Le financement de la sécurité sociale	10
1.4.2 L'organisation de la sécurité sociale	10
1.4.3 Les prestations de la sécurité sociale	11
2. Quels sont les produits collectifs présents sur le marché pour compléter les prestations légales ?	13
2.1 Introduction	13
2.2 Quelles sont les options dont disposent les employeurs pour couvrir leurs travailleurs en matière de soins de santé ?	13
2.2.1 L'assurance collective "hospitalisation"	13
2.2.2 L'assurance collective "ambulatoire"	14
2.2.3 L'assurance collective "droit commun"	14
2.2.4 Conclusion soins de santé	14
2.3 Quelles sont les options dont disposent les employeurs pour couvrir leurs travailleurs en matière d'incapacité de travail ?	15
2.3.1 L'assurance collective "revenu garanti"	15
2.3.2 L'assurance collective "exonération des primes"	16
2.3.3 L'assurance collective "droit commun"	16
2.3.4 Conclusion incapacité de travail	16
2.4 Conclusion soins de santé et incapacité de travail	17
3. Le marché : analyse et positionnement	18
3.1 Echantillon de l'étude	18
3.2 De quelle façon les entreprises assurent-elles leurs travailleurs en incapacité de travail ?	20
3.2.1 Benchmark incapacité de travail	20
3.2.2 Benchmark exonération des primes	26
3.2.3 Autres paramètres	27
3.3 Les résultats : classement revenu garanti	29
3.4 De quelle façon les entreprises assurent-elles leurs travailleurs en soins de santé ?	33
3.4.1 Généralités	33
3.4.2 Benchmark hospitalisation	33
3.4.3 Benchmark soins ambulatoires et soins dentaires	38

Table des matières

4. Tendances et évolutions du marché	40
4.1 La couverture "soins ambulatoires", un atout du package salarial	40
4.2 Prévention et bien-être	42
4.2.1 Introduction	42
4.2.2 Qu'observons-nous dans la pratique ?	42
4.2.3 Comment les assureurs abordent-ils la prévention et le bien-être ?	44
4.3 Burn-out et réintégration	46
4.3.1 Burn-out	46
4.3.2 Réintégration	48
4.4 IPM : International People Mobility	49
4.4.1 Qu'en est-il des prestations de la sécurité sociale lors de missions à l'étranger ?	49
4.4.2 Les risques liés à la mobilité internationale	49
4.4.3 Les défis liés à la mobilité internationale en tant qu'employeur	50
4.4.4 Les couvertures en mobilité internationale	50
4.4.5 Tendances sur le marché	51
4.5 Le statut unique ouvriers-employés	52
4.6 Impact RGPD	53
4.7 Loi Verwilghen : application actuelle	54
5. Communication	55
5.1 Total Reward Statement (TRS)	55
5.2 La solution : le Total Reward Statement	55
5.3 Une gamme variée d'offres	56
5.4 Approche Aon Health & Wealth Solutions	57
5.5 Exemples de réalisation	58
A propos d'Aon Belgium	59

Le mot de Werner Keeris

Managing Director de Aon Health and Wealth Solutions



« Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la santé ? »

Socrate

« Les coûts des soins de santé augmentent d'année en année et plus rapidement que le PIB. Ceci se reflète également sur les couvertures extralégales soins de santé et incapacité de travail. Pour les employeurs, il est donc important d'être bien informés. Quelles sont les tendances, qu'offrent les autres employeurs, quels sont les compléments possibles ? Le Benefits Survey 2022 apporte des réponses motivées à toutes ces questions.

Cet ouvrage va plus loin que le simple benchmark du marché belge. Nous couvrons également diverses initiatives des employeurs et des assureurs dans le domaine de la prévention et de la réintégration.

Cette étude est basée sur les données de plus de 250 entreprises. Une équipe de 5 experts a, durant quatre mois, traité, analysé et commenté toutes ces données. Le marché considère ce survey comme la référence en Belgique. Nous sommes donc fiers de pouvoir vous présenter ce rapport ».



Introduction

Portée du Benefits Survey

Sans vouloir jouer les trouble-fêtes, vous êtes-vous déjà demandé de quel revenu votre personnel devrait se contenter s'il bénéficierait uniquement des indemnités légales de la sécurité sociale en cas d'hospitalisation, de maladie grave ou d'arrêt de travail non volontaire causé par une maladie ou un accident ?

Vous trouverez la réponse à cette question dans notre Benefits Survey.

Dans notre société en constante évolution, les entreprises et les travailleurs sont de plus en plus sensibilisés au problème du coût des soins de santé et de la perte de revenu. Il n'est donc pas rare de constater que la fidélisation du personnel et l'optimisation en matière de rémunération s'effectuent notamment par l'instauration ou l'amélioration de plans complémentaires soins de santé ou incapacité de travail.

Notre Benefits Survey vous présente :

- Un aperçu des interventions légales et extralégales ;
- Un benchmark des couvertures sur le marché belge ;
- Une évolution des tendances depuis 2002 (première étude) pour les couvertures soins de santé et incapacité de travail ;
- De l'information juridique détaillée suite aux modifications législatives qui se succèdent constamment ;
- Nos points de vue en la matière.

Notre étude n'abordera pas les plans complémentaires retraite et décès que nous analysons régulièrement dans nos « Pension Survey » (prochaine édition en 2023).



1. L'environnement belge

1.1 Impact du COVID-19

Les assurances hospitalisation

Très nombreux ont été les patients COVID-19 hospitalisés dans notre pays. Même si ces hospitalisations spécifiques sont généralement prises en charge par les mutuelles, cette situation a souligné l'intérêt d'une couverture hospitalisation. Les assureurs ont dû s'adapter à la situation, revoir leurs produits et parfois même se réinventer. Les périodes pré et post-hospitalisation ont pu être élargies, certains vaccins ont pu être couverts, les couvertures hospitalisation ont été maintenues de manière générale en cas de chômage temporaire. Des délais ont été accordés aux employeurs pour régler leurs primes. Pareille situation n'avait jamais été connue dans le passé.

Quant aux statistiques sinistres, l'année 2020 ne peut être représentative à elle seule. Des baisses dans la sinistralité allant jusqu'à 20 ou 30% ont été recensées alors qu'en parallèle certains assainissements ont été opérés par les assureurs. L'année 2021 ne peut pas non plus être considérée comme une année d'assurance " normale ". D'une part, nous observons l'effet des interventions reportées de 2020, d'autre part, un nombre important d'interventions prévues en 2021 ont, elles aussi, été reportées en 2022 en raison des nouvelles vagues de COVID-19. N'oublions pas que nombre d'interventions considérées comme non urgentes sont en janvier 2022 encore postposées.

Les assurances incapacité de travail

De même, dans de nombreux contrats, ces couvertures sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail, par exemple lors d'une période de chômage temporaire. Vu les circonstances, le secteur de l'assurance (Assuralia) s'est engagé de manière exceptionnelle à maintenir ces couvertures pendant les périodes de chômage temporaire, sauf si l'employeur s'y est opposé explicitement.

Dans les mois qui viennent, on risque de voir davantage encore apparaître les effets collatéraux de la crise du COVID-19 sur l'incapacité de travail : report de soins, ajout de pathologies telle le COVID long, traumatisme psychique, maladies mentales, **burn-out**, ... Il est donc essentiel de poursuivre et de renforcer les mesures de soutien psycho-social et économique dans le cadre du COVID-19.



1.2 Evolution du coût des soins de santé en Belgique

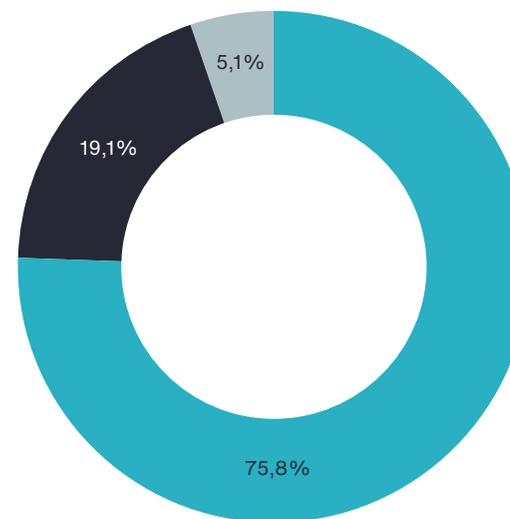
Il est important de bien comprendre l'évolution du coût des soins de santé en Belgique. Nous nous basons pour ce faire sur certains résultats tirés de l'Assurinfo publié par Assuralia en mars 2021. Les dépenses en soins de santé sont ventilées selon les sources de financement.

Dépenses nationales en soins de santé et PIB						
(en millions d'euros)	2007	2010	2013	2016	2017	2018
PIB	343.619	363.140	392.880	430.231	445.957	459.532
Pouvoirs publics	23.303	28.273	31.539	33.662	35.248	35.948
Patients	6.563	7.410	8.192	8.378	8.830	9.033
Privé :	1.635	1.481	1.763	2.195	2.329	2.436
• Assureurs privés	740	834	955	1.136	1.182	1.250
• Sociétés mutualistes et autres	895	647	808	1.059	1.147	1.186
Total	31.500	37.163	41.494	44.235	46.407	47.417
% du PIB	9,2%	10,2%	10,6%	10,3%	10,4%	10,3%

* Sociétés Mutualistes = assurances privées complémentaires via les mutuelles

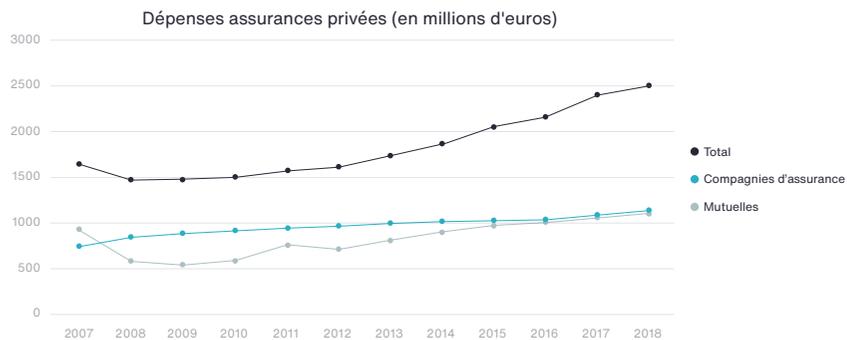
Dans ce tableau, on constate que les pouvoirs publics sont intervenus à raison de 75,8% des dépenses en 2018. Cela n'a rien d'étonnant compte tenu de l'obligation de souscrire à l'assurance maladie obligatoire de la mutuelle. On constate également que les dépenses totales en soins de santé sont passées de 31,5 milliards d'euros soit 9,2% du PIB en 2007 à 47,417 milliards d'euros soit 10,3% du PIB en 2018, ce qui représente une augmentation moyenne de 3,8% par an. Le coût moyen est toutefois demeuré relativement stable au cours des 3 dernières années. Comparé à la moyenne européenne, le ratio belge "coût/PIB" est environ 1% plus élevé. Les estimations du Bureau fédéral du Plan montrent que les dépenses de santé risquent bien d'augmenter de manière ininterrompue jusqu'en 2050. En 2018, 75,8% des dépenses ont été supportés par les pouvoirs publics, 5,1% par les assureurs privés (y compris les mutuelles) et 19,1% par le patient.

Répartition des dépenses en soins de santé

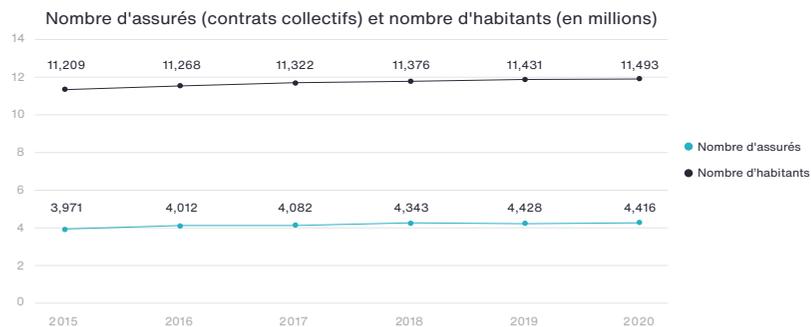


- Pouvoirs publics
- Patients
- Assureurs

Etant donné que les primes d'assurance et les cotisations ONSS sont à charge du patient, le coût pour ce dernier est en réalité plus élevé. Ainsi, c'est 25% des coûts qui restent finalement à charge du patient. En 2018, on comptait quelques 11.403.738 habitants, pour un coût en soins de santé de 47,417 milliards d'euros, soit 4.158 EUR par personne et par an, et un reste à charge estimé à 1.040 EUR par an, soit 87 EUR par mois pour le patient. En 2013, ce coût était de 78 EUR par mois. En observant le graphique ci-après, on constate que les dépenses ont augmenté de 69% en 12 ans pour les assurances privées contre 33% pour les mutuelles. Il est intéressant de noter que depuis 2008, les dépenses des compagnies d'assurance dépassent les dépenses des mutuelles.

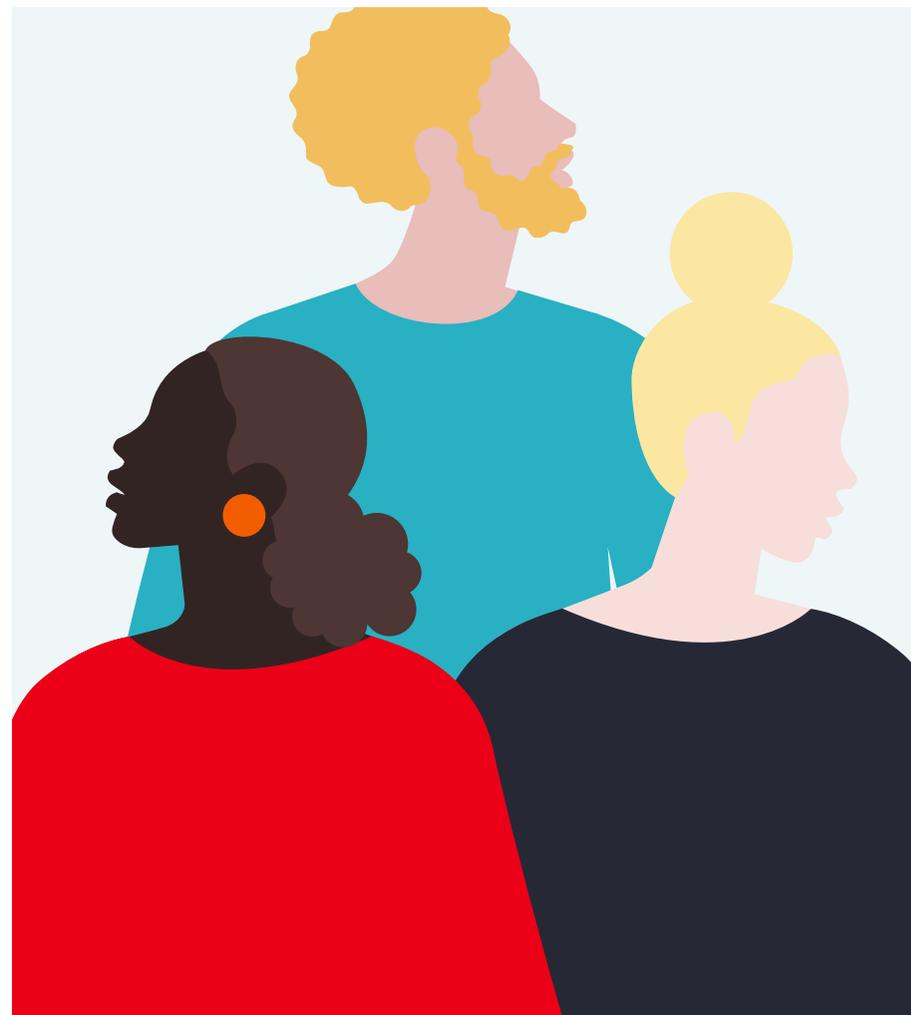


Le tableau ci-dessous montre la répartition des polices collectives par rapport au nombre d'habitants. (Source nombre d'assurés : Assuralia. Source nombre d'habitants : Statbel).



En 2015, environ 35,4% des résidents belges bénéficiaient d'une assurance collective contre 38,4% en 2020. Le nombre d'assurés (contrats collectifs) a augmenté chaque année, sauf en 2020. Une légère baisse a été enregistrée cette année-là.

Sur base de toutes ces constatations, on peut conclure que le coût des soins de santé est en hausse. La part à charge des patients augmente également. Il n'est donc pas étonnant qu'une police frais médicaux souscrite par l'employeur constitue un élément important du package salarial. Rien de surprenant non plus dans le fait que les primes de ces couvertures complémentaires augmentent chaque année sur base de l'indice médical et/ou des statistiques sinistres.



1.3 Evolution des dépenses INAMI en incapacité primaire et en invalidité en Belgique

La première année d'incapacité de travail est appelée "période d'incapacité primaire". Lorsque l'incapacité de travail est supérieure à un an, le titulaire entre en "période d'invalidité". Sur base d'un rapport de l'INAMI, on peut également suivre l'évolution des dépenses et des jours indemnisés dans le cadre d'une incapacité primaire et d'une invalidité.

Incapacité primaire								
	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	2018
Nombre de jours indemnisés (x 1000)	22.386	24.326	29.433	33.187	37.980	36.217	35.938	36.957
Dépenses (en euros x 1000)	776.644	893.343	1.211.228	1.456.752	1.722.143	1.691.266	1.710.271	1.814.235

Ce tableau nous montre comment ont évolué les dépenses en incapacité primaire et le nombre de jours indemnisés entre 2003 et 2018. Le nombre de jours indemnisés a augmenté de 65% entre 2003 et 2018 et les dépenses ont augmenté de 134% sur la même période (inflation comprise). En 2016 et 2017, on observe une diminution du nombre de jours indemnisés. La diminution de 2017 ne s'est cependant pas traduite par une baisse des dépenses. L'indemnité journalière moyenne était de 49,09 EUR en 2018, ce qui représente à peine 1.280 EUR/mois, l'intervention légale étant payée 6 jours par semaine.

Invalidité								
	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	2018
Nombre de jours indemnisés (x 1000)	60.705	64.798	73.233	85.009	103.077	109.879	114.719	119.736
Dépenses (en euros x 1000)	1.994.986	2.269.646	2.886.295	3.667.023	4.598.050	4.988.592	5.316.849	5.730.630

Ce tableau nous montre comment ont évolué les dépenses en invalidité (incapacités de travail > 1 an) et le nombre de jours indemnisés entre 2003 et 2018. Le nombre de jours indemnisés a augmenté de 97% entre 2003 et 2018 et les dépenses ont augmenté de 187% sur la même période (inflation comprise). Il ressort clairement de ces chiffres que le nombre de jours indemnisés en invalidité augmente d'année en année. L'indemnité journalière moyenne était de 47,86 EUR en 2018, ce qui représente environ 1.248 EUR/mois, l'intervention légale étant payée 6 jours par semaine. Une assurance complémentaire couvrant l'incapacité de travail primaire et de longue durée constitue donc aussi un élément important du package salarial.

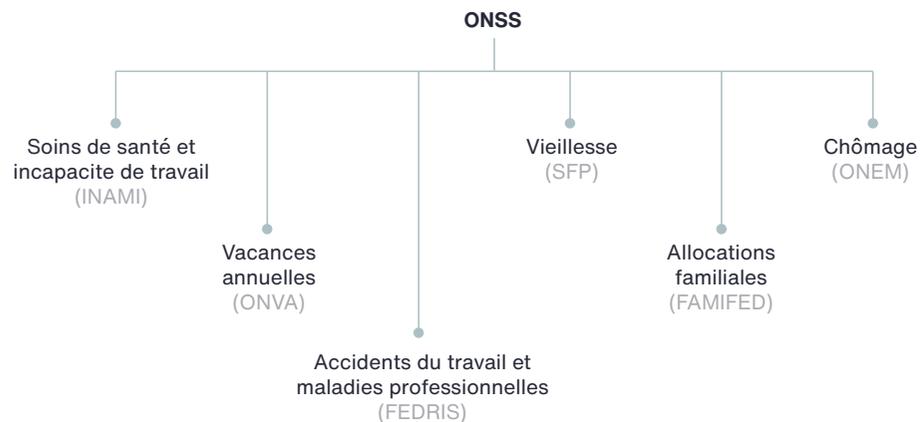
1.4 Que couvrent la sécurité sociale et l'assurance accidents du travail ?

1.4.1 Le financement de la sécurité sociale

Découvrez **ici** comment le système de sécurité sociale belge a vu le jour. La sécurité sociale belge est fondée sur la solidarité. Une cotisation de sécurité sociale de 13,07% est déduite du salaire brut du salarié. L'employeur paie par ailleurs des cotisations de sécurité sociale qui s'élèvent à +/- 25% du salaire brut du salarié (secteur privé marchand). Toutefois, des dérogations visant à encourager l'emploi de certains groupes vulnérables existent.

Pour lui permettre de mener à bien ses missions, la sécurité sociale bénéficie, en plus des cotisations des salariés et des employeurs, d'un soutien de l'État.

1.4.2 L'organisation de la sécurité sociale



L'**ONSS** (= Office national de sécurité sociale) est l'institution publique chargée de la collecte et de la répartition des cotisations de sécurité sociale entre les différentes branches de la sécurité sociale. Dans cette étude, nous nous intéressons aux branches compétentes en matière d'indemnités d'incapacité de travail et de remboursement des frais médicaux des salariés.

L'**INAMI** (= Institut national d'assurance maladie-invalidité) reçoit de l'argent de l'ONSS et le répartit ensuite entre les différents syndicats nationaux. Chaque mutuelle est affiliée à un syndicat national et chaque salarié a l'obligation de s'affilier à une mutuelle. Les mutuelles s'occupent :

- Du remboursement des frais médicaux (sauf en cas d'accident du travail) ;
- Du revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail consécutivement à une maladie, un accident de la vie privée ou une grossesse/un accouchement.

La **FEDRIS** (= Agence fédérale pour les risques professionnels) a été créée le 1/1/2017 et consiste principalement en la fusion de l'ancien Fonds des accidents du travail et du Fonds des maladies professionnelles. Contrairement aux autres branches de la sécurité sociale, le risque "accident du travail" est laissé à la charge des compagnies d'assurance privées. L'employeur est légalement tenu de souscrire une police d'assurance auprès d'une compagnie d'assurance. La FEDRIS ne prévoit le versement d'un revenu de remplacement aux victimes que lorsqu'il apparaît que l'employeur n'a pas souscrit cette assurance obligatoire, ainsi que dans quelques cas exceptionnels.

Les principales missions de la FEDRIS sont les suivantes :

- Le contrôle des assureurs et des employeurs ;
- La prévention ;
- L'information des assureurs et des salariés.

1.4.3 Les prestations de la sécurité sociale

1.4.3.1 Soins de santé

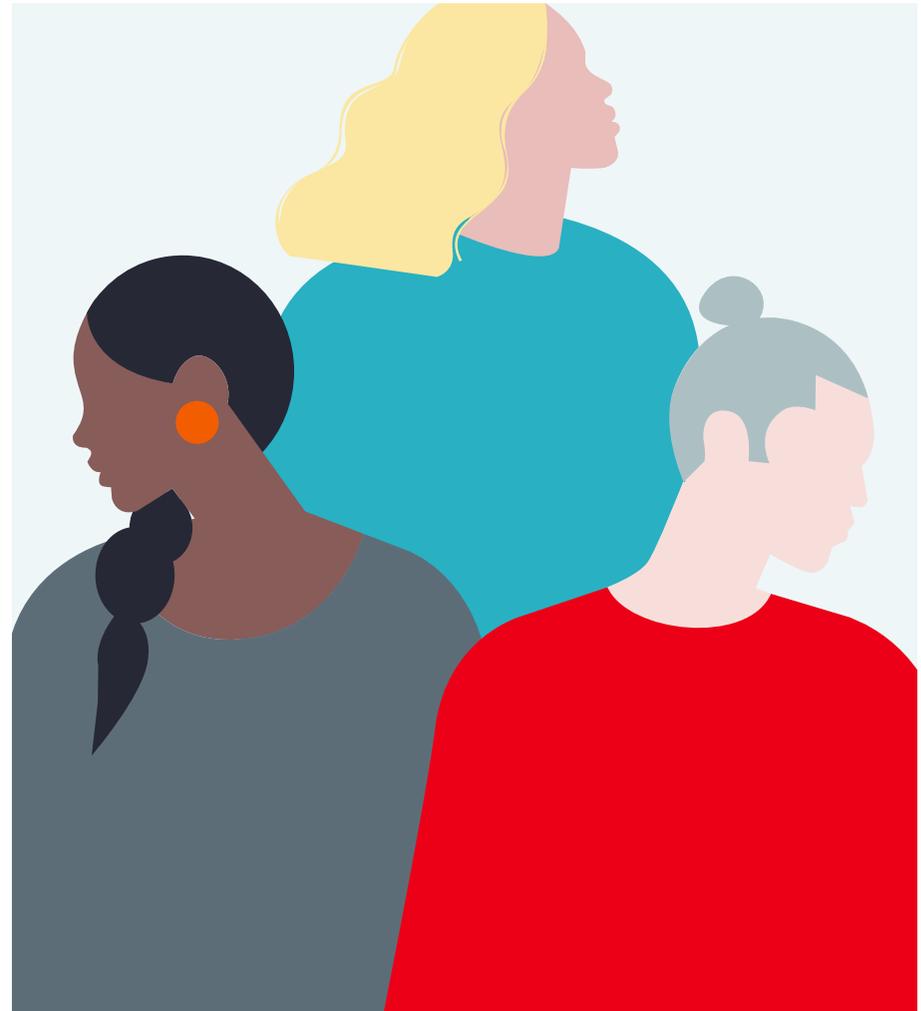
Les mutuelles remboursent les "gros et petits risques" liés à **une maladie ou à un accident de la vie privée**. Cela signifie qu'il y a à la fois une intervention légale en cas d'hospitalisation et de soins ambulatoires. Le remboursement est fixé sur la base du numéro de nomenclature INAMI. En cas d'hospitalisation en chambre individuelle, l'intervention sera limitée au coût d'une chambre double. Le montant non pris en charge par la mutuelle, appelé ticket modérateur, s'élève à environ 25% des frais pour les soins ambulatoires.

En cas d'**accident du travail**, l'assureur accidents du travail choisi par l'employeur intervient. L'assurance accidents du travail couvre à hauteur du barème INAMI. Cela signifie que le ticket modérateur est également remboursé, mais que les frais supplémentaires liés à l'occupation d'une chambre individuelle ne sont pas remboursés (par exemple, les suppléments d'honoraires).

1.4.3.2 Incapacité de travail consécutive à une maladie ou à un accident de la vie privée

En cas d'incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée et après la période de salaire garanti couverte par l'employeur et variant en fonction du statut (ouvrier ou employé), la sécurité sociale verse un revenu de remplacement.

Incapacité de travail	Indemnité mutuelle
La 1 ^{ère} année	60% du salaire plafonné (48.234,33 EUR au 1/1/2022)
À partir de la 2 ^{ème} année	Suivant la situation familiale : <ul style="list-style-type: none">• 65% en cas de perte de l'unique revenu avec personnes à charge ;• 55% en cas de perte de l'unique revenu sans personnes à charge ;• 40% lorsqu'il y a un deuxième revenu. Ce taux s'applique toujours au salaire plafonné



1.4.3.3 Incapacité de travail consécutive à un accident du travail

En cas d'incapacité de travail à la suite d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail, le salarié perçoit son salaire garanti le premier mois. À partir du deuxième mois d'incapacité de travail, l'assureur verse au salarié l'indemnité décrite ci-dessous :

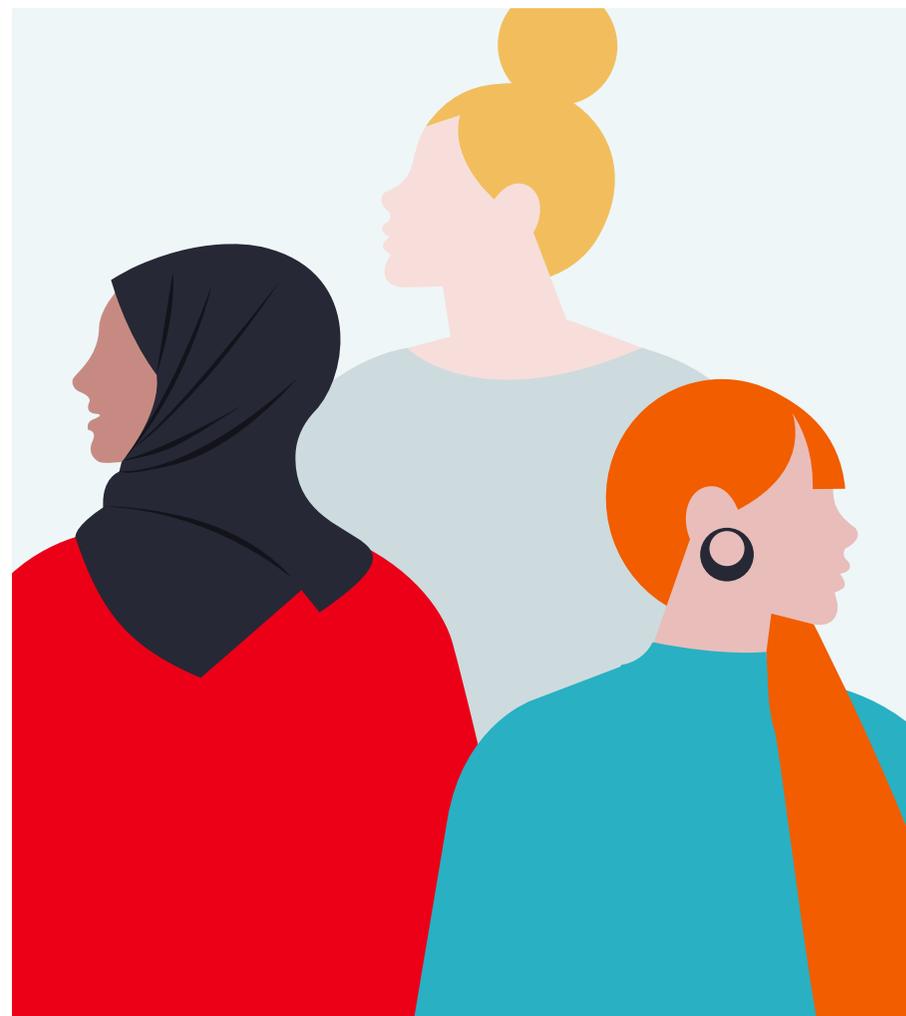
- Une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire égale à 90% du salaire limité au plafond légal (48.084,06 EUR en 2022). L'indemnité d'incapacité de travail temporaire est versée jusqu'à la reprise complète du travail ou jusqu'à la date de consolidation, c'est-à-dire la date à laquelle les lésions sont censées ne plus évoluer. A cet instant, soit la victime est déclarée guérie, soit un taux d'incapacité permanente est fixé.
- Si la victime conserve une incapacité de travail permanente, elle bénéficie d'une indemnité d'incapacité permanente.

Pendant la période de révision de 3 ans, le taux d'incapacité permanente peut être revu à la hausse ou à la baisse. La période de révision débute le jour de l'entérinement et ne peut être prolongée. Une fois la période de révision expirée, le taux d'incapacité de travail est définitif.

L'indemnité s'élève à un pourcentage de la rémunération de base plafonnée, qui dépend **du taux d'invalidité permanente**.

Taux d'invalidité permanente (%IP)	Indemnité
%IP < 5%	50% x %IP x salaire plafonné
5% ≤ %IP < 10%	75% x %IP x salaire plafonné
%IP ≥ 10%	100% x %IP x salaire plafonné

L'indemnité est versée à la fin de chaque mois si le taux d'invalidité permanente est de 10% ou plus. Si l'incapacité de travail est inférieure à 10%, elle est versée à la fin du mois de décembre de chaque année. Cette indemnité est versée par la FEDRIS si le taux d'invalidité permanente s'élève à maximum 19%. S'il est plus élevé, le paiement continue à être effectué par l'assureur privé.



2. Quels sont les produits collectifs présents sur le marché pour compléter les prestations légales ?

2.1 Introduction

Sur la base des interventions légales, l'individu subit une perte de revenu ou doit payer une partie des frais médicaux de sa poche. Les employeurs peuvent donc souscrire une couverture complémentaire pour limiter cette perte.

Aperçu des produits d'assurance :

- Police hospitalisation : couvre les frais médicaux liés à une hospitalisation ;
- Police soins ambulatoires : couvre les frais médicaux non liés à une hospitalisation ou non couverts par la police hospitalisation ;
- Police soins dentaires : couvre les soins dentaires ambulatoires ;
- Police revenu garanti : couvre la perte de revenu en cas d'incapacité de travail due à une maladie, une grossesse et un accouchement et/ou un accident ;
- Police exonération des primes : garantit le maintien de la couverture retraite et décès durant les périodes d'incapacité de travail dues à une maladie, une grossesse et un accouchement et/ou un accident ;
- Droit commun "Excédent" : indemnité d'incapacité de travail, frais médicaux et couverture décès suite à un accident du travail ;
- Droit commun "Vie privée" : indemnité d'incapacité de travail, frais médicaux et couverture décès suite à un accident de la vie privée ;

Le Benefits Survey 2022 ne prend en compte que les produits d'assurance de la branche "Maladie". Les éventuels régimes internes, ainsi que les produits d'assurance complétant l'assurance contre les accidents du travail ne sont pas pris en compte.

Les couvertures complémentaires soins de santé et incapacité de travail sont expliquées plus en détail dans cette section.

Les résultats de l'analyse comparative peuvent être consultés [ici](#).

2.2 Quelles sont les options dont disposent les employeurs pour couvrir leurs travailleurs en matière de soins de santé ?

2.2.1 L'assurance collective "hospitalisation"

L'assurance "hospitalisation" couvre classiquement les prestations médicales suivantes en cas de maladie, de grossesse ou d'accident :

- La facture d'hospitalisation (y compris les frais de séjour et les suppléments d'honoraires) ;
- Les frais ambulatoires liés à l'hospitalisation pendant une période spécifique avant et après l'hospitalisation ;
- Les frais ambulatoires liés à certaines maladies graves (liste exhaustive).

Les points importants suivants sont en outre également définis dans la police :

- Le plafond de remboursement par personne et par an ;
- Le pourcentage de remboursement ;
- La franchise ;
- L'assistance à l'étranger (y compris le rapatriement) et/ou l'assistance en Belgique ;
- Le remboursement à l'étranger ;
- Le système tiers payant pour la facture d'hospitalisation ;
- Les exclusions ;
- Les éventuels plafonds de remboursement pour des frais médicaux spécifiques.

Les polices d'assurance hospitalisation belges sont basées sur l'intervention de la mutuelle belge et sur le coût des hôpitaux belges. Les personnes qui séjournent à l'étranger pendant plus de 3 mois ne sont généralement plus assurées par ces contrats. La section "**International people Mobility**" traite de cette question.

Les obligations de l'employeur envers les membres du personnel qui quittent la couverture collective sont régies par la **loi Verwilghen**.

2.2.2 L'assurance collective "ambulatoire"

Une assurance "ambulatoire" peut être scindée en 2 couvertures, qui peuvent être souscrites ou non :

- Frais ambulatoires (par exemple, honoraires du médecin, médicaments, kinésithérapie, appareils auditifs, lunettes, etc.) ;
- Soins dentaires (honoraires du dentiste, bridges, couronnes, implants, prothèses dentaires, orthodontie).

Les frais ambulatoires qui peuvent être liés à une hospitalisation et qui tombent dans la période pré et post-hospitalisation prévue seront remboursés dans le cadre de la police hospitalisation.

Dans une police ambulatoire, le taux de remboursement varie entre 60% et 100% après déduction de l'intervention légale. Le plafond annuel de remboursement varie généralement entre 500 et 2.500 EUR par personne. Selon l'assureur, une franchise peut également être prévue.

Les garanties incluses dans les polices hospitalisation/ambulatoires individuelles ou collectives sont assez similaires. Les différences se situent plutôt au niveau de la prime, des formalités médicales, des délais d'attente et de la possibilité de résilier ou non le contrat.

2.2.3 L'assurance collective "droit commun"

L'assurance collective droit commun est une assurance facultative qui permet d'améliorer la couverture obligatoire contre les accidents du travail en matière de remboursement des frais médicaux après un accident.

2 types de polices complémentaires contre les accidents :

- Accident du travail > police droit commun "excédent" ;
- Accident de la vie privée > police droit commun "vie privée".

Les deux couvertures peuvent être souscrites séparément et le niveau des deux couvertures peut différer.

En matière de soins de santé, l'"assurance droit commun" couvre classiquement les prestations suivantes après un **accident** :

- Les frais d'hospitalisation ;
- Les soins ambulatoires (y compris les soins dentaires et optiques).

Les frais médicaux résultant d'une maladie ne sont jamais assurables via cette police.

En cas d'accident de la vie privée, les frais sont d'abord soumis à la mutuelle. Cette police interviendra ensuite selon le principe de remboursement qui y a été défini. Il peut s'agir d'une intervention illimitée jusqu'à un certain plafond de remboursement ou d'une intervention liée à celle de l'assurance maladie (par exemple 1 x INAMI en sus).

En cas d'accident du travail, la mutuelle n'intervient pas. La police accident du travail rembourse ces frais à concurrence du barème INAMI (ticket modérateur "normal" compris). Dans le cadre de l'assurance excédent, le montant restant peut alors également être assuré comme dans une police vie privée.

2.2.4 Conclusion soins de santé

	Légal	Extralégal*
Maladie	Mutuelle	Police hospitalisation Police ambulatoire
Accident de la vie privée	Mutuelle	Police hospitalisation Police ambulatoire Droit commun "vie privée"
Accident du travail	Assurance accidents du travail (ticket modérateur compris)	Police hospitalisation Police ambulatoire Droit commun "excédent"

* Extralégal = partie du coût pour laquelle il n'y a pas d'intervention légale

2.3 Quelles sont les options dont disposent les employeurs pour couvrir leurs travailleurs en matière d'incapacité de travail ?

Étant donné que tant la mutuelle que l'assurance obligatoire accident du travail n'interviennent que pour un pourcentage du salaire plafonné, il y aura toujours une perte de revenu en cas d'incapacité de travail. Plus le salaire est élevé, plus la perte de revenu est importante.

Les couvertures extralégales incapacité de travail sont proposées dans deux optiques :

- Compenser la perte de salaire réelle en tenant compte du pourcentage de temps de travail et du taux d'incapacité de travail (police revenu garanti) ;
- Compenser la possible perte de salaire en tenant compte du taux d'incapacité de travail (police Droit Commun).

2.3.1 L'assurance collective "revenu garanti"

L'assurance "revenu garanti" couvre la perte de salaire due à une incapacité de travail résultant :

- D'une maladie (la grossesse et l'accouchement) ;
- D'un accident du travail ;
- D'un accident de la vie privée.

Cette indemnité s'ajoute à celle de la mutuelle ou de l'assurance accident du travail.

Une absence du travail est requise. Par conséquent, dans ce type de contrat, il doit y avoir un taux minimum d'incapacité de travail, généralement de 25 %. L'intervention a lieu au prorata si l'incapacité de travail se situe entre 25 et 67%. À partir de 67%, l'incapacité est considérée comme totale.

Le travailleur perçoit chaque mois une indemnité de la compagnie d'assurance et ce, aussi longtemps que :

- L'incapacité de travail perdure et atteint au moins 25% ;
- Et que le salarié n'est pas retraité ;
- Et que l'âge terme stipulé dans la police n'est pas dépassé.

La rente est calculée selon la **formule** figurant dans la police :

- Rente forfaitaire : montant fixe ;
- Formule step rate : $x\% S1 + y\% S2$;
- Formule offset : $z\% S -$ intervention légale.

S1 représente un salaire plafonné (généralement le plafond d'intervention légale) et S2 représente le salaire qui dépasse le plafond. S représente le salaire annuel brut.

Dans une formule step rate, la rente n'évolue pas en fonction de l'intervention légale. C'est par contre le cas dans une formule offset. Avec une formule offset, il est possible de prendre en compte la réelle intervention légale suivant la composition du ménage à partir de la 2^{ème} année en cas de maladie ou d'accident de la vie privée. Toutefois, la plupart des formules offset n'ajustent la rente qu'au cours du 13^{ème} mois d'incapacité de travail.

Pour les employés, le salaire est garanti pendant le 1^{er} mois d'incapacité de travail. C'est pourquoi nous constatons un **délai d'attente** d'au moins un mois dans ces polices. Pendant le délai de carence, il n'y a pas d'intervention de la compagnie d'assurance. Ce délai est un paramètre important pour la détermination du taux de prime. Pendant le délai de carence de plus d'un mois, il y a 2 options :

- Le travailleur bénéficie uniquement des prestations légales ;
- L'employeur continue à payer (une partie) du salaire plus longtemps que la loi ne l'exige.

Une **indexation** annuelle de la rente devrait idéalement être prévue de sorte que les malades de longue durée maintiennent un certain pouvoir d'achat équivalent.

2.3.2 L'assurance collective "exonération des primes"

Grâce à cette assurance, l'assureur prend en charge les primes retraite et décès de l'assurance de groupe pendant la période d'incapacité de travail. Là encore, 3 causes d'incapacité de travail sont assurables :

- Maladie (y compris la grossesse et l'accouchement) ;
- Accident de la vie privée ;
- Accident du travail.

Dans ce cas-ci aussi, une incapacité de travail d'au moins 25% est requise pour une prise en charge au prorata des primes. À partir de 67%, l'assureur prend en charge la totalité des primes retraite et décès.

Le délai de carence est d'au moins 1 mois. Si celui-ci est plus long, l'employeur continuera dans un premier temps à payer les primes retraite et décès pour le travailleur. Cela permet de réduire la prime de la police exonération des primes.

Attention : si l'employeur ne continue pas à payer les primes, les réserves de pension du travailleur en incapacité de travail n'augmenteront plus et il peut ne plus y avoir de couverture en cas de décès.

L'**indexation** des primes exonérées n'est généralement pas prévue.

2.3.3 L'assurance collective "droit commun"

Dans l'assurance obligatoire accident du travail, seul le salaire plafonné est assuré. Grâce à la police "excédent", le salaire dépassant ce plafond peut également être assuré. Si l'employeur souhaite également assurer les accidents de la vie privée, il peut souscrire une police Droit Commun "vie privée".

La police Droit Commun suit le design de l'assurance obligatoire accident du travail :

- Incapacité de travail temporaire ;
- Invalidité permanente ;
- Frais médicaux résultant d'un accident ;
- Couverture décès.

Il est important que la cause de l'incapacité de travail soit un accident et non une maladie. Les maladies ne sont pas assurables via une police Droit Commun.

En souscrivant à une police de droit commun, l'employeur fait les choix suivants :

- Les garanties à assurer (parmi les 4 garanties mentionnées ci-dessus) ;
- Le calcul de la couverture selon les principes de l'assurance légale, ou au moyen de multiplicateurs ou de montants fixes ;
- Le niveau de couverture ;
- Le salaire maximum à prendre en compte ;
- Le principe de remboursement et plafond des frais médicaux.

2.3.4 Conclusion incapacité de travail

	Légal	Extralégal*
Maladie	Mutuelle Salaire de base plafonné	Police revenu garanti
Accident de la vie privée	Mutuelle Salaire de base plafonné	Police revenu garanti Police Droit Commun "accident vie privée"
Accident du travail	Assurance AT Salaire de base plafonné	Police revenu garanti Police Droit Commun "excédent"

La garantie exonération des primes est une couverture régulièrement oubliée par les RH et les travailleurs. Toutefois, il s'agit d'une couverture très précieuse qui permet le maintien de la couverture retraite et décès tout au long de l'incapacité de travail.

2.4 Conclusion soins de santé et incapacité de travail

Nous pouvons schématiser dans un tableau les différents intervenants légaux et extralégaux en "soins de santé" ou "incapacité de travail" comme suit.

Soins de santé

	Maladie	Accident de la vie privée	Accident du travail
Petits risques	Mutuelle + Ass ambulatoire	Mutuelle + Ass ambulatoire + CDC	AT + Ass ambulatoire + CDC
Gros risques	Mutuelle + Ass collective hospit	Mutuelle + Ass collective hospit + CDC	AT + Ass collective hospit + CDC

CDC = Collective Droit Commun

AT = Assurance obligatoire accident du travail

Incapacité de travail

	Maladie	Accident de la vie privée	Accident du travail
1 ^{er} mois	Employeur, 100% du salaire	Employeur, 100% du salaire	Employeur, 100% du salaire
2 ^{ème} mois – 12 ^{ème} mois	Mutuelle (60% du salaire limité au plafond INAMI) + revenu garanti	Mutuelle (60% du salaire limité au plafond INAMI) + revenu garanti et/ou CDC	Assurance Loi (90% du salaire limité au plafond Loi) + revenu garanti et/ou CDC
13 ^{ème} mois – Terme	Mutuelle (65%, 55% ou 40% du salaire limité au plafond INAMI) + revenu garanti	Mutuelle (65%, 55% ou 40% du salaire limité au plafond INAMI) + revenu garanti et/ou CDC	Assurance Loi (90% du salaire limité au plafond Loi) + revenu garanti et/ou CDC
Invalidité permanente		CDC (capital)	Assurance Loi (100% du salaire limité au plafond Loi x IP) + CDC (capital)

IP = taux d'invalidité permanente

3. Le marché : analyse et positionnement

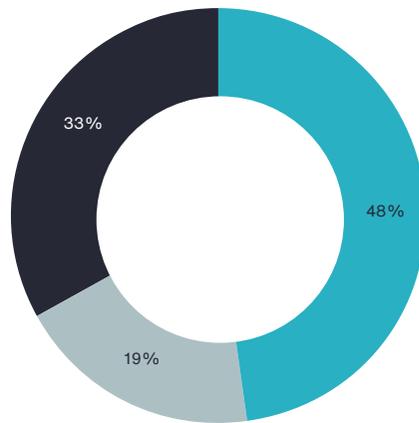
3.1 Echantillon de l'étude

Sélection des entreprises

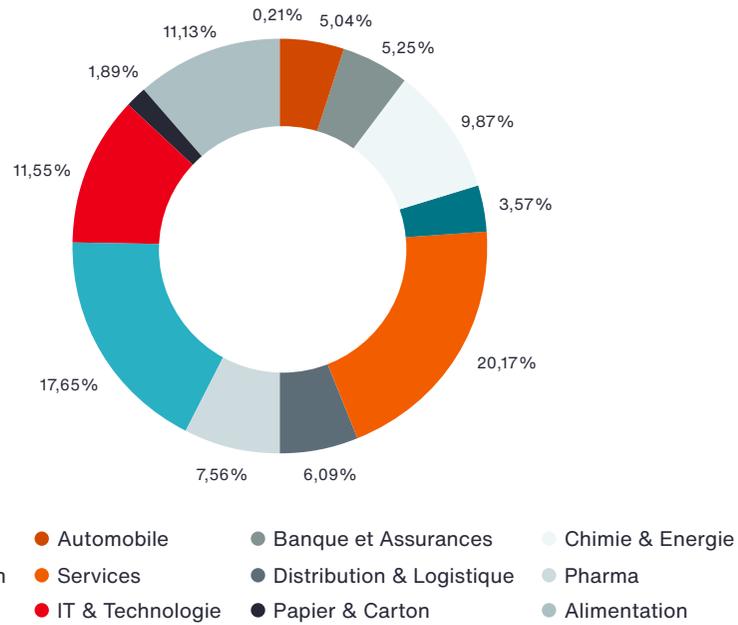
Dans nos études précédentes, nous avons demandé de manière proactive à nos clients s'ils souhaitent participer à l'étude. La liste complète des participants avait été publiée dans le rapport. En raison des exigences plus strictes en matière de vie privée et de confidentialité de la législation GDPR, nous avons modifié notre approche pour cette version. Les employés d'Aon ont eux-mêmes introduit les données anonymisées de leurs clients dans la base de données. Les entreprises ont été classées selon le secteur dans lequel elles opèrent, le nombre de travailleurs et la catégorie de personnel. Cela nous a permis d'inclure dans cette étude les données de 320 entreprises et de 476 plans.

Répartition par nombre de travailleurs

- 0-49
- 50-249
- 250-....

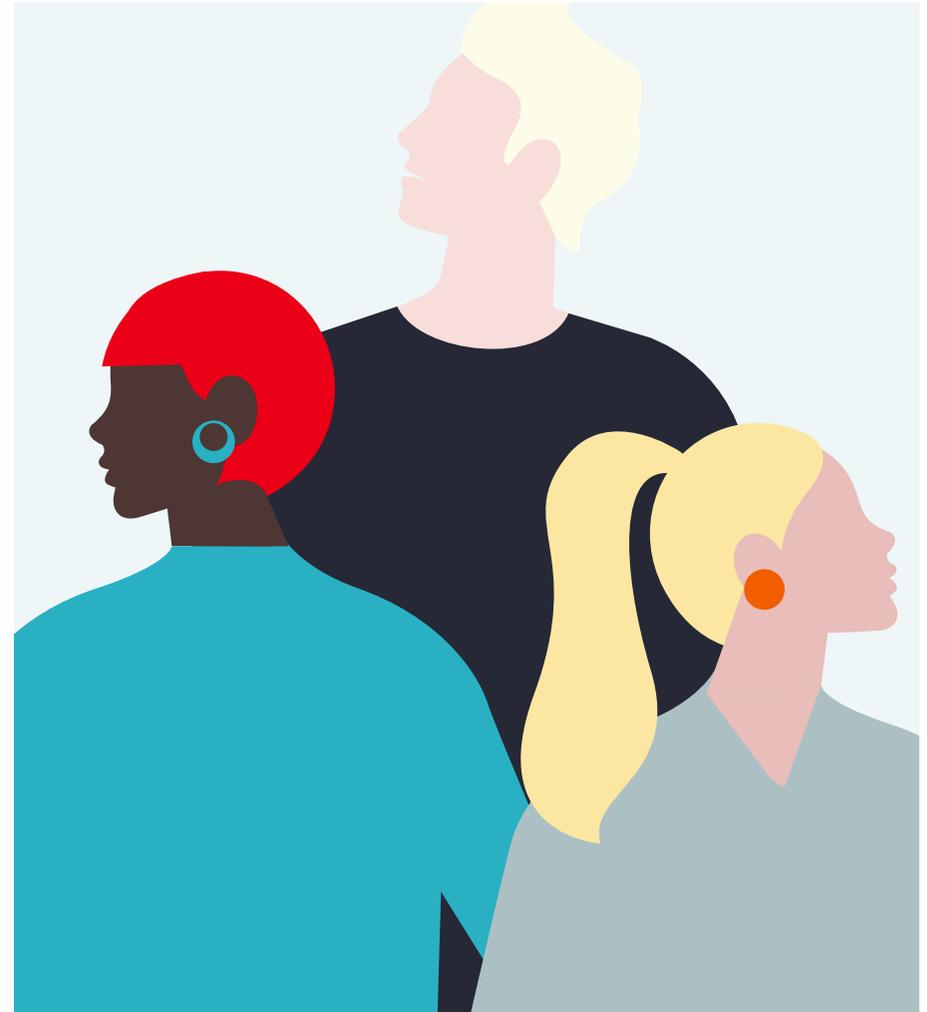


Répartition par secteur



Catégories

Nous concentrons cette étude sur quatre **catégories** distinctes de travailleurs : les membres de la direction, les cadres, les employés et les ouvriers.



3.2 De quelle façon les entreprises assurent-elles leurs travailleurs en incapacité de travail ?

3.2.1 Benchmark incapacité de travail

3.2.1.1 Généralités

Garanties

L'assurance incapacité de travail peut être subdivisée en deux types de garanties :

Le "**revenu garanti**" proprement dit en cas d'incapacité de travail totale ou partielle. Cette garantie peut encore être subdivisée en trois selon la cause de l'incapacité de travail :

- Une maladie ;
- Un accident de la vie privée ;
- Un accident du travail.

👉 **Conseil** : la garantie "congé de maternité" est généralement incluse dans la garantie maladie. Dans les anciens règlements, cette garantie n'est pas toujours prévue. De même, les maladies liées au stress, comme le burn-out, ne sont pas toujours automatiquement assurées. Vérifiez votre règlement et, en cas de doute, **contactez** votre conseiller Aon.

Le revenu garanti est payé à l'assuré sous forme de rentes. Celles-ci complètent l'indemnité de la sécurité sociale.

La couverture accident du travail prévoit une indemnité complémentaire en plus de l'assurance légale accident du travail.

La couverture "**exonération des primes**". Grâce à cette couverture, le paiement des primes retraite et/ou décès est pris en charge par la compagnie d'assurance en cas d'incapacité de travail.

L'assurance collective incapacité de travail tient compte directement ou indirectement des indemnités de la sécurité sociale. Les plans qui intègrent directement cette indemnité sont appelés "**plans offset**", les autres sont appelés "**plans step rate**".

Nombre de plans repris dans l'échantillon

Nous avons analysé les plans invalidité de 320 entreprises.

Ces plans peuvent couvrir une ou plusieurs catégories de leur personnel.

Nous avons ainsi analysé les 4 catégories suivantes :

- Direction ;
- Cadres ;
- Employés ;
- Ouvriers.

⚠ **Remarque** : un même plan peut s'appliquer à plusieurs catégories de personnel. Par exemple, un plan destiné aux employés inclut souvent aussi les cadres et la direction. L'inverse n'est pas vrai : un plan destiné à la direction ne s'applique qu'aux membres de la direction.

Par garantie

La plupart des entreprises ont souscrit à la fois une police revenu garanti et une police exonération des primes pour leurs travailleurs. Dans un certain nombre de plans, on constate qu'une seule des deux garanties a été souscrite.

La répartition est la suivante :

Répartition par garantie

Revenu garanti + exonération des primes	80,60% des plans
Uniquement exonération des primes	10,20% des plans
Uniquement revenu garanti	9,20% des plans

3.2.1.2 Couvertures

La couverture revenu garanti peut être subdivisée en quatre causes différentes qui sont à la base de l'incapacité de travail temporaire ou permanente.

La répartition entre les différents plans est la suivante :

Couvertures incapacité de travail	
Maladie, congé de maternité, accidents de la vie privée et accidents du travail	45,80%
Maladie, congé de maternité et accidents de la vie privée	34,90%
Maladie, accidents de la vie privée et accidents du travail	9,40%
Maladie et accidents de la vie privée	1,50%
Maladie et congé de maternité	5,80%
Maladie	2,40%
Maladies et accidents du travail	0,20%

⚠ **Attention** : la garantie congé de maternité est ici énumérée séparément. Dans certains règlements, cette garantie n'est pas explicitement mentionnée dans les conditions particulières, mais incluse dans la garantie maladie. Dans 13,5% des plans, surtout les plus anciens, on constate que le congé de maternité n'est pas encore assuré.

Votre **conseiller** Aon peut examiner votre plan et ajouter cette garantie si vous le souhaitez.

3.2.1.3 Délai de carence

Les règlements prévoient toujours un délai de carence de minimum 1 mois. Pendant les 30 premiers jours d'incapacité de travail, l'employeur est dans la plupart des cas tenu de continuer à verser 100% du salaire.

Les employés engagés pour une durée indéterminée, une durée déterminée ou un travail bien défini d'au moins 3 mois ont droit au maintien du paiement de leur salaire normal pendant 30 jours.

Pour les employés engagés pour une durée déterminée ou un travail bien défini de moins de 3 mois et pour les ouvriers, la réglementation est différente. Pour plus d'information, veuillez consulter le site internet du gouvernement belge :

Suspensions du contrat de travail - maladie et accidents - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (belgique.be)

⚠ **Remarque** : l'harmonisation était prévue dans l'accord de gouvernement Michel I. Or, ce gouvernement est tombé prématurément, si bien qu'elle n'est plus approuvée. Dans le nouvel accord de gouvernement De Croo I, cette harmonisation n'est plus prévue.

Ce n'est qu'à l'issue du délai de carence que le travailleur peut faire appel à l'assureur, à condition que l'incapacité de travail soit reconnue. La reconnaissance de l'incapacité de travail par l'INAMI n'implique pas nécessairement la reconnaissance par l'assureur.

Un délai de carence plus long entraîne bien entendu une prime d'assurance moins élevée. Pendant la période d'attente, l'employeur paie souvent lui-même le complément de salaire. Le risque pour l'assureur devient de la sorte plus faible car la période d'indemnisation est plus courte voire inexistante.

Ainsi, les taux de prime pour des délais de carence de 2, 3, 6 et 12 mois sont respectivement d'environ 10%, 20%, 30% et 40% inférieurs à ceux pour un délai de carence d'1 mois.

Certains employeurs optent délibérément pour un délai de carence supérieur à 1 mois pour éviter les tracasseries administratives en cas d'absences relativement courtes.

Nous constatons que, depuis l'enquête de 2004, le nombre de plans prévoyant un délai de carence d'1 mois est passé de 42 à 77,5%.

Délai de carence	2004	2009	2015	2022
1 mois	42%	60%	73%	77,50%
3 mois	20%	13%	10%	6,30%
6 mois	15%	10%	6%	7,20%
1 an	14%	9%	5%	4%
Autre	9%	8%	6%	5%
Total	100%	100%	100%	100%

Un délai de carence de plus d'un an est quasiment inexistant. Après tout, tant la Loi sur les Pensions Complémentaires (LPC) que la loi sur le contrôle des institutions de retraite professionnelle du 27 octobre 2006 imposent l'externalisation des prestations extralégales d'incapacité de travail à partir de la deuxième année d'incapacité de travail.

Remarque : dans l'accord de gouvernement Michel I, il était également prévu que la période de salaire garanti, actuellement de 30 jours, passerait à deux mois en 2016. Ce changement législatif est également resté lettre morte et n'a d'ailleurs pas été repris dans l'accord de gouvernement De Croo I

3.2.1.4 Indexation

Les rentes versées sont indexables annuellement sur base d'un pourcentage prédéterminé, à partir de la deuxième année d'incapacité. L'indemnité conserve ainsi sa valeur réelle en cas d'incapacité de travail de longue durée. L'indexation est également un paramètre important dans la détermination du coût de l'assurance revenu garanti. Plus l'indexation est élevée, plus le coût de la couverture est cher.

Indexation de la rente	2004	2009	2015	2022
0,00%	49,00%	39,00%	43,00%	35,50%
2,00%	18,00%	33,00%	36,00%	45,60%
3,00%	20,00%	21,00%	15,00%	16,60%
Autre	13,00%	7,00%	6,00%	2,30%
Total	100%	100%	100%	100%

Remarque : 35,5% des plans ne prévoient pas l'indexation de la rente payée. En cas d'invalidité permanente, ceci peut avoir des conséquences dramatiques pour le travailleur qui se voit confronté à une diminution de son pouvoir d'achat. Aon conseille aux entreprises de prévoir une indexation de 2%. Ceci est conforme à l'objectif de la Banque centrale européenne de maintenir l'inflation "en dessous mais proche de 2%" à moyen terme.

3.2.1.5 Age terme

L'âge terme d'un plan signifie la fin du paiement de la rente. 60% des plans prévoient encore un âge terme de 65 ans. 2,50% des plans prévoient en outre encore un âge terme de 60 ans. Dans les nouveaux plans ou les plans modifiés, l'âge terme est toujours de 67 ans. Nous constatons que ce pourcentage s'élève désormais à 37% des plans analysés. Il s'agit d'une évolution logique compte tenu du relèvement de l'âge légal de la pension à 66 ans en 2025 et à 67 ans en 2030.

Attention : Il est important que l'âge terme du plan d'incapacité de travail corresponde à l'âge légal de la pension. Il s'agit d'éviter que les travailleurs qui **continuent à travailler après la date d'échéance du contrat** soient démunis en cas d'incapacité de travail.

Votre **consultant** Aon peut vous conseiller à ce sujet et, si nécessaire, effectuer une étude de marché pour vous proposer la meilleure couverture au meilleur prix.

3.2.1.6 Paiement de la prime

Plus de 95% des entreprises prennent en charge l'intégralité de la prime liée à l'assurance incapacité de travail. **Seuls 4,40% des plans prévoient une participation du travailleur.**

3.2.1.7 Formules

Step rate

La formule step rate est principalement utilisée pour la couverture **maladie et accident de la vie privée**. La rente assurée constitue un complément à l'indemnité légale de la **sécurité sociale**, qui est basée sur le salaire plafonné du travailleur.

Une **formule step rate** complète cette indemnité légale avec un certain pourcentage du salaire plafonné (noté S1), augmenté d'un pourcentage plus élevé appliqué à la partie du salaire qui dépasse le plafond (noté S2).

En formule, ceci est généralement écrit comme suit :

$$x\% S1 + y\% S2$$

La différence entre x% et y% est généralement de 60%. Exemple : 15% S1 + 75% S2.

⚠ **Remarque** : en théorie, l'objectif d'un plan step rate est de prévoir un revenu de remplacement total de y% du salaire (dans l'exemple, 75%), en supposant que l'indemnité légale d'incapacité de travail s'élève à 60% du salaire plafonné. À partir de la deuxième année, cependant, **l'indemnité légale** varie en fonction de la situation familiale. La rente assurée ne correspond dès lors plus au pourcentage souhaité du salaire. Lorsque le contrat le prévoit, la rente augmente toutefois avec l'indexation.

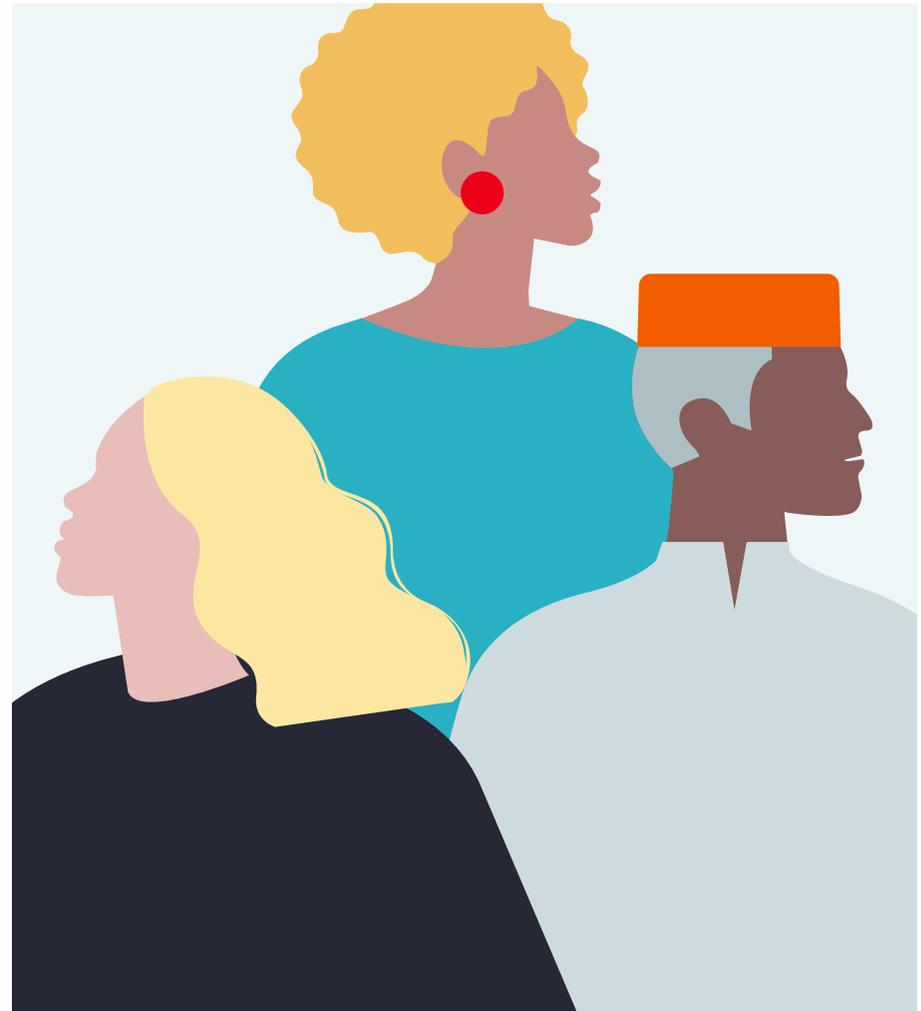
Offset

En cas de **maladie et d'accident de la vie privée**, la formule offset définit le revenu garanti complémentaire comme un pourcentage total du salaire du travailleur au début de l'incapacité de travail, diminué de l'indemnité de la sécurité sociale. Cela permet de maintenir le revenu de remplacement total au même niveau d'année en année.

En formule, ceci est généralement écrit comme suit :

$$x\% S - AMI$$

Exemple : 70% S - AMI



En cas d'**accident du travail**, la formule est construite comme un complément à l'**assurance obligatoire accident du travail**, qui est basée sur le salaire plafonné du travailleur au début de l'incapacité de travail.

En cas d'accident du travail, la formule est généralement une formule step rate, qui ne prévoit d'indemnité que pour la partie du salaire qui dépasse le plafond de l'assurance légale accident du travail (noté S3).

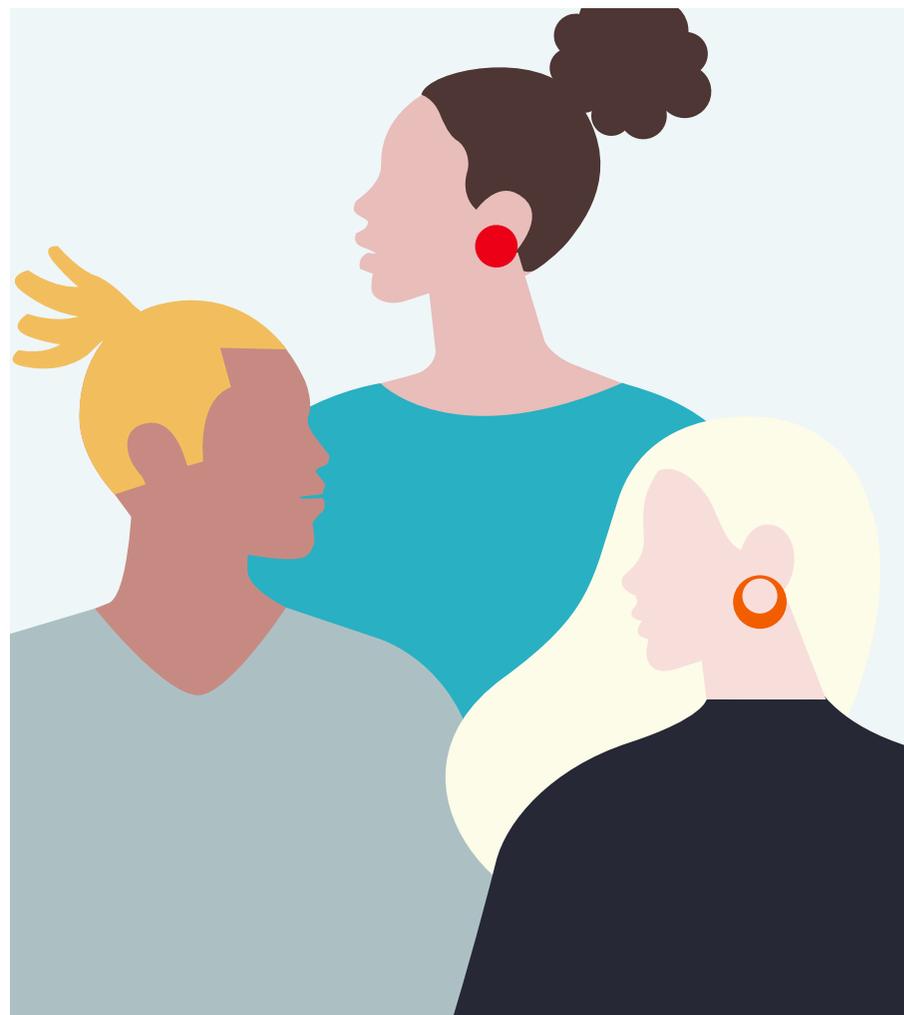
En formule, ceci est généralement écrit comme suit :

z% S3
Exemple : 70% S3

Rapport entre plans step rate et offset

Le rapport entre le nombre de plans offset et de plans step rate est resté assez stable par rapport à 2015. Dans le cas d'une formule offset, le travailleur sait qu'il bénéficiera d'un total de X% de son dernier salaire (indemnité légale + rente d'invalidité) tout au long de son incapacité de travail. Dans le cas d'une formule step rate, l'assuré verra le revenu de remplacement total modifié après 12 mois d'incapacité de travail. Une formule offset constitue donc le meilleur complément à l'indemnité de la mutuelle. Toutefois, cette formule est souvent plus coûteuse pour l'employeur.

Type de formule	2002	2004	2009	2015	2022
Forfaitaire	1%	1%	2%	2%	0%
Offset	29%	29%	21%	31%	27,30%
Step rate	70%	70%	77%	67%	72,70%



Niveau de la rente d'invalidité

Formule step rate maladie ou accident de la vie privée

Maladie	
0%S1 + 60%S2	1,70%
10%S1 + 70%S2	42,20%
20%S1 + 70%S2	4,30%
15%S1 + 75%S2	13,00%
20%S1 + 80%S2	24,30%
10%S	2,60%
20%S	1,45%
Autres	10,45%
Total	100,0%

Formule offset maladie ou accident de la vie privée

Maladie et accident de la vie privée	
70% - INAMI	51,50%
75% - INAMI	23,00%
80% - INAMI	24,60%
Autre	0,90%
Total	100,0%

Accident du travail

Accident du travail	
60%S3	3%
70%S3	46%
75%S3	11%
80%S3	33%
90%S3	2%
Autres	5%
Total	100,0%

3.2.1.8 Salaire de référence

Le salaire de référence utilisé pour la détermination de la rente d'invalidité constitue également un paramètre important.

En effet, un complément de 75% du salaire calculé sur un salaire annuel de 12 mois n'est pas la même chose que la même garantie calculée sur un salaire annuel de 13,92 mois. Le coefficient de salaire 13,92 a clairement pris le dessus en 2022, avec 50,40% de tous les plans.

Salaire de référence	2015	2022
12	28,80%	22,70%
13	15,80%	14,70%
13,85	3,80%	1,70%
13,90	3,00%	2,70%
13,92	38,50%	50,40%
14	NA	4,00%
Autres	10,10%	3,80%
Total	100,0%	100%

Nous constatons par ailleurs que des éléments qui composent le salaire variable sont aussi parfois intégrés dans la définition du salaire :

- Bonus : 2% des plans
- Commission : 3% des plans
- Prime d'équipe : 2% des plans.

Ces éléments ne sont toutefois pas souvent intégrés, car ils font également fluctuer la rente d'invalidité assurée. Dans des cas exceptionnels, cela peut même conduire à des formalités médicales.

3.2.1.9 Rente maximale assurée

La loi ne permet pas de percevoir plus de 100% du salaire brut en cas d'incapacité de travail (art.59 §1 3° CIR). Il s'agit ici de la somme des prestations versées par la mutuelle et de la rente complémentaire assurée. En pratique, cela signifie que l'assurance complémentaire en cas d'incapacité de travail admet une rente maximale de 80% du salaire brut diminuée de l'intervention de la mutuelle.

La plupart des contrats limite, en outre, le montant de la rente assurée. La limitation de la rente est imposée par le réassureur et varie généralement entre 75.000 EUR et 300.000 EUR.

⚠ Remarque : dans les plans très anciens, on observe parfois des plafonds (beaucoup) plus bas, ce qui fait que tout le monde n'est pas assuré pour la rente prévue, mais pour une rente limitée au plafond. Il s'agit assurément d'un point d'attention en particulier pour les plans en faveur de la direction.

3.2.2 Benchmark exonération des primes

3.2.2.1 Généralités

La souscription d'une couverture exonération des primes garantit la prise en charge du paiement des primes retraite et/ou décès par l'assureur lorsque le travailleur assuré tombe en incapacité de travail. L'employeur s'assure ainsi du maintien des couvertures retraite et décès en cas d'incapacité de travail de longue durée.

3.2.2.2 Garanties

L'exonération des primes est généralement souscrite en combinaison avec une couverture revenu garanti.

Répartition par garantie	
Revenu garanti + exonération des primes	80,60% des plans
Uniquement exonération des primes	10,20% des plans
Uniquement revenu garanti	9,20% des plans

80,60% des plans prévoient à la fois un revenu garanti et une exonération des primes. Les autres plans ne prévoient qu'une seule des deux couvertures pour la ou les catégories de travailleurs concernées.

3.2.2.3 Délai de carence, âge terme et paiement de la prime

La couverture exonération des primes étant en général associée à une couverture revenu garanti, les délais de carence, l'âge terme et la répartition de la prime sont souvent similaires.

Délai de carence exonération des primes	
1 mois	80,70%
2 mois	2,10%
3 mois	5,70%
6 mois	6,20%
1 an	5,10%
Autres	0,20%
Total	100,0%

L'employeur opte dans certains cas pour un délai de carence plus long afin de réduire les coûts. Cette mesure est souvent combinée avec le maintien du paiement de la prime de l'assurance de groupe pendant les premiers mois d'incapacité de travail. La question est de savoir s'il s'agit de la meilleure stratégie pour une entreprise, et en particulier si le coût moins élevé de la garantie exonération des primes compense le coût de la prime payée pour les travailleurs en incapacité de travail.

En outre, la question se pose de savoir comment réclamer la contribution personnelle en cas d'incapacité de travail de longue durée dans les plans où elle s'applique encore, puisque celle-ci ne peut plus être déduite du salaire.

Si l'employeur souhaite continuer à payer les primes en cas de maladie de longue durée, il est préférable de l'indiquer dans le règlement de travail, ainsi que la durée de paiement de ces primes.

3.2.3 Autres paramètres

Dans le chapitre consacré à la couverture incapacité de travail, nous avons comparé différents paramètres (délai de carence, terme, niveau de couverture, etc.). Outre ces paramètres quantifiables, d'autres aspects peuvent influencer la couverture (et le tarif proposé par l'assureur).

Voici une liste non exhaustive de ceux-ci :

Les exclusions

Tous les contrats d'assurance prévoient des exclusions dites classiques telles que :

- Les maladies ou accidents et leurs conséquences pour l'assuré s'il était en état d'ivresse ou sous l'influence de la boisson ;
- Les actes intentionnels de l'assuré ;
- Les sinistres survenus à la suite d'émeutes ;
- La participation volontaire à un crime ou à un délit ;
- Les sinistres résultant d'une guerre ;
- ...

A côté de ces exclusions classiques, chaque assureur prévoit dans ses conditions générales des exclusions complémentaires plus spécifiques telles que :

- Les sinistres résultant d'une activité sportive rémunérée ;
- Les tentatives de suicide ;
- La pratique de la navigation aérienne ;
- La pratique de sports dangereux.

L'application des formalités médicales et le degré d'exclusion des conditions préexistantes déterminent également la prime.

Le calcul de la rente pour les temps partiel.

Pour les travailleurs à temps partiel, les assureurs utilisent deux méthodes différentes pour calculer la rente :

- Rente calculée sur base du salaire proratisé ;
- Rente calculée sur base du salaire à 100% et ensuite proratisée.

Pour les formules de type step rate $X\% S1 + Y\% S2$, cela peut avoir un impact important sur le montant de la rente qui sera octroyée (pour les personnes dont le salaire à 100% est supérieur au plafond). La deuxième méthode de calcul offrira un montant plus élevé à l'assuré que la première.

Les maladies psychologiques

Celles-ci ne sont pas couvertes de la même manière dans tous les plans.

Certains assureurs limitent la couverture dans le temps pour toutes les maladies psychologiques (2 à 3 ans). Les maladies liées au stress ne figurent pas toujours dans la liste des maladies assurées. Les anciens plans prévoient encore parfois l'obligation de présenter des symptômes objectifs et le diagnostic obligatoire d'un psychiatre pour que le sinistre soit accepté par l'assureur.

Dans les nouveaux plans, nous observons souvent une prise en charge illimitée pour une liste exhaustive de maladies psychologiques (par exemple, la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'anorexie...), et une prise en charge limitée dans le temps (généralement 2 ans) pour les autres maladies psychologiques telles que le burn-out, le SFC, la fibromyalgie et la dépression.

Nous y reviendrons en détail dans le chapitre consacré au **burn-out et à la réintégration**.

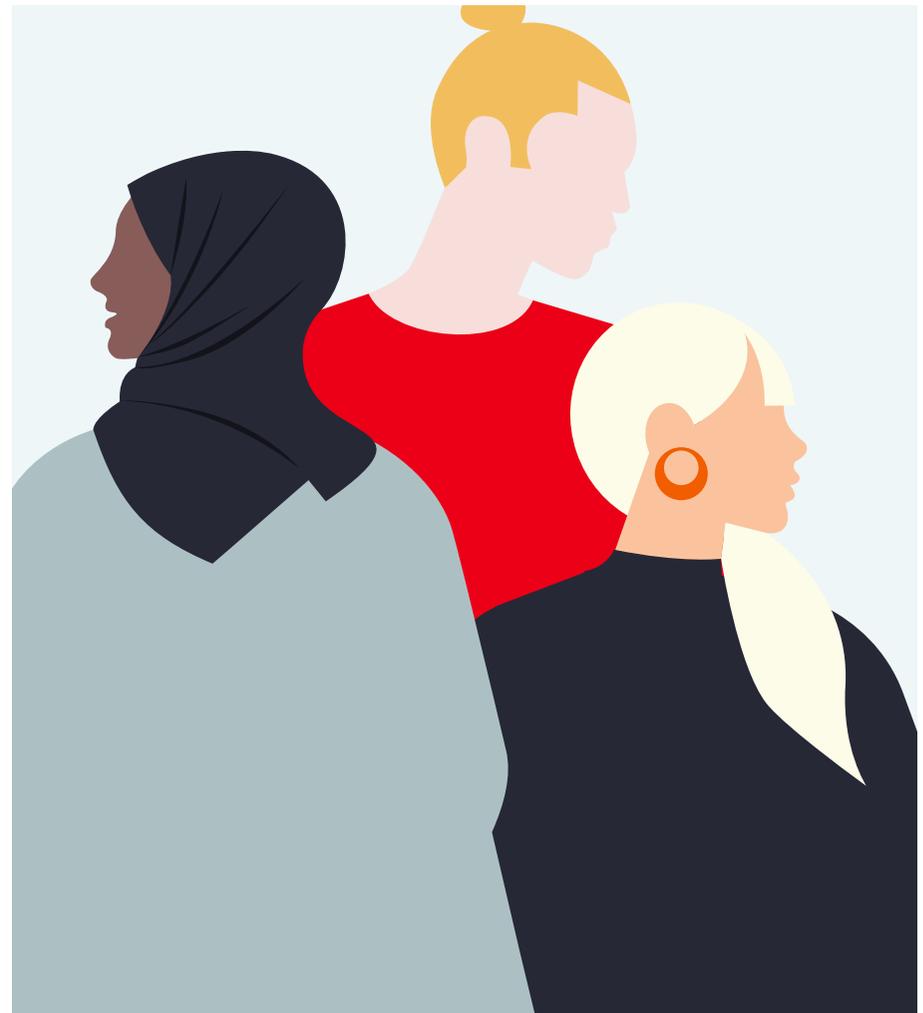
Le taux d'incapacité minimum

La majorité des assureurs intervient à partir d'un taux d'incapacité de travail de 25% et ce selon le principe du prorata. A partir de 67%, l'incapacité est considérée comme totale.

L'interruption de carrière (crédit de temps motivé, congé parental, ...)

Ici également, en fonction de votre contrat et de l'assureur, des différences peuvent apparaître. Certains contrats vont maintenir la couverture pendant l'interruption de carrière (pour une durée limitée), d'autres vont la proratiser voire la suspendre.

Chez un certain nombre d'assureurs, nous avons vu apparaître dans des contrats récents une clause stipulant que la couverture est maintenue en cas d'incapacité de travail débutant pendant une période de crédit-temps de maximum 1 an. A l'issue de la période de crédit-temps prévue et du délai de carence, la rente est payée sur base du salaire assuré.



3.3 Les résultats : classement revenu garanti

L'objectif de ce chapitre est de donner un aperçu du niveau du revenu garanti et du coût qui en résulte pour l'employeur. Le classement est totalement anonyme, mais pour toute une série de plans-types, nous marquerons leur position dans le classement.

Mode de calcul

Pour notre classement, nous avons déterminé un certain nombre d'hypothèses et de profils-types de travailleurs, afin de pouvoir y inclure tous les plans étudiés avec ces paramètres.

Paramètres

- Revenu garanti en cas de maladie ;
- Rente assurée en cas d'incapacité de travail avec un délais de 12 mois ;
- Plafond INAMI au 1/1/2022 (48.234,33 EUR) ;
- 4 profils-types de travailleurs, mariés sans charge de famille, âgés de 40 ans :
 - Membre de la direction : salaire mensuel brut de 8.100 EUR ;
 - Cadre : salaire mensuel brut de 5.750 EUR ;
 - Employé : salaire mensuel brut de 3.950 EUR ;
 - Ouvrier : salaire brut mensuel 3.100 EUR.

Les salaires ainsi sélectionnés ne sont pas nécessairement représentatifs pour votre entreprise.

Symboles

- S_m = le salaire mensuel brut ;
- S = le salaire de référence, égal à un multiple de S_m ;
- S_1 = la partie du salaire de référence S limitée au plafond INAMI ;
- S_2 = la partie du salaire de référence S qui dépasse le plafond INAMI.

Comparaison du taux de remplacement du revenu garanti

Par taux de remplacement, nous entendons le rapport entre le revenu garanti mensuel et le dernier salaire mensuel brut. Nous indiquerons ce rapport à la fois pour le revenu garanti complémentaire et pour le revenu garanti total (partie légale et extralégale).

Nos "personnes-cobayes" tomberont en incapacité de travail à l'âge de 40 ans. Nous comparerons les différentes indemnités complémentaires après 1 an d'incapacité de travail.

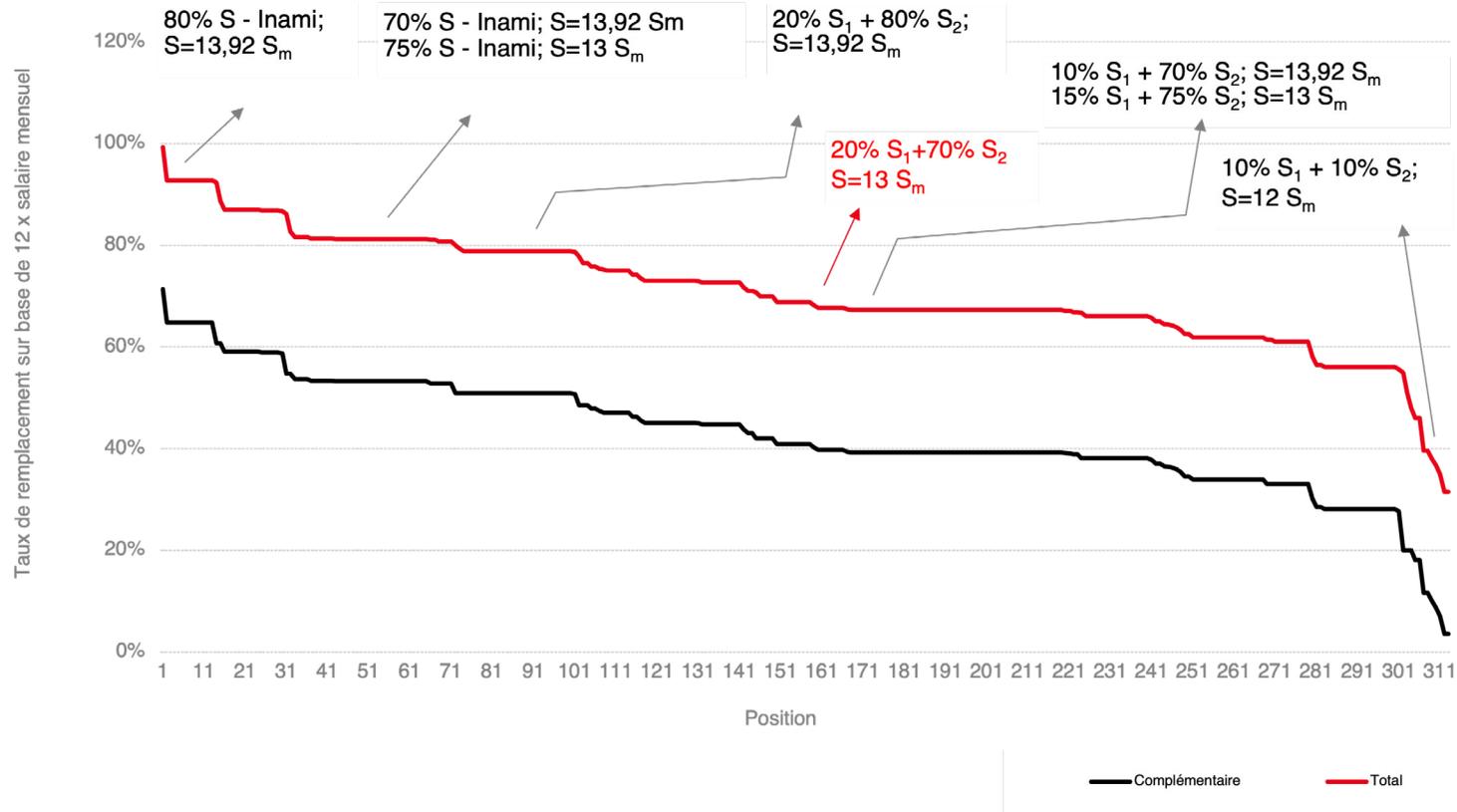
A partir de la deuxième année d'incapacité, l'indemnité légale pour nos personnes-cobayes est de 40% du salaire annuel, limité au **plafond INAMI**.

Pour chacun des quatre travailleurs, nous avons calculé le revenu de remplacement légal auquel ils ont droit, en fonction de leur salaire et de leur situation familiale :

- Membre de la direction : 1.607,8 EUR par mois ou un taux de remplacement de 19.9% ;
- Cadre : 1.607,8 EUR par mois ou un taux de remplacement de 28% ;
- Employé : 1.580 EUR par mois ou un taux de remplacement de 40% ;
- Ouvrier : 1.240 EUR par mois ou un taux de remplacement de 40%.

Dans les graphiques présentant les taux de remplacement, les pourcentages susmentionnés correspondent à la différence entre le taux de remplacement du revenu garanti complémentaire et le taux de remplacement du revenu garanti total.

Taux de remplacement cadre



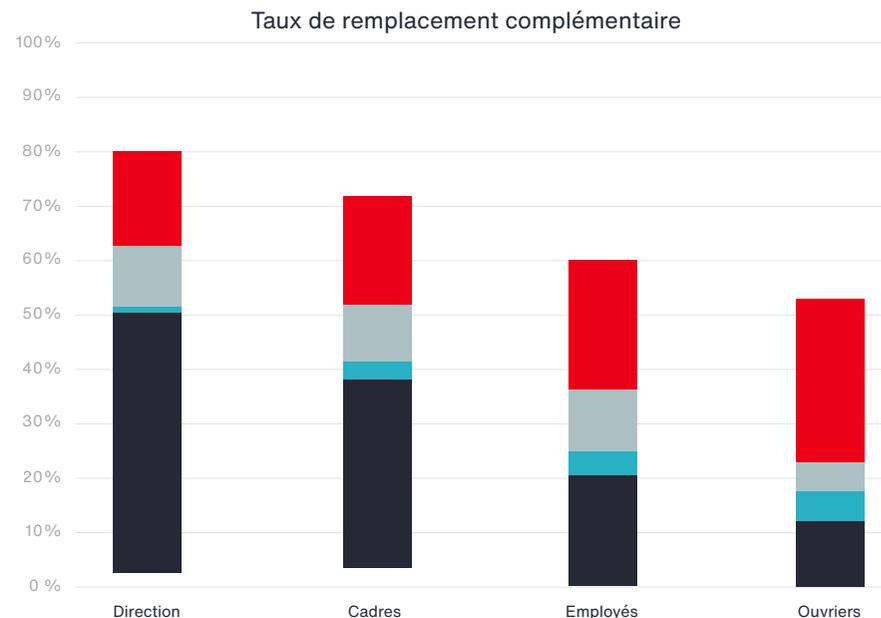
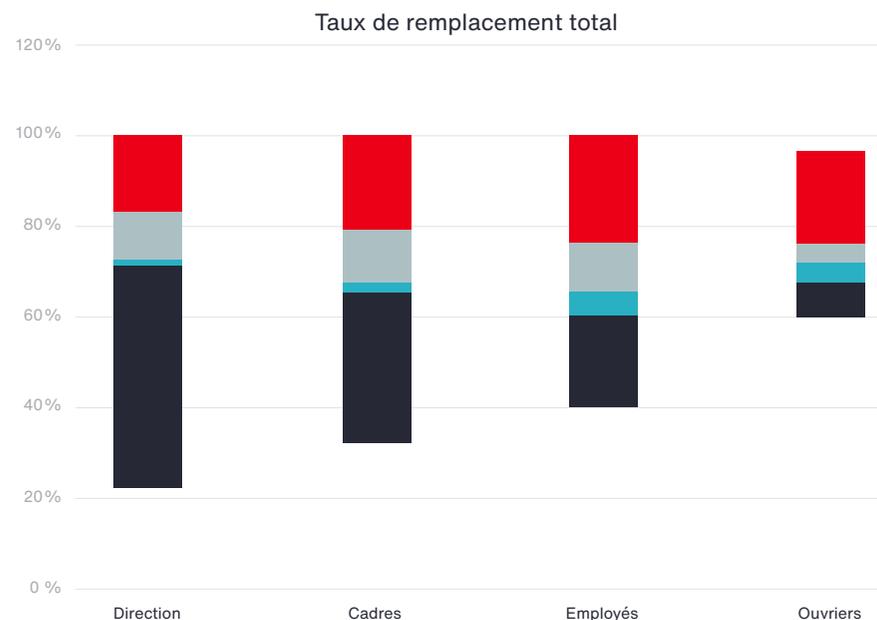
Cliquez [ici](#) pour accéder aux taux de remplacement des autres travailleurs.

Nous avons en outre établi un box-plot par catégorie tant pour le taux de remplacement total (indemnité légale + extralégale) que pour le taux de remplacement complémentaire seul.

Celui est interprété comme suit :

- Ligne du haut = 100^e percentile = meilleur plan ;
- Bloc rouge = plans entre le 75^e et le 100^e percentile ;
- Bloc gris = plans entre le 50^e et le 75^e percentile ;
- Bloc bleu = plans entre le 25^e et le 50^e percentile ;
- Bloc noir = plans en dessous du 25^e percentile.

Le taux de remplacement du plan médian est représenté par la ligne centrale de chaque graphique.



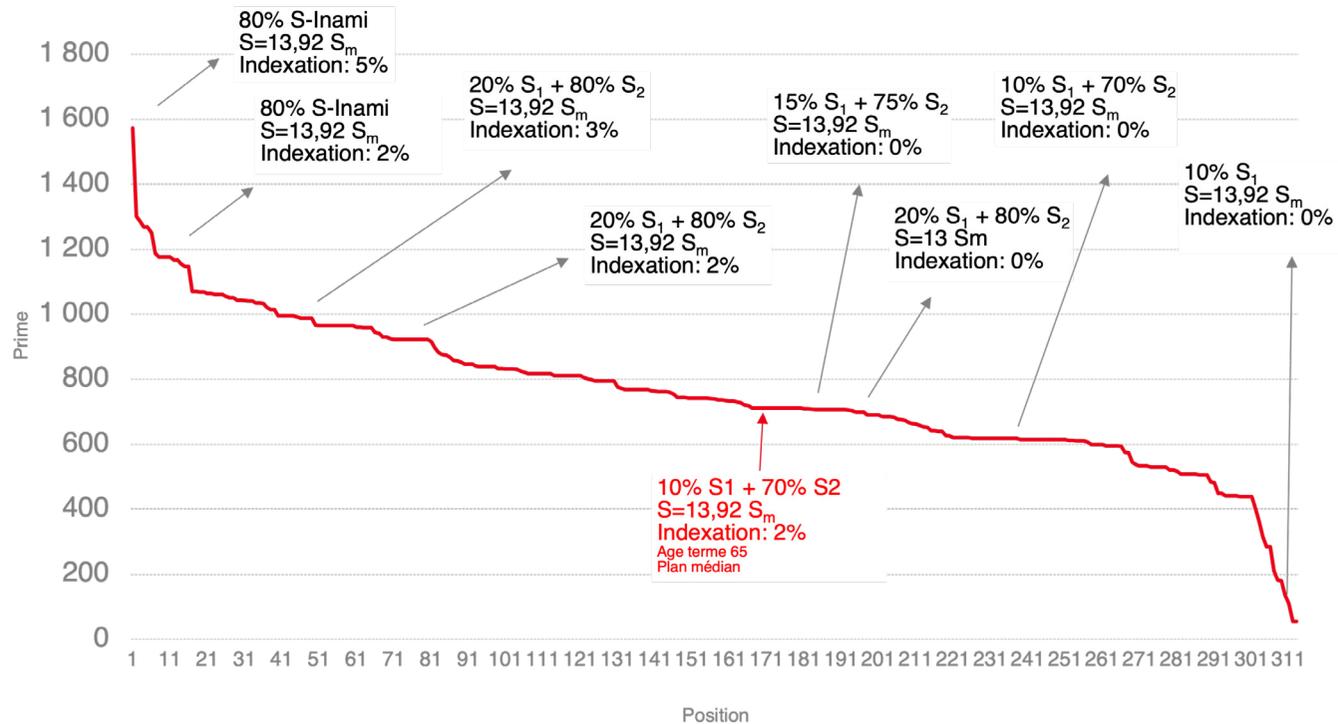
Comparaison de la prime

Le niveau de revenu garanti n'est évidemment pas le seul facteur prépondérant. L'âge terme et le pourcentage d'indexation sont également des facteurs importants, mais ils ne sont pas pris en compte dans la comparaison des avantages. C'est pour cette raison que nous comparons également la prime payée pour cette couverture.

Paramètres pour le calcul :

- Âge terme du plan (60, 62, 65 ou 67 ans) ;
- Indexation ;
- Délai de carence de 12 mois.

Prime cadre



Cliquez [ici](#) pour accéder aux primes des autres travailleurs.

Vous souhaitez savoir si votre propre plan d'invalidité est conforme au marché ? Les experts d'Aon sont à même de comparer le positionnement exact de ce dernier avec les 320 entreprises de notre échantillon.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

3.4 De quelle façon les entreprises assurent-elles leurs travailleurs en soins de santé ?

3.4.1 Généralités

Garanties

L'assurance frais médicaux englobe plusieurs garanties :

- L'assurance hospitalisation proprement dite qui couvre les frais engagés durant l'hospitalisation ;
- La couverture pré et post-hospitalisation qui prévoit le remboursement des frais ambulatoires liés à l'hospitalisation engagés x mois avant et x mois après l'hospitalisation proprement dite ;
- La couverture maladies graves qui prévoit une intervention pour tous les frais ambulatoires liés à certaines maladies.

Cette couverture de base est complétée dans la plupart des plans par des garanties optionnelles telles que :

- Un système de tiers payant : l'hôpital envoie immédiatement la facture à l'assureur qui la paie à l'hôpital ;
- Le rapatriement de l'étranger vers la Belgique en cas d'hospitalisation.

Un volet assistance en Belgique est en outre de plus en plus souvent présent (par exemple, courses, ménage, garde d'enfants, etc.).

La garantie "frais ambulatoires". Cette garantie prévoit le remboursement de certains frais médicaux qui ne sont pas liés à une hospitalisation ou engagés en dehors de la période pré et post. Il peut s'agir notamment du ticket modérateur résultant de visites chez le médecin et de l'achat de médicaments, mais aussi, par exemple, de soins dentaires, de verres et montures de lunettes. Nous constaterons plus loin dans ce rapport que ces garanties sont en augmentation.

Enfin, certains employeurs offrent à leur personnel une couverture collective de "**préfinancement**".

Nombre de plans repris dans l'échantillon

Total

Cette partie de l'étude concerne 277 entreprises disposant d'une ou plusieurs couvertures frais médicaux pour une ou plusieurs catégories de leur personnel.

Par garantie

Couvertures	
Hospitalisation	66,60%
Hospitalisation et soins ambulatoires	2,20%
Hospitalisation et soins dentaires	4,70%
Hospitalisation, soins ambulatoires et soins dentaires	26,50%
Total	100%

3.4.2 Benchmark hospitalisation

3.4.2.1 Catégories

Dans la plupart des cas, l'affiliation s'applique à tous les travailleurs. 5% des plans ne s'appliquent qu'à la direction et aux cadres. 3% des plans ne s'appliquent qu'aux ouvriers.

3.4.2.2 Conditions d'affiliation

Travailleur

Nous constatons que dans 95% des plans, l'affiliation est obligatoire pour le travailleur. En cas d'affiliation obligatoire, la prime est en principe intégralement à charge de l'employeur. En cas d'affiliation facultative, la prime est généralement entièrement ou partiellement à charge du travailleur lui-même.

Membres de la famille

L'affiliation des membres de la famille est prévue dans tous les plans. Dans 70,6% des cas, il s'agit d'une affiliation facultative par laquelle le travailleur choisit d'affilier ou non les membres de sa famille. Si l'affiliation est facultative, cela signifie généralement que les primes des membres de la famille sont entièrement ou partiellement supportés par le travailleur. L'étude ne permet toutefois pas de le confirmer, car certains assureurs n'indiquent pas qui paie les primes dans la police. Une affiliation facultative pourrait donc tout aussi bien signifier que l'employeur paie les primes pour les membres de la famille.

Pensionnés et travailleurs en RCC

Parmi les plans analysés, certains prévoient le maintien de l'affiliation des pensionnés (16% des plans). Pour les travailleurs en RCC, il s'agit même de 24% des plans.

L'affiliation des pensionnés à un plan collectif est en forte diminution. Cette diminution est principalement due au fait que les frais médicaux en général augmentent de plus en plus et que c'est particulièrement le cas pour les pensionnés étant donné le risque plus élevé d'hospitalisation. La charge des sinistres de ces pensionnés impacte lourdement la rentabilité de l'assurance et entraîne par conséquent des primes toujours plus élevées, y compris pour les affiliés actifs.

Proposer un plan aux travailleurs retraités peut également créer des complications en cas de rachat de l'entreprise ou de transfert du plan vers un autre assureur.

Remarque : grâce à la **loi Verwilghen**, il est également possible pour les salariés âgés de poursuivre l'assurance frais médicaux à un tarif acceptable sans formalités médicales. Il n'est donc plus nécessaire de maintenir les pensionnés dans le plan collectif.

3.4.2.3 Délais de carence et formalités médicales

Dans la plupart des plans hospitalisation collectifs, il n'y a pas de délai de carence ni de formalités médicales. C'est donc l'un des atouts majeurs d'un plan collectif, outre le droit à la poursuite individuelle. Un délai de carence, et éventuellement des formalités médicales, peuvent toutefois s'appliquer en cas d'affiliation tardive ou pour les très petits groupes.

3.4.2.4 Paiement et indexation des primes

De façon générale, l'employeur paie les primes en cas d'affiliation obligatoire, tandis que le travailleur paie les primes en cas d'affiliation facultative. Comme tous les assureurs n'indiquent pas dans les polices qui paie les primes, nous ne sommes pas en mesure de produire des statistiques exactes à ce sujet.

Les primes payées par l'employeur dans le cadre d'un engagement collectif frais médicaux ne sont pas déductibles à titre de frais professionnels dans le chef de l'entreprise. Le travailleur n'est quant à lui pas imposé sur cette prime patronale. De même, les primes personnelles payées dans le cadre de ce même engagement ne sont pas déductibles fiscalement.

La plupart des plans prévoient une indexation automatique de la prime à l'échéance. L'indexation se fait soit sur base de l'indice médical spécifique, soit sur la base de l'indice des prix à la consommation. La règle générale est que l'assureur appliquera l'indice médical si celui-ci est supérieur à l'indice des prix à la consommation.

L'assureur compare sur base régulière le montant total des sinistres et des primes perçues. Cela peut conduire à une augmentation de la prime s'il apparaît que les primes de ces dernières années ont été insuffisantes pour couvrir les sinistres.

3.4.2.5 Plafond de l'intervention

Près de 96% des plans offrent une couverture illimitée. Un nombre limité de plans, pour la plupart anciens, offrent encore une couverture limitée à 1, 2 ou 3 fois l'intervention de l'INAMI. Nous constatons que de nombreux employeurs ont changé leur plan ces dernières années pour adopter un plan plus moderne offrant des prestations illimitées : de 89% en 2015 à près de 96% de l'ensemble des plans aujourd'hui.

Plafond de remboursement	Hospitalisation
1 x INAMI	0,20%
2 x INAMI	0,90%
3 x INAMI	1,90%
Illimité	95,80%
Autres	1,20%
Total	100,00%

3.4.2.6 Franchise

Nous constatons que 31,8% des plans ne prévoient toujours pas de franchise. Dans 38,4% des cas, la franchise est identique pour tous les types de chambres. Dans 29,8% des cas, nous constatons une franchise différenciée, c'est-à-dire une franchise plus élevée ou uniquement d'application en cas d'hospitalisation (de jour) dans une chambre individuelle. Dans les plans les plus anciens, la franchise s'élève souvent à 125 ou 75 EUR quel que soit le type de chambre. Ces dernières années, on note une évolution vers une franchise différenciée, généralement de 125 ou 250 EUR pour une chambre individuelle.

Franchise	
Aucune	31,80%
Franchise identique pour tous les types de chambres	38,40%
125 EUR pour tous les types de chambres	16,60%
75 EUR pour tous les types de chambres	12,70%
Autres	9,10%
Franchise différenciée *	29,80%
Différenciée 0 /125 EUR	9,55%
Différenciée 0 / 75 EUR	3,90%
Différenciée 0/200 EUR ou 0/250 EUR	3,70%
Différenciée X/250 (X = 50, 75, 125 EUR)	4,70%
Autres	7,95%
Total	100%

* Le premier chiffre correspond à la franchise pour une chambre commune, le second chiffre à la franchise pour une chambre individuelle

⚠ Remarque : l'introduction d'une franchise différenciée contribue généralement à réduire le coût de l'assurance. **La loi** interdit en effet les suppléments de chambre et d'honoraires pour une chambre double ou commune. Cela a conduit ces dernières années à une forte augmentation des suppléments pour les hospitalisations en chambre individuelle. De nombreux employeurs choisissent par conséquent d'augmenter la franchise pour les hospitalisations (de jour) dans une chambre individuelle et de réduire, voire de supprimer, la franchise pour une chambre double ou commune.

Dans certains plans plus récents, au lieu d'une franchise par année d'assurance, une contribution personnelle par hospitalisation en chambre individuelle est appliquée. Une telle contribution personnelle par hospitalisation est une tendance récente : seuls 0,30% des plans prévoient une telle contribution personnelle au lieu d'une franchise sur base annuelle.

L'introduction d'une franchise différenciée ou d'une contribution personnelle par hospitalisation dans une chambre individuelle vise à encourager les travailleurs à faire un choix plus conscient entre une chambre individuelle ou commune. Les dépenses sont ainsi limitées et l'employeur évite ou réduit les augmentations des primes de son assurance hospitalisation.

3.4.2.7 Période pré et post-hospitalisation

La grande majorité des plans (plus de 75%) prévoit toujours la couverture des frais de pré et post-hospitalisation un mois avant et trois mois après l'hospitalisation. C'est la norme actuelle du marché. Nous constatons que plus de 20% des plans prévoient une période pré et post-hospitalisation de 2 et 6 mois. Il s'agit principalement d'employeurs qui, dans le cadre de leur politique de rémunération et de fidélisation, souhaitent offrir à leurs travailleurs une couverture plus large que l'employeur moyen.

Période pré	
1 mois	76,90%
2 mois	18,60%
3 mois	4,40%
Autres	0,10%
Total	100,00%

Période post	
3 mois	77,60%
4 mois	0,90%
6 mois	21,40%
Autres	0,10%
Total	100,00%

3.4.2.8 Maladies graves

Plus de la moitié des contrats actuels reconnaissent 30 maladies graves ou plus. Nous constatons que de nombreux employeurs ont adapté leurs contrats à cette nouvelle norme depuis 2015.

Nombre de maladies graves assurées	2015	2022
27	44,80%	34,10%
28 ou 29	3%	3,30%
30	34,20%	44,50%
31	3,30%	5,40%
32	3,80%	2,40%
Autres	10,90%	10,40%
Total	100%	100%

3.4.2.9 Système tiers-payant

Grâce au système de tiers payant, l'assureur paie la facture directement à l'hôpital. L'assuré n'a alors plus qu'à rembourser à l'assureur le montant de l'éventuelle franchise et des éventuels frais non couverts figurant sur la facture de l'hôpital.

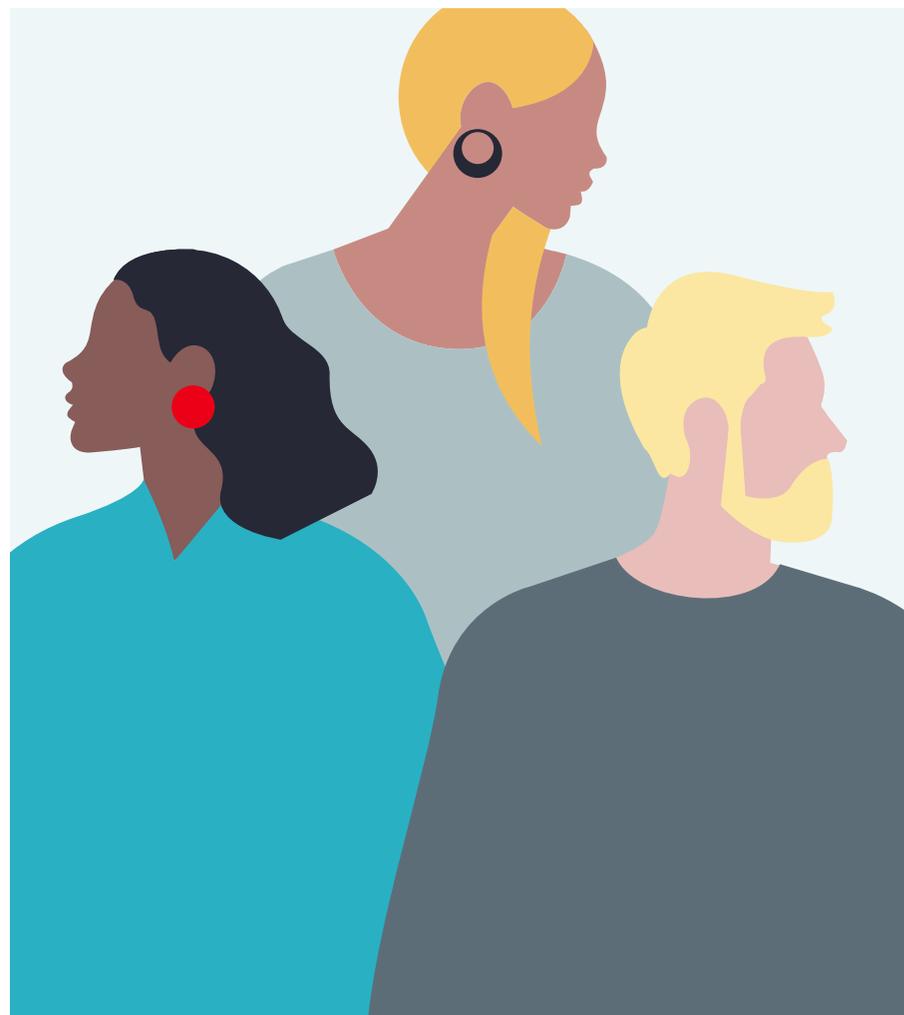
Compte tenu du succès des contrats à couverture "illimitée", le système tiers payant est devenu la norme.

La grande majorité des plans (90%) prévoient un tel système.

3.4.2.10 Assistance à l'étranger

La couverture assistance à l'étranger est prévue dans 97% des contrats.

Attention cependant, la plupart des plans excluent les séjours à l'étranger d'une durée supérieure à 3 mois consécutifs. Dans les plans modernes, on observe parfois une couverture de 6 mois consécutifs. Il est également important de savoir que certains assureurs limitent les remboursements à l'étranger à un montant forfaitaire ou à 50% des frais pour lesquels l'INAMI n'intervient pas.



Pour les contrats prévoyant un plafond de remboursement limité à 2 ou 3 fois l'INAMI, il faut également être attentif. En effet, dans certains pays, la mutuelle belge n'accorde pas de couverture et par conséquent, il n'y aura pas non plus de remboursement de la part de l'assureur.

En fonction de la durée du séjour et de la destination, il peut parfois être utile de souscrire une **couverture spécifique**.

3.4.2.11 Assistance en Belgique

Certains assureurs intègrent de manière standard la couverture "assistance en Belgique" dans leurs plans hospitalisation tandis que d'autres la proposent en option ou ne la proposent pas.

Il s'agit d'une couverture qui, en cas d'hospitalisation (et éventuellement après une hospitalisation), octroie une série de prestations telles que la garde d'enfants, une aide-ménagère, la garde d'animaux domestiques, un service de courses, etc.

Selon le contrat, des limites sont prévues en ce qui concerne le nombre d'heures prestées et la période pendant laquelle l'assistance peut être sollicitée.

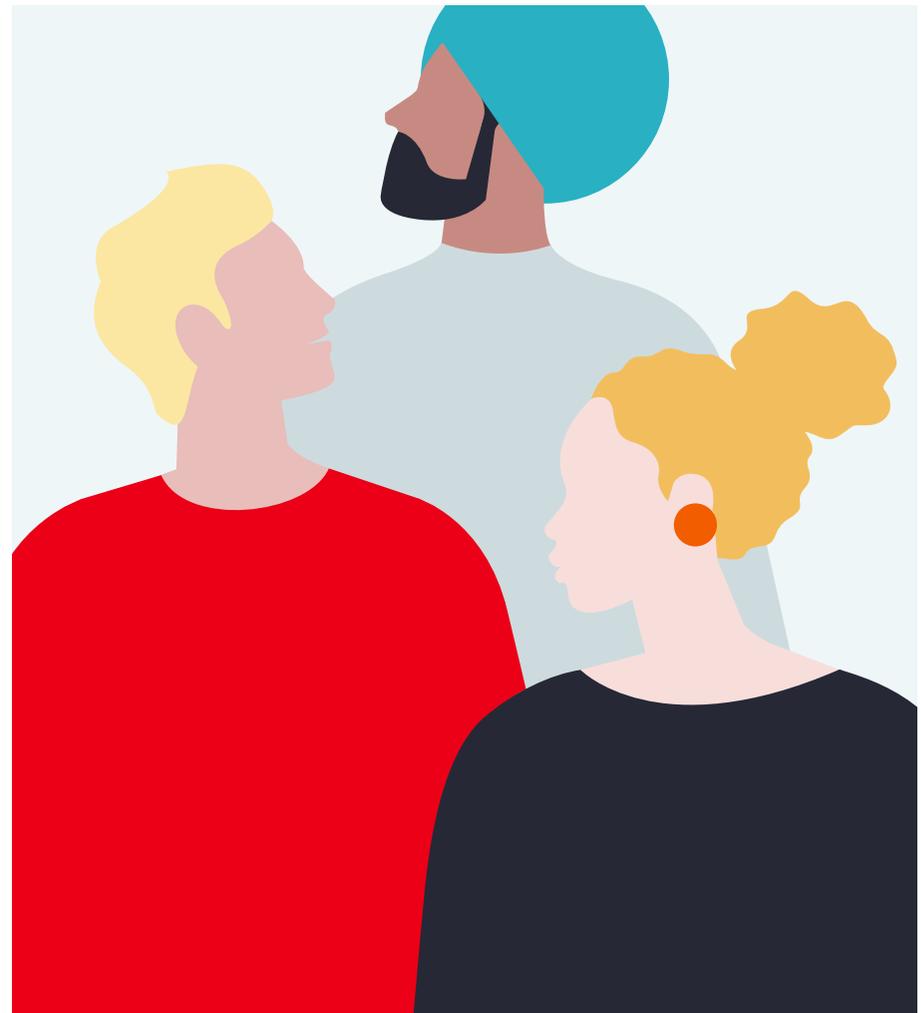
D'autres garanties peuvent également être prévues : soutien psychologique, consultations médicales en ligne, etc.

La couverture assistance en Belgique est aujourd'hui prévue par une petite minorité de contrats : 39,50% offrent une forme d'assistance en Belgique.

Afin de bénéficier de ces prestations, il est indispensable de contacter au préalable le service d'assistance de l'assureur. L'assureur organisera ensuite rapidement les prestations souhaitées.

3.4.2.12 Préfinancement

La **loi Verwilghen** oblige l'employeur à informer ses travailleurs de la possibilité d'un préfinancement. L'assureur n'est cependant pas obligé de proposer un produit de préfinancement. Les assureurs qui n'offrent pas de préfinancement proposent généralement une offre individuelle adaptée pour la poursuite individuelle, éventuellement avec des franchises plus élevées ou une contribution personnelle par hospitalisation, afin de pouvoir offrir un plan abordable également aux pensionnés. Nous constatons que 6% des plans prévoient un plan de préfinancement collectif.



3.4.2.13 Conclusion : un nouveau plan standard en 2022

Sur base de l'analyse de notre échantillon, nous pouvons conclure que le design d'un nouveau plan hospitalisation "conforme au marché" se présente comme suit :

- Affiliation obligatoire du membre du personnel et facultative des membres de la famille ;
- Pas de maintien de l'affiliation des pensionnés et des travailleurs en RCC dans le plan collectif ;
- Plafond d'intervention illimité ;
- Franchise différenciée de 0/125 EUR ou 0/250 EUR ;
- Couvertures :
 - Hospitalisation ;
 - Pré et post : 1 mois - 3 mois ;
 - 30 maladies graves ou plus ;
 - Assistance à l'étranger avec rapatriement ;
 - Système tiers payant.

3.4.3 Benchmark soins ambulatoires et soins dentaires

3.4.3.1 Types de plans

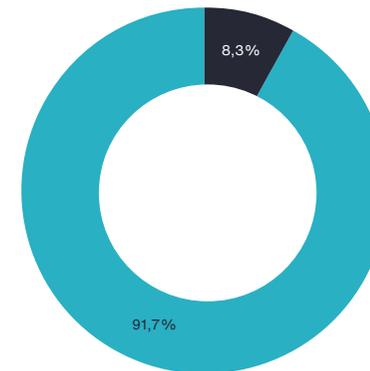
Nous distinguons trois formes de plans soins ambulatoires :

- Soins ambulatoires :
 - Consultations chez le médecin et les spécialistes, prestations paramédicales (par exemple, physiothérapie...), médecine alternative, médicaments, dispositifs médicaux, soins optiques (montures, verres, lentilles).
- Soins dentaires :
 - Traitements dentaires, traitements orthodontiques, prothèses dentaires, bridges, couronnes et implants.
- Combinaison de soins ambulatoires et de soins dentaires.

Le taux de remboursement global est généralement de 80%, parfois de 100%, des frais après déduction de l'intervention de la mutuelle. Un certain nombre d'assureurs imposent des restrictions spécifiques au taux de remboursement ou un montant maximal pour, par exemple, pour les prothèses dentaires, les montures de lunettes, etc.

Taux de remboursement

- 80% moins intervention de la mutuelle
- 100% moins intervention de la mutuelle

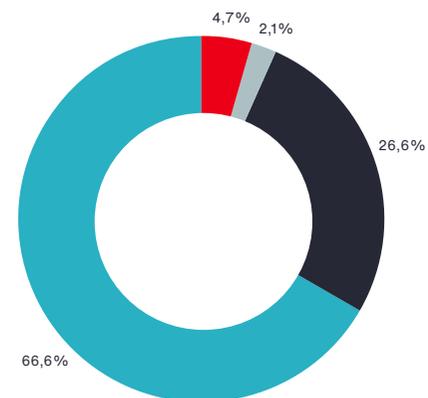


Les différents assureurs appliquent plus ou moins les mêmes conditions. Nous constatons des différences dans les taux de remboursement de la médecine alternative, par exemple, ou dans l'intervention pour les prothèses dentaires ou les montures de lunettes.

Nous remarquons que ces garanties sont en augmentation : alors qu'en 2015, 18,7% des plans prévoient une garantie soins ambulatoires et/ou soins dentaires, en 2022 nous sommes passés à 33,4% des plans.

Soins ambulatoires en 2022

- Soins dentaires
- Soins ambulatoires + soins dentaires
- Soins ambulatoires
- Pas d'offre



3.4.3.2 Conditions d'affiliation

Les conditions d'affiliation d'une assurance soins ambulatoires et/ou soins dentaires ne sont pas toujours identiques à celles d'une assurance hospitalisation. Il est parfaitement possible qu'un plan hospitalisation rende l'affiliation obligatoire tant pour le travailleur que pour les membres de sa famille, mais que le plan soins ambulatoires prévoit une affiliation facultative pour les membres de la famille, la prime pour les membres de la famille étant à charge du travailleur.

Nous constatons également de plus en plus une tendance à souscrire un plan soins ambulatoires et/ou dentaires dans le cadre d'une politique de rémunération flexible de l'employeur. Le sacrifice salarial, par exemple, permet de créer un budget qui donne au travailleur accès à un certain nombre d'avantages d'une manière fiscalement plus avantageuse que s'il devait les payer par le biais du salaire net. Dans ce type de plan, l'affiliation est généralement facultative, tant pour le travailleur que pour les membres de sa famille. Comme les assureurs veulent éviter que les travailleurs/membres de la famille ne s'affilient qu'une fois qu'ils sont certains de devoir engager certains frais, des conditions supplémentaires y sont généralement rattachées. L'assureur imposera par exemple que l'affiliation reste en vigueur pendant 3 ans ou qu'un refus d'affiliation est définitif.

Remarque : on constate que la rentabilité de ces plans entièrement flexibles est moindre que celle des plans où l'affiliation du travailleur et éventuellement des membres de sa famille est obligatoire. Cela est dû à l'antisélection qui se produit inévitablement dans un plan à affiliation facultative. La question est donc de savoir comment les assureurs traiteront à l'avenir les plans entièrement facultatifs et quelles primes y seront appliquées à long terme.

3.4.3.3 Délais de carence

Dans le cadre d'un plan collectif soins ambulatoires et/ou soins dentaires, il n'y a généralement pas délai de carence d'application lors de l'affiliation.

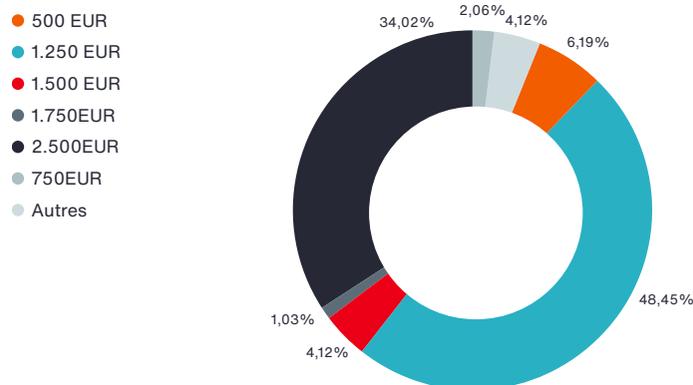
Des délais de carence s'appliquent toutefois parfois pour des garanties spécifiques, par exemple pour des prothèses dentaires ou entre deux montures de lunettes.

L'introduction d'un délai de carence général dans le contrat réduit le risque d'antisélection, en particulier dans le cas d'un plan facultatif où l'affiliation ne s'opère pas toujours jusqu'au terme, mais la plupart du temps par blocs de 3 ans.

3.4.3.4 Plafond de l'intervention

De façon générale, un plafond global d'intervention s'applique par assuré et par année d'assurance. Ce plafond s'élève généralement à 1.250 ou 2.500 EUR.

Plafond soins ambulatoires



3.4.3.5 Franchise

Seuls 13,5% des plans soins ambulatoires et/ou soins dentaires prévoient une franchise sur une base annuelle. Cela permet de réduire le coût de la garantie pour l'employeur et le travailleur.

Cette franchise s'élève généralement à 75 EUR. Dans quelques cas, nous constatons une franchise est de 125 ou 250 EUR.

3.4.3.6 Conclusion : les soins ambulatoires et dentaires sont-ils établis sur le marché en 2022 ?

Par rapport au Benefits Survey de 2015, nous constatons une augmentation de 80% du nombre de plans couvrant les soins ambulatoires et/ou soins dentaires : de 18,7% à 33,4% des plans.

Cela signifie que 2/3 des employeurs ne proposent pas encore ces garanties dans le cadre d'une politique de rémunération et de fidélisation attrayante ou dans le cadre d'une offre de rémunération flexible.

Les avantages d'un plan soins ambulatoires et/ou dentaires sont analysés plus en détail dans le chapitre **Tendances et évolutions du marché**.

4. Tendances et évolutions du marché

4.1 La couverture "soins ambulatoires", un atout du package salarial

L'assurance hospitalisation prévoit une couverture pour les "gros risques" de la vie (hospitalisation, période pré-post, maladies graves).

L'assurance soins ambulatoires offre une sécurité importante pour les plus petits risques du quotidien.

→ Complémentarité des deux couvertures.

Fréquence

2015 : 18,7% des plans offraient une couverture soins ambulatoires à leur personnel.

2021 : **33,4% des plans offrent cette couverture.**

La couverture hospitalisation fait partie intégrante du package salarial depuis de nombreuses années.

La couverture soins ambulatoires n'était pas encore aussi répandue en 2015.

Elle fait cependant une poussée fulgurante ces quelques dernières années car perçue comme un réel atout du package salarial, mis en avant par les travailleurs eux-mêmes lors des négociations d'entreprise 2019-2020 et 2021-2022.

Ces "petits risques" (visite chez le médecin, médicaments, frais dentaires, frais d'optique...) peuvent représenter un budget conséquent pour le travailleur et sa famille (540 EUR par personne en moyenne). D'où l'attrait grandissant pour la couverture soins ambulatoires ayant un effet immédiat sur les finances personnelles.

Finalement, plusieurs Commissions Paritaires, auxquelles appartiennent de nombreuses sociétés en Belgique, prévoient par CCT l'augmentation de l'enveloppe salariale consacrée aux avantages extralégaux. La couverture soins ambulatoires est dès lors une excellente piste.

Avantages

- Satisfaction et rétention des travailleurs ;
- Pouvoir d'attractivité de nouveaux collaborateurs ;
- Protection complète des risques de santé ;
- Plus intéressant en "net" qu'une augmentation salariale (aussi bien pour l'employeur que pour le travailleur) ;
- Extension aux membres de la famille à un tarif attractif ;
- Affiliation souvent sans formalités médicales, ni stages d'attente et sans exclusions des affections préexistantes.

La couverture soins ambulatoires comme alternative à une augmentation de salaire

Offrir un plan soins ambulatoires permet à l'employeur de satisfaire son personnel à moindre coût.

Le travailleur, quant à lui, en retirera en net un gain beaucoup plus important que ce qu'il n'en coûte à l'employeur.

Impact budgétaire, pour l'employeur et pour le travailleur, d'un tel avantage :

Vision du travailleur

	Augmentation salariale annuelle	Prime annuelle assurance soins ambulatoires
Montant brut octroyé au travailleur	325 EUR	325 EUR
ONSS employeur (27%)	69 EUR	-
Salaire brut du travailleur	256 EUR	-
ONSS travailleur (13,07%)	33 EUR	-
Base imposable	223 EUR	-
Taux d'imposition (45%)	100 EUR	-
Taxes communales (7%)	7 EUR	-
Montant net pour le travailleur	116 EUR	1.250 EUR (plafond annuel)

Simulation :

- 325 EUR = une prime annuelle soins ambulatoires moyenne pour un travailleur actif se voyant accorder une enveloppe annuelle de 1.250 EUR (tarif moyen variant en fonction de la composition de la population de l'entreprise et du design du contrat) ;
- Taux d'imposition de 45% dans le chef du travailleur : IPP sur un revenu annuel brut entre 23.720 EUR et 41.060 EUR (E.I. 2021). Si le salaire annuel du travailleur est plus élevé, son avantage est d'autant plus important.

Vision de l'employeur

	Augmentation salariale annuelle	Prime annuelle assurance soins ambulatoires
Coût réel pour l'employeur	407 EUR	407 EUR
Taxe récupérable sur une dépense admise	- 136 EUR	81 EUR
Coût employeur après taxes (9,25%)	-	325 EUR
Coût employeur avant taxes	543 EUR	298 EUR
Montant total octroyé à l'employé	543 EUR	-
ONSS employeur (27%)	115 EUR	-
Salaire brut du travailleur	428 EUR	-
ONSS travailleur (13,07%)	56 EUR	-
Base imposable	372 EUR	-
Taux d'imposition (45%)	167 EUR	-
Taxes communales (7%)	12 EUR	-
Montant net employé	193 EUR	-

Prise en compte de la fiscalité propre à la société (taxe sur la dépense admise, ...). Ce tableau compare une augmentation de salaire et une assurance soins ambulatoires pour un coût réel net équivalent dans le chef de l'employeur.

Conclusion :

- Avantage en net non négligeable pour le travailleur ;
- Protection des membres de la famille : bénéficie d'un tarif collectif ;
- Alternative économique pour l'employeur.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

4.2 Prévention et bien-être

« Mieux vaut prévenir que guérir »

4.2.1 Introduction

De bonnes conditions de travail, de sécurité, de bien-être et de santé ne vont pas de soi et exigent une attention constante. La prévention consiste à agir avant que les problèmes ne surviennent, à identifier les risques et à empêcher que quelque chose de regrettable ne se produise, comme un accident ou une maladie. Un travailleur absent/malade coûte rapidement plus de 1.000 EUR par jour à l'employeur et, selon les statistiques des grandes compagnies d'assurance, 1/3 des absences de longue durée sont dues à des maladies psychologiques. Une bonne politique de prévention peut donc avoir un impact positif en la matière.

4.2.1.1 Définition du "bien-être" selon le rapport "Rising Resilience" de Aon

Rising resilient | Aon

Le bien-être peut se définir comme "un état d'équilibre consistant à disposer des ressources, des opportunités et des défis adéquats pour une santé et des performances optimales pour l'individu et l'organisation".

4.2.1.2 Loi sur le bien-être

La politique du bien-être est régie en Belgique notamment par la loi du 4/8/1996.

Pour plus d'informations sur cette loi, veuillez consulter les liens suivants :

Bien-être au travail | Belgium.be

Une nouvelle législation sur la prévention devrait également voir le jour.

4.2.2 Qu'observons-nous dans la pratique ?

Ces dernières années, tous les éléments de cette politique de prévention et de bien-être ont heureusement fait l'objet d'une attention beaucoup plus grande de la part du gouvernement, des mutuelles, des assureurs, des employeurs et des travailleurs eux-mêmes.

Depuis quelques années, les employeurs internationaux s'interrogent sur l'approche à adopter en matière de prévention et de bien-être en Belgique. Dans des pays comme le Royaume-Uni et les États-Unis, il est déjà très courant de proposer une offre complète.

Ce n'est pas surprenant, car de plus en plus de maladies liées au stress sont à l'origine de maladies de longue durée chez les travailleurs. Dans la section "burn-out et réintégration", nous nous concentrons principalement sur le burn-out, mais l'aspect du bien-être est bien plus vaste dans la pratique.

Le bien-être dans son ensemble est un sujet qui préoccupe de plus en plus les employeurs - et au fil des ans, sa définition s'est élargie. Aujourd'hui, en plus de la santé physique, cette notion intègre également la santé financière, sociale et émotionnelle.

Garantir le "bien-être" nécessite donc une approche holistique, tant au niveau professionnel que privé, les deux étant plus que jamais liés.

Nous soulignons ci-dessous quelques aspects de ce sujet très vaste.

4.2.2.1 Bien-être physique

Traditionnellement, les employeurs investissent principalement dans les check-up médicaux et les activités physiques.

Quelques exemples :

- Sur le plan médical :
 - Check-up médical gratuit à partir de l'âge de 45 ans. Ceci a été rendu possible par la CCT 104 relative à la santé des travailleurs de 45 ans et plus sur le lieu de travail ;
 - **Plan pour l'emploi des travailleurs âgés - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (belgique.be)**
 - Le vaccin contre la grippe n'est pas obligatoire, mais peut être proposé aux travailleurs comme un avantage. Il est organisé en concertation avec le conseiller en prévention de l'entreprise. Les vaccins contre la grippe sont administrés dans l'entreprise ou dans un centre médical. Le coût d'un tel vaccin est d'environ 20 EUR par travailleur. ;
 - Formation aux gestes de premiers secours et kit premiers secours / mise à disposition d'un défibrillateur ;
 - Lunettes pour ordinateur si un certain nombre de conditions sont réunies ;
 - Tests COVID-19 ;
 - Chaises et bureaux ergonomiques, écrans d'ordinateur ;
 - Nourriture saine sur le lieu de travail ;
 - ...
- Sur le plan des activités physiques :
 - Dispositifs en ce qui concerne le sport : remboursement des abonnements ;
 - Activités au sein de l'entreprise telles que le yoga, le ping-pong et le fitness ;
 - Participation à des défis sportifs via app ;
 - ...

4.2.2.2 Bien-être financier

Outre l'aspect physique, le bien-être financier est au moins aussi important pour être performant sur le lieu de travail. Une personne qui est satisfaite de sa situation financière a plus de chances d'être épanouie et d'avoir l'esprit tranquille au travail.

Selon le "Baromètre de Sérénité Financière" qui émane de la collaboration entre un assureur et une université belge :

- Plus d'un quart des Belges ont une faible tranquillité d'esprit financière ;
- 80% des Belges s'attendent à une nouvelle crise financière ;
- Plus de la moitié des Belges ne peuvent pas tenir trois mois avec leurs réserves d'épargne actuelles.

Un complément de l'employeur sous forme de revenu garanti ou d'assurance maladie peut apporter plus de sérénité à cet égard.

4.2.2.3 Bien-être social

Depuis que le télétravail est devenu une pratique plus courante pour de nombreux employés, certains d'entre eux arrivent à trouver plus de bien-être social, car ils peuvent travailler de manière plus calme et plus concentrée qu'au bureau et combiner vie professionnelle et vie privée bien plus facilement. De plus, ils arrivent à maintenir leurs relations sociales de travail via les moyens technologiques mis à leur disposition.

Pour d'autres, en revanche, il est beaucoup plus difficile de combiner le travail avec une vie de famille souvent chargée, surtout avec des enfants en bas âge à la maison. Les célibataires peuvent également connaître un plus grand isolement lorsqu'ils travaillent de la maison.

Il est dès lors utile et nécessaire que la direction en tienne compte et offre des possibilités d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et de maintien de cohésion sociale entre les collaborateurs.

Il est important d'être attentif aux signaux indiquant qu'un collaborateur ne va pas bien et d'offrir un soutien sur mesure.

Un employé qui se sent bien socialement sait mieux faire face aux moments de stress.

4.2.2.4 Bien-être émotionnel

Faire plus de travail et plus rapidement, souvent avec moins de personnes. Tout peut et doit encore être mieux... C'est la tendance de notre époque.

Ici aussi, il est utile d'avoir une communication suffisamment ouverte pour que la pression sur les performances reste réalisable et saine pour l'employé.

4.2.3 Comment les assureurs abordent-ils la prévention et le bien-être ?

Les assureurs se concentrent traditionnellement sur "la récupération et la guérison". Le caractère curatif des traitements est la base pour assurer le remboursement des frais médicaux exposés.

Un revenu de remplacement est proposé pour compenser la perte de revenu pendant la période de rétablissement. Des statistiques claires les aident à maintenir rigoureusement l'équilibre entre les primes et les prestations.

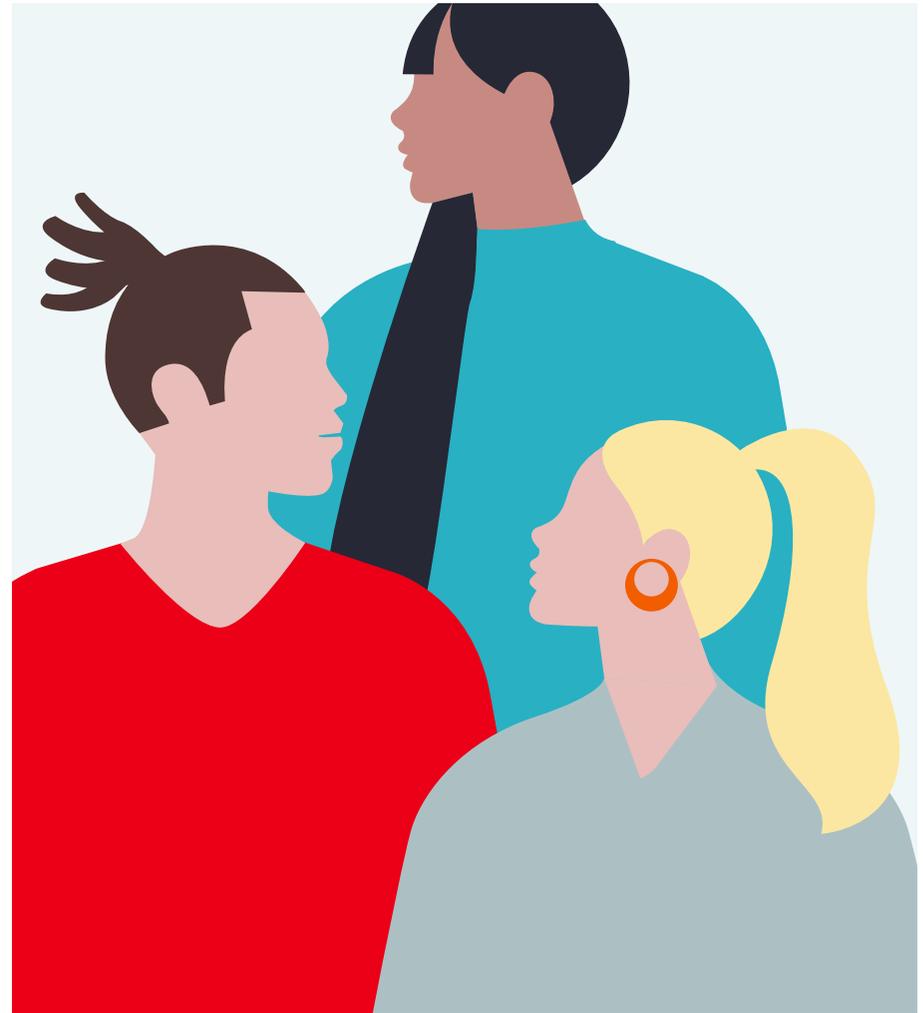
Nous constatons toutefois que certains assureurs montrent, depuis quelques années, plus d'intérêt pour le volet prévention.

Quelques exemples (qui peuvent encore varier fortement d'un assureur à l'autre) :

- Vaccins préventifs remboursés jusqu'à un montant forfaitaire de 100 EUR par an.
- Blogs/publications en ligne sur le bien-être (mental), le sport et l'exercice physique, le corps, la santé et l'alimentation. Ils informent et conseillent ainsi sur les outils qui peuvent être utilisés pour améliorer la santé mentale et physique.
- Organisation de vastes études sur le bonheur en collaboration avec l'Université de Gand.
- Sur leur site internet, ils encouragent les gens à changer leur mode de vie en leur proposant des défis et des programmes personnalisés.
- Trajet de réintégration en cas de burn-out, qui non seulement soigne le burn-out en cours mais s'attache aussi à prévenir d'un nouveau burn-out...

Les résultats de ces actions sont (encore) difficiles à mesurer, mais sur le plan social, il s'agit au moins d'une tendance positive au sein des compagnies d'assurance.

Dans le domaine de la prévention, une importante compagnie d'assurance étudie la possibilité de mettre ses statistiques détaillées à la disposition de ses clients afin qu'ils puissent, avec eux, agir sur les causes d'incapacité de travail.



Tant du côté de la prévention que du côté du bien-être, une collaboration est mise en place avec des partenaires externes spécialisés en la matière.

L'offre sur le marché de l'assurance reste malgré tout limitée ce qui laisse de la place pour un développement à long terme.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

Aon suit de près toutes les évolutions pour vous.

Au niveau national, nous consultons les assureurs et les entreprises pour échanger des idées.

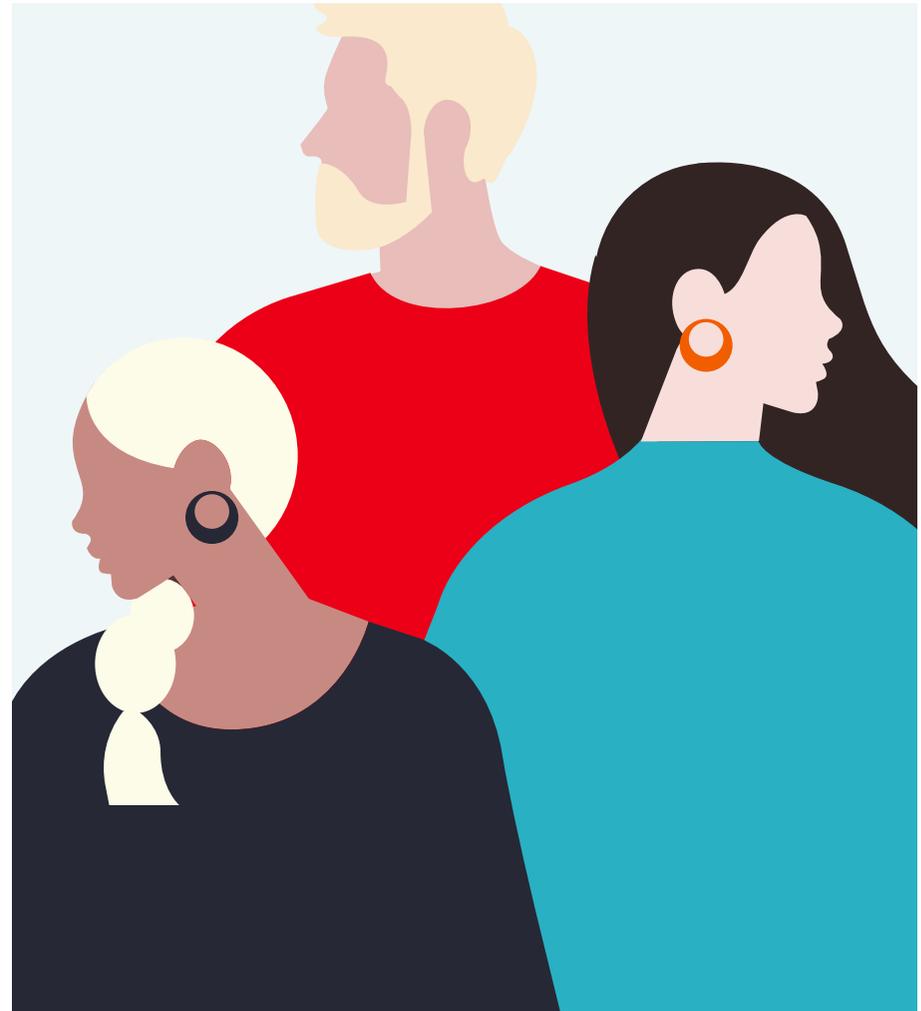
De cette manière, notre expertise se développe progressivement et nous pouvons vous guider sous différents aspects.

Au niveau international, nous menons régulièrement d'importantes études pour prendre le pouls de questions d'actualité telles que les démarches des employeurs en matière de bien-être.

Dans notre dernière étude internationale, "Rising Resilience", nous avons identifié 10 facteurs de résilience et suggéré des pistes de solution tenant compte des contraintes locales.

Les 10 facteurs d'un personnel résilient

- | | | |
|--|---|---|
|  Encouraging health-positive behaviours |  Protecting physical health |  Delivering clarity and purpose |
|  Supporting mental health in the modern day |  Fostering adaptable skills |  Sharing responsibility and control |
|  Developing financial security |  Embracing inclusivity |  Understanding and managing employee expectations |
|  Operating with compassion and engaging community | | |



4.3 Burn-out et réintégration

4.3.1 Burn-out

4.3.1.1 Introduction

Dans notre édition précédente de 2015, nous nous sommes penchés en détail sur le thème du "burn-out".

Nous avons à l'époque constaté que le terme était encore peu familier dans les entreprises.

Pour les médecins, il existait peu d'outils directement utilisables pour établir leur diagnostic.

Dans les polices d'assurance couvrant l'incapacité de travail de longue durée, le terme "burn-out" lui-même n'apparaissait pas et les modalités de remboursement n'étaient pas claires pour tout le monde.

Entre-temps, beaucoup de choses ont évolué à différents niveaux.

Le burn-out reste une maladie qui, plus que jamais, peut toucher tout le monde, dans tous les milieux et dans toutes les professions. Une maladie de longue durée a un impact important pour la personne concernée, son entourage immédiat, mais aussi son employeur et ses collègues.

Statistiques de l'INAMI :

Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée ? Quel coût pour l'assurance indemnités ? INAMI (fgov.be)

- Augmentation des burn-outs et dépressions de longue durée en 4 ans (2016-2020) ;
- Les femmes et les 45+ davantage touchés ;
- Plus d'1,5 milliards d'euros de coût pour l'assurance indemnités des incapacités de travail de longue durée suite à une dépression ou un burn-out en 2019 (+ 33% entre 2016 et 2019).

De nombreux progrès ont heureusement déjà été enregistrés en matière de récupération et de guérison, et différents types de soins ont rendu l'approche plus efficace, tant sur le plan préventif que curatif. Mais il reste encore un long chemin à parcourir. Se remettre d'un burn-out peut prendre plusieurs mois, et après le premier mois de salaire garanti, il n'y a plus de rémunération de la part de l'employeur.

L'expérience nous enseigne que les travailleurs ne sont pas suffisamment conscients des limites de la **sécurité sociale**.

Ils ont très peur lorsqu'ils doivent faire l'expérience d'un revers financier. Ce sont surtout les profils qui gagnent un salaire élevé qui surestiment fortement l'intervention légale.

4.3.1.2 Quelle est l'approche des assureurs qui couvrent l'incapacité de travail de longue durée ?

Grâce aux couvertures souscrites par les employeurs, les assureurs offrent un soutien financier aux travailleurs. Ils fournissent un revenu de remplacement afin de limiter la perte de revenu, par exemple en cas de burn-out ou d'affections psychologiques. Les employeurs qui incluent ce type de soutien financier dans les avantages extralégaux de leur personnel sont qualifiés d'"employeurs bienveillants".

Les assureurs ont tous adapté leurs polices collectives au cours des dernières années. La terminologie est désormais plus claire, tout comme l'application des prestations, bien que la frontière entre le burn-out/la dépression et d'autres affections psychologiques reste mince. Le diagnostic final posé par le médecin traitant peut avoir des conséquences importantes pour la suite du traitement du dossier.

Le nombre de cas soumis et traités est en forte hausse depuis des années, et avec le Covid-19, ce nombre devrait encore augmenter. Actuellement, +/- 30% des absences de longue durée pour cause de maladie sont liées à un burn-out ou à des affections psychologiques.

Aucune modification majeure des garanties n'est prévue à court terme.

Les augmentations de primes visant à rétablir l'équilibre entre les primes et les prestations se sont faites rares dans le passé, mais nous constatons que ce phénomène est maintenant plus fréquent, et nous nous attendons à des augmentations de primes plus importantes dans un avenir proche.

Lorsque nous examinons et comparons les produits collectifs visant à assurer un revenu garanti sur le marché de l'assurance, nous constatons que chaque assureur intègre des mécanismes de protection spécifiquement répertoriés pour maintenir l'équilibre entre les revenus et les dépenses en matière de burn-out.

Quelques exemples :

(ces éléments peuvent varier considérablement d'un assureur à l'autre !)

- La maladie doit être diagnostiquée par un psychiatre sur base de symptômes objectifs selon les critères du DSM IV ;
- Exclusion totale ;
- Restrictions en ce qui concerne la durée des prestations, par exemple un maximum de 24 ou 36 mois ;
- Stage d'attente, par exemple indemnisation après seulement 1 an ;
- Participation à un programme de réintégration ;
- ...

Certains assureurs offrent également la possibilité d'assurer le burn-out moyennant une prime plus élevée.

Il est toujours difficile de faire la part des choses.

4.3.1.3 Quel est l'impact du burn-out sur l'assurance hospitalisation et l'assurance soins ambulatoires ?

Étant donné que le burn-out et les affections psychologiques ne sont pas toujours sujets à une hospitalisation, l'impact sur l'assurance hospitalisation est plutôt limité.

Bien qu'il n'y ait pas d'hospitalisation, les frais ambulatoires, tels que les médicaments, peuvent être remboursés par le biais d'un contrat collectif couvrant les soins ambulatoires en dehors d'une hospitalisation.

Les traitements psychothérapeutiques ambulatoires nécessitent généralement une prescription d'un psychiatre.



4.3.2 Réintégration

Une partie importante du rétablissement après, par exemple, un burn-out ou une maladie psychologique est la réintégration. Il est dans l'intérêt de l'employeur, de la mutuelle, de l'assureur et bien sûr d'abord des travailleurs eux-mêmes, que la période de récupération soit la plus courte possible. Il faut cependant être vigilants et s'assurer d'un rétablissement durable. Une réintégration et/ou une réorientation progressive dans l'entreprise peut favoriser ce rétablissement.

Une prise en charge multidisciplinaire spécialisée est nécessaire.

De nombreuses initiatives du gouvernement (par exemple, la législation sur la réintégration), des mutuelles et des employeurs ont été développées ces dernières années et cette évolution est toujours en cours.

Les assureurs souhaitent également apporter leur pierre à l'édifice en proposant, en plus du revenu de remplacement, un trajet de réintégration ou d'accompagnement dans le cadre duquel le travailleur peut suivre un trajet d'accompagnement actif et personnel sur base volontaire. Le traitement lui-même, et certainement la rapidité avec laquelle les soins peuvent être administrés, peut être un complément positif aux soins réguliers où les temps d'attente sont souvent trop longs. Il est important d'entamer le processus de réintégration le plus tôt possible après le diagnostic afin d'avoir un rétablissement et un retour au travail plus rapides. Plus la période entre le diagnostic et la mise en place du trajet est longue, plus le processus de récupération est long.

Les assureurs comptant des années d'expérience avec de tels processus ont constaté que l'accompagnement actif pouvait produire des résultats remarquablement positifs. Un travailleur qui a été absent pendant une longue période du fait d'une maladie liée au stress peut être de retour dans l'entreprise après 6 à 8 mois. Il s'agit d'une amélioration considérable par rapport au passé. Nous savons que +/-50 % des travailleurs absents souffrant d'une maladie psychologique dépassaient souvent les 2 ans d'incapacité de travail avant la mise en place des trajets de réintégration.

Depuis la crise COVID-19, l'accompagnement peut désormais se faire partiellement ou entièrement de manière virtuelle.

Le nombre d'assureurs qui proposent cet accompagnement pluridisciplinaire est en augmentation constante. Certains assureurs viennent à peine d'entamer la démarche, tandis que d'autres travaillent déjà avec plusieurs partenaires externes de soins spécialisés.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

Questions à se poser :

- Le contrat est-il en lien avec la politique de l'entreprise ?
- Quel est le point de vue de l'entreprise en matière de stage d'attente, de durée de couverture et de restrictions imposées par l'assureur ?
- Est-il important que le burn-out soit couvert ?

Au sein d'Aon, nous avons acquis une vaste expertise et nos collaborateurs sont formés pour traiter et superviser ces différents aspects en concertation avec l'employeur. Nous vous aidons à faire les bons choix et à trouver un assureur disposant d'un concept de retour au travail adéquat.

4.4 IPM : International People Mobility

4.4.1 Qu'en est-il des prestations de la sécurité sociale lors de missions à l'étranger ?

Lors de voyages professionnels, il se peut que les prestations de la sécurité sociale en termes de soins de santé soient limitées. Le niveau d'intervention dépendra de facteurs comme le pays dans lequel les soins sont prodigués, le type de soins, le type d'établissement (public ou privé) ou encore la durée du séjour.

Pour des déplacements de courte durée au sein de l'Union Européenne (ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège, en Suisse et au Royaume-Uni), il est conseillé de se munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) afin de pouvoir bénéficier de soins médicaux imprévus aux mêmes conditions et aux mêmes tarifs que les personnes du pays concerné. Il est possible que la non-présentation de cette carte génère des frais supplémentaires qui ne seront pas remboursables en Belgique.

Il est important de préciser que cette carte est donc uniquement valable dans l'Union européenne et pays susmentionnés et ne sert en aucun cas de substitution à une assurance complémentaire spécifique.

Pour des déplacements de plus longue durée, un travailleur peut être "détaché" au sein de l'Union européenne. Sauf cas exceptionnel et motivé, un détachement ne peut pas dépasser 2 ans. Durant cette période de détachement, le travailleur peut rester affilié à la sécurité sociale de son pays d'origine. Les limites de durée des détachements et les conditions de prolongation peuvent varier en fonction des conventions.

La Belgique a également conclu des accords bilatéraux avec 25 pays hors de l'Union européenne afin de pouvoir maintenir certains droits sociaux du pays d'origine en cas de détachement. Il est important de garder à l'esprit que ces accords ne comprennent pas toujours l'ensemble des aspects couverts par la sécurité sociale et notamment l'aspect soins de santé. Rappelons que les contrats collectifs souscrits pour les travailleurs en Belgique ne sont plus d'application pour les collaborateurs séjournant plus de 3 mois à l'étranger.

En cas de non-intervention de la sécurité sociale dans les frais médicaux, l'impact financier pour l'employé peut s'avérer très important. En fonction des différents cas de figure, il est bien souvent conseillé de mettre en place des couvertures spécifiques afin de couvrir les soins médicaux à l'étranger ainsi que les frais de rapatriement. Certains pays imposeront même que cette assurance soit souscrite dans le pays d'accueil ou qu'un certificat d'assurance soit fourni afin d'obtenir un visa.

4.4.2 Les risques liés à la mobilité internationale

Vos collaborateurs en situation de mobilité internationale, que ce soit pour des voyages d'affaires de courte de durée ou des missions à plus long terme, sont exposés à de nombreux risques dont notamment :

- Frais médicaux (qu'ils soient imprévus ou planifiés, éventuellement concernant des conditions préexistantes) ;
- Terrorisme ;
- Vols et pertes de biens personnels ;
- Enlèvements et extorsions ;
- Catastrophes naturelles ;
- Instabilités politiques.

En tant qu'employeur vous avez le devoir et la responsabilité de créer un environnement de travail sûr, mais également d'informer vos collaborateurs sur les risques et les procédures à suivre en cas d'urgence.

4.4.3 Les défis liés à la mobilité internationale en tant qu'employeur

La mobilité internationale crée un certain nombre de challenges pour l'employeur et notamment :

- Les changements dans le profil des employés mobiles et de leurs attentes ;
- L'intégration de la mobilité internationale dans une optique de gestion des talents ;
- Le contrôle au niveau des coûts et l'estimation du retour sur investissement ;
- Un cadre juridique évolutif et toujours plus complexe notamment pour les plans internationaux ;
- L'établissement de procédures internes efficaces et de la gestion des situations de crise ;
- La généralisation du travail à distance.

En outre, la crise sanitaire du COVID-19 a prouvé la nécessité d'implémenter des couvertures adéquates en fonction des types de déplacements, de plus en plus de pays rendant même obligatoire la souscription d'une assurance médicale pour entrer dans le pays, même pour des déplacements temporaires.

Enfin, cette crise a également renforcé le point de vue que de tels sujets nécessitent bien souvent l'implication de différents départements au sein de l'entreprise comme ; les ressources humaines, le risk manager, le département mobilité internationale, le département juridique, etc.

Selon deux enquêtes récentes réalisées par Aon (Aon & Worldwide ERC Global Mobility survey et Aon's 2022 Global Medical Trends Report) :

Global Mobility: The Future of International Assignments | Aon 2022 Global Medical Trend Rates Report | Aon

- Seulement 50% des entreprises sont capables d'évaluer ce qu'est une mission à l'étranger réussie ;
- Plus de 40% des employeurs ne sont pas certains que leurs employés savent comment réagir en cas de situation de crise ;
- L'inflation des frais médicaux au niveau mondial est estimée à 7,4% pour 2022.

4.4.4 Les couvertures en mobilité internationale

4.4.4.1 Voyages professionnels

Afin de pallier une intervention limitée de la sécurité sociale et/ou de l'assurance soins médicaux en cas de soucis à l'étranger, il est vivement conseillé de prévoir pour vos collaborateurs une assurance "voyages professionnels". Cette assurance couvrira les frais médicaux d'urgence à l'étranger qui ne seraient pas couverts par la sécurité sociale et/ou tout autre assurance soins de santé.

En effet, en cas de non-intervention de la sécurité sociale dans le remboursement de soins médicaux, il se peut que l'intervention de l'assurance complémentaire soins de santé prise en Belgique soit elle aussi beaucoup plus limitée.

En outre, ce type d'assurance couvrira généralement, outre les frais médicaux :

- Les frais de rapatriement et d'évacuation sanitaire ;
- Les frais d'annulation ;
- Le vol ou la perte de bagages ;
- L'évacuation sécuritaire ;
- Les frais d'assistance juridique ;
- La responsabilité civile.

4.4.4.2 Missions de longue durée

En cas de mission à l'étranger de longue durée de type expatriation ou détachement, plusieurs facteurs vont influencer le choix des couvertures adéquates comme, entre autres, la durée de la mission ainsi que le pays de destination. La question de départ est souvent de savoir dans quelles mesures les couvertures mises en place en Belgique peuvent-elles rester applicables à l'étranger. Cette question peut vite s'avérer de plus en plus complexe au fur et à mesure que la population s'agrandit et que celle-ci comporte différentes nationalités avec des pays d'origine et des pays d'accueil différents. De manière générale, les couvertures médicales locales qui ont été souscrites dans le pays d'origine sont peu appropriées pour des missions à l'étranger de longue durée.

Les couvertures internationales permettent d'offrir une solution sûre et uniforme à l'ensemble d'une population internationale. Les assureurs majeurs sur le marché veilleront aussi à ce que la couverture mise en place soit conforme aux exigences légales dans les pays où cela est obligatoire.

Ces couvertures médicales internationales sont typiquement des couvertures dites au 1er euro, c'est-à-dire qu'elles ne tiennent pas compte d'une possible intervention d'une sécurité sociale du pays d'origine ou du pays d'accueil. Les types de garanties, leurs limites ainsi que certaines options de couvertures peuvent quelque peu varier suivant les assureurs mais ces couvertures comportent généralement :

- Les frais d'hospitalisation ;
- Les soins ambulatoires ;
- Les soins dentaires ;
- Les soins optiques ;
- Les frais de rapatriement et d'évacuation médicale.

Parmi les options les plus fréquemment rencontrées, il y a la possibilité d'intégrer des franchises ainsi que de plafonner le niveau de remboursement à un certain pourcentage, par exemple 80% au lieu de 100%.

À côté d'une couverture médicale internationale, il est également possible de souscrire à une couverture décès et rente invalidité auprès d'un assureur international. Il est à noter qu'il n'est généralement pas possible de souscrire à une couverture rente d'invalidité sans souscrire à une couverture décès. Puisque que la couverture rente d'invalidité en Belgique est liée au remboursement de la sécurité sociale belge, c'est justement cette dernière qu'il est parfois plus difficile à maintenir auprès d'un assureur belge en cas de mission à l'étranger de longue durée.

4.4.5 Tendances sur le marché

Les assureurs sur le marché de la mobilité internationale mettent de plus en plus l'accent sur l'aspect digitalisation ainsi que sur l'aspect du "bien-être". Pour ainsi dire tous ont à présent une application pour smartphone offrant des fonctionnalités diverses.

Pour des entreprises ayant un nombre relativement important d'employés mobiles à l'internationale et dans le but de gérer plus efficacement les situations de crise, certaines de ces applications offrent la possibilité de voir en temps réel où se trouvent leurs collaborateurs grâce à un système de géolocalisation.

Il devient également de plus en plus courant que ces applications permettent de trouver le centre médical le plus proche ou encore de recevoir des recommandations sur base de premiers symptômes. Une autre fonctionnalité

très utile est la possibilité de soumettre ses demandes de remboursement à l'assureur en prenant directement une photo avec son smartphone.

Outre l'assistance médicale, de nombreux assureurs intègrent maintenant par défaut dans leur proposition, des services d'assistance psychologique dans le but d'aider au bien-être de cette catégorie de travailleurs, pouvant se sentir plus isolés que les autres. Ceux-ci proposent entre autres certains exercices physiques, des conseils pour améliorer le sommeil, apprendre à gérer son stress ou encore arrêter de fumer, etc.

Enfin les possibilités de consultations médicales à distance, que ce soit par téléphone ou par vidéo, se développent également à grande vitesse et se sont également accélérées en raison de la crise sanitaire.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

4.5 Le statut unique ouvriers-employés

Une différence de traitement entre différents groupes tels que les ouvriers et les employés, est-elle (encore) licite ?

Définition de la discrimination entre travailleurs.

Une discrimination consiste à traiter différemment des travailleurs qui se trouvent dans une situation comparable. La distinction faite est illicite et injustifiable.

Législation :

- Arrêt du 8 juillet 1993 de la Cour constitutionnelle : la différence de traitement entre ouvriers et employés fondée uniquement sur la nature du travail ne peut être considérée comme une distinction fondée sur un critère objectif et raisonnable ;
- Arrêt du 7 juillet 2011 de la Cour constitutionnelle : les dispositions légales concernant les délais de préavis et le jour de carence des ouvriers sont contraires au principe constitutionnel d'égalité ;
- Loi du 5 mai 2014 relative à l'harmonisation des couvertures retraite et décès dans le deuxième pilier. Cette loi vise l'harmonisation progressive des couvertures retraite et décès des ouvriers et des employés, avec une période transitoire de 10 ans, à compter du 1er janvier 2015 ;
- En 2021, le Groupe des 10 (représentants des employeurs et des travailleurs) est parvenu à un accord pour prolonger cette période transitoire de 5 ans, c'est-à-dire jusqu'au 1er janvier 2030.

Qu'en est-il pour l'invalidité et les frais médicaux ?

Ces garanties ne sont pas incluses à proprement parler. Cependant, les arrêts de la Cour constitutionnelle montrent la volonté du législateur d'éliminer toute différence entre les deux catégories.

- Art. 45 de la loi ONSS : « Tout employeur qui accorde volontairement à son personnel des avantages complémentaires ne relevant pas de la loi ONSS ne peut faire aucune distinction entre les travailleurs de son entreprise qui appartiennent à la même catégorie. »

Quant à la question de savoir quelles catégories peuvent être distinguées selon la loi de l'ONSS, nous trouvons la définition suivante dans la littérature professionnelle : "Il peut y avoir une catégorisation lorsque 1) il existe un objectif légitime, 2) la distinction est fondée sur un critère objectif, 3) la distinction opérée est adéquate et 4) les conséquences de la distinction ne sont pas disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi" .

Ici aussi, nous retrouvons la notion de "situation comparable", selon laquelle aucune distinction injustifiée ou disproportionnée ne peut être faite entre différents groupes de travailleurs.

Conclusion

Selon Aon, il ne devrait plus y avoir de nouvelle discrimination entre les ouvriers et les employés en matière d'invalidité ou de frais médicaux et les différences existantes devraient être éliminées le plus rapidement possible.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

4.6 Impact RGPD

Le règlement européen sur la protection des données à caractère personnel entré en vigueur en mai 2018 a fortement bouleversé la manière de travailler des compagnies d'assurance et des intermédiaires qui, de par leur activité, sont tout spécifiquement concernés par ce nouveau cadre.

Ce règlement vise à protéger « toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale » (art.4 RGPD)

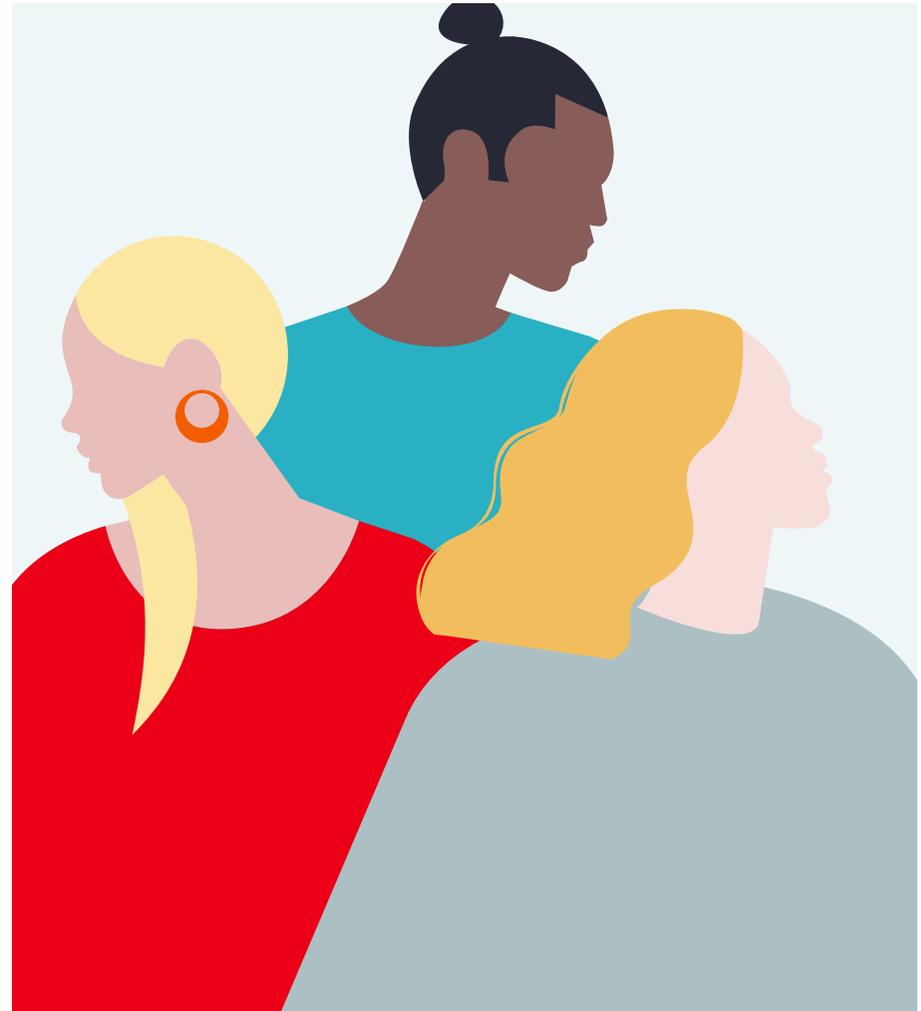
Le règlement européen précise également la notion de données de santé, à savoir : « les données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne ».

Loin de nous l'idée de critiquer la mesure qui est, cela ne fait nul doute, un mal nécessaire. Toutefois, elle a sérieusement impacté le travail des intermédiaires et des compagnies d'assurance dans le domaine des avantages extralégaux.

Ci-dessous quelques exemples de conséquences :

- Un intermédiaire et un employeur ne peuvent plus théoriquement avoir accès :
 - Aux données médicales d'un travailleur qui permettraient de résoudre un problème lié à une surprime ou une exclusion ;
 - Au taux d'incapacité de travail reconnu par l'assureur ;
 - Au montant des rentes versées en cas d'incapacité de travail ;
 - A des informations détaillées sur les statistiques sinistres ;
 - Aux bénéficiaires en cas de décès. Les employeurs ne peuvent dès lors plus relayer les informations personnelles à ce sujet afin de s'assurer que les travailleurs soient conscients de leur choix (couvertures retraite et décès) ;
 - Aux avances sur police (couvertures retraite et décès).
- Des plateformes d'échange d'informations ont dû être développées pour continuer à transmettre des données personnelles.

Aon utilise aujourd'hui une plateforme d'échange sécurisée garantissant à ses clients la confidentialité des transferts de données.



4.7 Loi Verwilghen : application actuelle

La loi Verwilghen, également connue sous le nom de loi sur les contrats d'assurance maladie, est entrée en vigueur le 1er juillet 2007 afin de protéger les salariés contre des primes futures élevées et l'inassurabilité.

Nous en résumons ci-après les principaux éléments.

La protection s'applique à :

- L'assurance hospitalisation collective ;
- L'assurance invalidité collective.

D'un avis général du secteur, cette protection ne concerne pas les couvertures soins ambulatoires et soins dentaires. La protection joue à deux niveaux :

- Le droit à la poursuite individuelle sans formalités médicales ni délais d'attente ;
- Le droit au préfinancement pour réduire la différence de prix entre un contrat collectif et un contrat individuel.

Nous constatons que la plupart des demandes concernent la poursuite de l'assurance hospitalisation collective. Rares sont les assureurs qui proposent aujourd'hui encore des produits de préfinancement.

Que doit faire l'employeur ?

L'employeur a un devoir d'information et doit informer le salarié :

- Du droit de préfinancement, au moment de l'entrée en service ;
- Du droit de poursuite individuelle, au moment de la sortie et dans les 30 jours qui suivent la perte de la couverture collective.

La suite de la procédure se déroule entre l'assureur/le courtier et l'assuré. La procédure complète peut prendre jusqu'à 105 jours maximum.

Nous conseillons vivement de **conserver une preuve écrite de ces communications**.

Que risque l'employeur en cas de non-respect de son devoir d'information ?

- Préfinancement de l'assurance hospitalisation : l'assuré peut demander à l'employeur de prendre le coût supplémentaire en charge à titre de préjudice subi ;
- Poursuite individuelle : l'assuré peut réclamer une indemnisation de la part de l'employeur du fait que des délais d'attente et des formalités médicales qui le pénalisent peuvent être appliqués par l'assureur.

Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour vous conseiller au mieux.

- Élaborer des modèles dans le cadre de ce devoir d'information ;
- Servir de point de contact en cas de questions des salariés concernant les produits précités ;
- Aider à la mise en place des contrats de poursuite individuelle et de préfinancement.

Pour davantage de détails sur cette législation et son application, veuillez cliquer **ici**.

5. Communication

5.1 Total Reward Statement (TRS)

Les soins de santé et le revenu garanti sont des avantages faisant partie du package de rémunération accordé aux travailleurs d'une entreprise, au même titre que les chèques-repas, l'assurance de groupe, la voiture de société, ... Mais sont-ils conscients de la panoplie d'avantages qui leur sont offerts ?

Une politique salariale concurrentielle n'atteint ses objectifs que lorsque tous les collaborateurs en connaissent et en comprennent les composantes. Or une étude d'Aon montre que 9 % seulement des travailleurs disent comprendre de quoi leur package salarial est constitué exactement.

5.2 La solution : le Total Reward Statement

Synthèse exhaustive et totalement individualisée du package salarial total, valorisant les éléments spécifiques et souvent sous-évalués ou même ignorés. Un outil de communication digital mis à jour une fois par an. Les travailleurs ont une meilleure idée de la valeur des investissements faits par leur employeur, ils comprennent mieux les programmes qui leur sont proposés et ils s'engagent davantage. Avec le Total Reward, l'employeur valorise davantage ses investissements RH.

Les objectifs atteints :

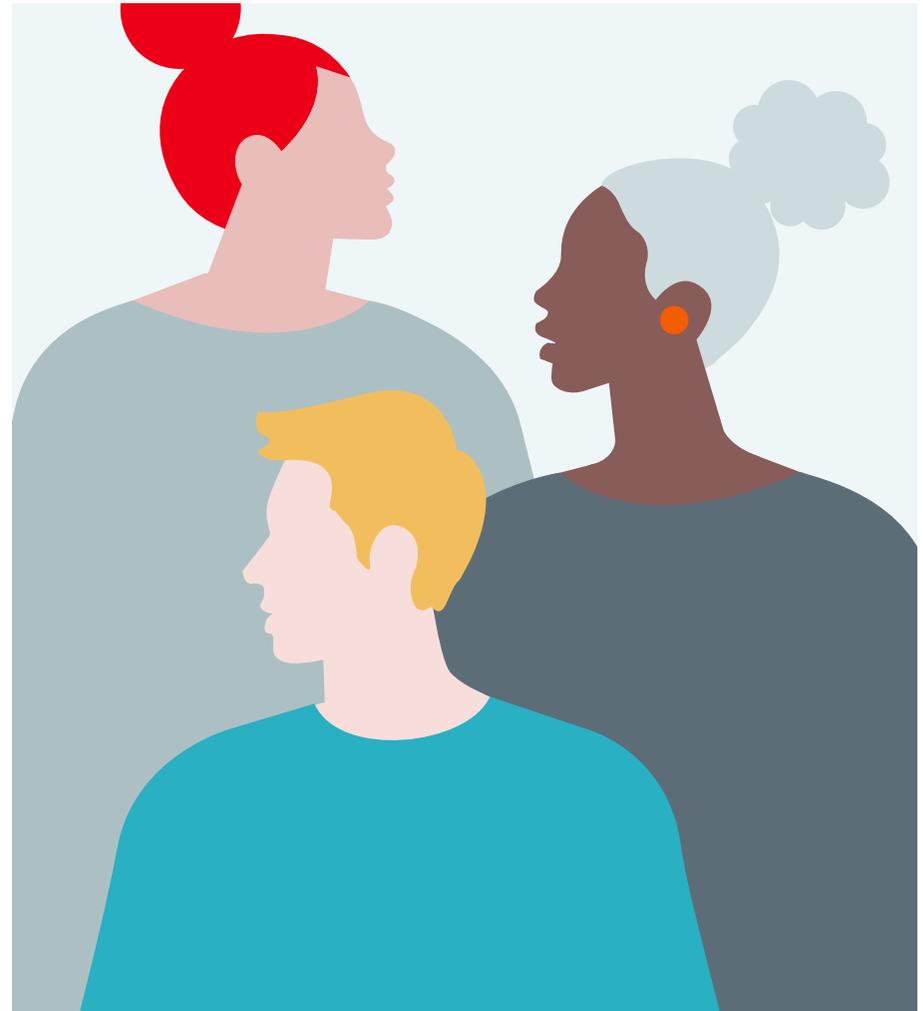
- Passer d'une approche segmentée de la communication à une approche centralisée, identique pour chacun des travailleurs ;
- Valoriser les éléments spécifiques et souvent "inaperçus" de la rémunération et/ou des avantages sociaux ;
- Promouvoir la politique et les programmes RH de l'employeur ;
- Augmenter l'engagement du personnel ;
- Agir sur la rétention et l'attractivité des talents clés ;
- Etablir un rendez-vous de communication régulier avec des messages de communication ciblés pour équilibrer les perceptions ;
- Faciliter le dialogue social dans l'entreprise ;
- Etendre la communication au niveau international.

5.3 Une gamme variée d'offres

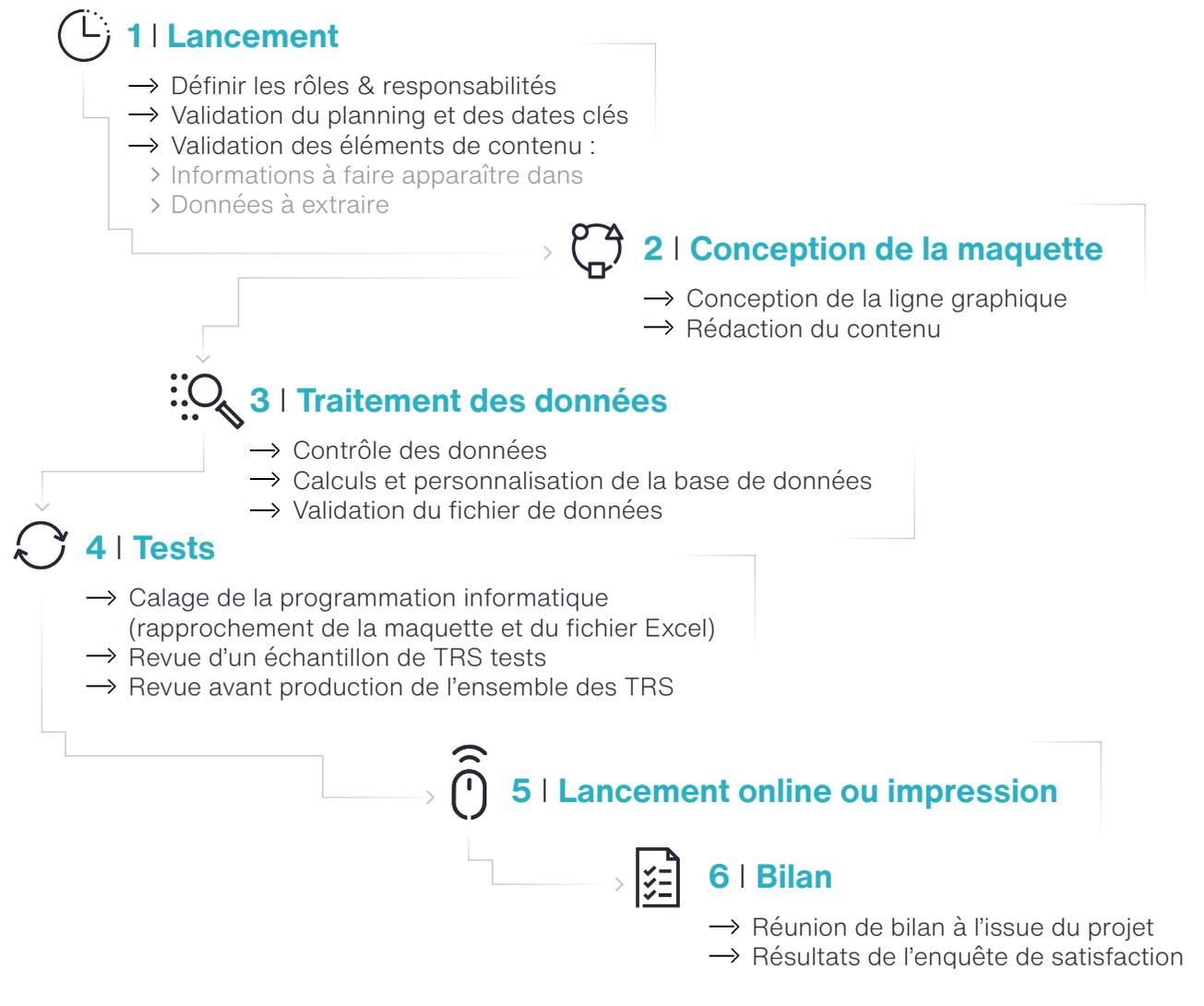
Aon offre des solutions – imprimées ou dématérialisées (en ligne ou PDF interactif) – qui peuvent convenir à tous les budgets.

Pour chacune de ces options, nous utilisons :

- Des techniques de communication et de marketing éprouvées ;
- Des messages soigneusement élaborés et conformes à la culture d'entreprise et charte graphique ;
- Des visuels accrocheurs ;
- Des benchmarks représentatifs.



5.4 Approche Aon Health & Wealth Solutions



5.5 Exemples de réalisation



Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour valoriser au mieux les avantages octroyés aux membres du personnel.

5.5 Exemples de réalisation



Aon vous accompagne : **nos consultants** restent à votre disposition pour valoriser au mieux les avantages octroyés aux membres du personnel.

A propos d'Aon Belgium

Aon Belgium est un conseiller et courtier en assurances de premier plan. De manière neutre et objective, nous accompagnons nos clients dans la recherche des meilleures solutions en matière d'assurance, de réassurance, de gestion des risques, de pensions et d'avantages extralégaux. De la sorte, Aon aide ses clients à atteindre leurs objectifs. Aon Belgium est établie à Bruxelles et compte également des bureaux à Anvers et Gand. Au total, l'entreprise compte plus de 300 collaborateurs. Aon Belgium fait partie d'Aon plc, le leader mondial en gestion des risques, en courtage d'assurance et de réassurance, en pensions et en avantages extralégaux. Aon plc emploie 50.000 collaborateurs dans quelque 500 bureaux à travers 120 pays. Le siège social d'Aon plc se situe à Londres. L'entreprise est cotée en bourse à New York (NYSE:AON). Rendez-vous sur le site www.aon.be et [LinkedIn](#) pour obtenir plus d'informations sur Aon.

Vos personnes de contact

Si vous désirez de plus amples informations sur les produits ou l'étude ou si vous avez d'autres questions relatives à l'Employee Benefits, prenez contact avec un de nos consultants Health and Wealth Solutions



Virginie Schillings
Consultant Employee Benefits

virginie.schillings@aon.com





© 2022 Aon plc

This document is intended for general information purposes only and should not be construed as advice or opinions on any specific facts or circumstances. The comments in this summary are based upon Aon's preliminary analysis of publicly available information. The content of this document is made available on an "as is" basis, without warranty of any kind. Aon disclaims any legal liability to any person or organization for loss or damage caused by or resulting from any reliance placed on that content. Aon reserves all rights to the content of this document.