REPRENDRE LE travail

QUAND? POURQUOI? COMMENT?

Nouvelle étude sur l'incapacité et la réinsertion professionnelles: résultats et recommandations

Synthèse

Association internationale de la sécurité sociale
Programme de recherche

ISSA • AISS • IVSS

La présente brochure présente la synthèse des résultats d'une étude comparative, effectuée par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle et analyse les implications de ces conclusions sous l'angle de la politique à suivre. L'ouvrage ***Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration***, publié en 2001 par Transaction Publishers, présente un compte rendu complet du projet ainsi que toutes ses conclusions majeures (voir les coordonnées complètes de l'éditeur et une table des matières de cette publication à la couverture arrière).

Le texte du présent résumé a été rédigé par Ilene Zeitzer, détachée auprès de l'AISS par l'Administration de la sécurité sociale des Etats-Unis. Joan Johnson, de Développement des ressources humaines Canada a contribué à la révision du texte. La rédaction du présent document a été supervisée par Roland Sigg, chef de recherche à l'AISS. Nous remercions Cathy Drummond, Frank Bloch et Boukje Cuelenaere pour les remarques qu'ils ont formulées, ainsi que Béatrice Despland pour la relecture de la version française.

Pour plus de renseignements sur le projet et pour obtenir l'accès à la base de données WIR, veuillez vous adresser à:

Association internationale de la sécurité sociale
Programme de recherche
Case postale 1
CH-1211 Genève 22, Suisse

Internet: www.issa.int
Fax: +41 22 799 85 09
E-mail: issa@ilo.org

Les avis exprimés sont ceux des auteurs et ne traduisent pas nécessairement la position de l'Association internationale de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de sécurité sociale qui a participé à l'étude.

ISBN 92-843-2154-9

La présente publication existe aussi en anglais et en allemand.

Copyright © 2002 Association internationale de la sécurité sociale, Genève

Imprimé en Suisse

REPRENDRE LE TRAVAIL: QUAND? POURQUOI? COMMENT?

Nouvelle étude sur l'incapacité et la réinsertion professionnelles: résultats et recommandations

Résumé

L'incapacité de travail, qui grève les dépenses de protection sociale et pèse sur le taux d'activité de la population, est aujourd'hui un problème social brûlant dans la plupart des pays industrialisés. **La présente brochure est la synthèse d'une étude comparative sans précédent portant sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (le projet WIR – *Work Incapacity and Reintegration Study*) effectuée au milieu des années quatre-vingt-dix sous l'égide de l'Association internationale de la sécurité sociale.** Fondé sur des données rassemblées dans six études longitudinales des pratiques et des expériences quotidiennes en Allemagne, au Danemark, aux Etats-Unis, en Israël, aux Pays-Bas et en Suède, **ce projet a permis aux chercheurs de mesurer les effets de facteurs tels que la durée des périodes d'absence du travail, les interventions médicales et professionnelles, les politiques et les pratiques du marché du travail et d'autres aspects sociaux ou démographiques tels que le fait de vivre seul ou l'existence de formes d'aide sociale.** Le projet s'est aussi penché sur toute une série d'interventions axées sur l'incapacité de travail et la réinsertion auxquelles recourent actuellement les institutions de sécurité sociale, les prestataires de soins de santé et les employeurs, afin de tenter de répondre à deux questions essentielles: les diverses interventions (des systèmes de sécurité sociale et de soins de santé) que l'on pratique dans différents pays influencent-elles les comportements en matière de réinsertion professionnelle? Si tel est le cas, quelles sont les interventions les plus efficaces?

Cette brochure présente une synthèse des résultats principaux du projet WIR et examine les implications de ces résultats sur le plan des politiques en matière de réinsertion professionnelle. Dans chacun des six pays participant à l'étude, 300 à 600 personnes en incapacité de travail depuis trois mois au moins en raison de douleurs lombaires ont été suivies pendant une période de deux ans. La constatation la plus frappante est l'écart important des taux de réinsertion entre les différentes cohortes nationales: ceux-ci variaient de 32 à 73 pour cent après un an et de 35 à 72 pour cent après deux ans. Les autres observations marquantes étaient notamment les temps différents de reprise du travail, qui intervenait surtout dans les premiers

moments; les variations importantes du taux de remplacement du revenu pour les personnes qui avaient quitté le travail; et le fait qu'à des degrés similaires de douleur correspondaient des taux sensiblement différents de reprise du travail. Ces constatations ainsi que d'autres ont d'importantes implications au niveau des politiques en matière de réinsertion professionnelle: contrairement aux pratiques actuelles, l'intervention précoce est une condition essentielle du retour au travail; bien que l'âge et un niveau d'instruction limité compliquent le retour au travail, l'adaptation du lieu de travail et les horaires souples sont des facteurs globaux déterminants d'une meilleure réinsertion; l'existence de règles qui protègent l'emploi facilite fortement la reprise du travail; et, alors que l'effet des soins de santé sur la reprise du travail est extrêmement limité, la meilleure thérapie est souvent un retour rapide au travail.

La brochure aborde aussi certaines autres implications du projet WIR ainsi que la nécessité de recherches complémentaires. Par exemple, il convient de mettre davantage l'accent sur la relation entre travailleurs et employeurs. De plus, le projet pourrait être le point de départ de l'étude d'autres questions d'actualité en sécurité sociale, notamment la réinsertion des travailleurs peu qualifiés dans le marché du travail et la participation croissante des travailleurs vieillissants; l'applicabilité de ses conclusions pourrait être vérifiée pour d'autres types d'incapacité de travail, en particulier ceux résultant de la maladie mentale.

Par sa conception, le projet WIR présente un intérêt non seulement pour les chercheurs, les médecins et les praticiens de la réadaptation mais aussi pour les responsables politiques et les gestionnaires des institutions de sécurité sociale. Les résultats complets du projet sont présentés dans *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*, publié en 2001 par Transaction Publishers ainsi que dans de nombreuses publications nationales, et l'accès à sa base de données est ouvert en vue d'autres analyses.

Table des matières

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES

Une étude comparative: pourquoi? 5
Une étude sur les lombalgies: pourquoi? 6

CONCEPTION ET MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Mises en garde et explications 7
Nature de l'étude 8
Critères applicables à la cohorte 8
Différences entre les cohortes 9
Caractéristiques mesurées des cohortes 10
Période d'observation et points de mesure 11

CONSTATATIONS ET LEURS IMPLICATIONS POUR LA POLITIQUE SOCIALE

Schémas de reprise du travail 15
Statut de bénéficiaire après un et deux ans 16
Caractéristiques démographiques 18
Etat de santé 21
Conclusions relatives aux prestataires de soins et aux interventions médicales 23
Situation en matière de protection de l'emploi 26
Préavis de licenciement et licenciement effectif 28
Flexibilité du travail 30
Stratégies d'intervention précoce 31
La réintégration dans une économie en mutation 33

AUTRES IMPLICATIONS POUR LA POLITIQUE SOCIALE ET SUGGESTIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES

Enseignements pour les employeurs et les planificateurs des politiques sociales 37
Questions liées à l'état de santé 38
La question du vieillissement et de l'invalidité 38

Sponsors nationaux du projet WIR

Fédération des institutions allemandes d'assurance retraite

Institut national danois de recherche sociale

Administration de la sécurité sociale, Etats-Unis

Institut national d'assurance, Israël

Conseil de surveillance de la sécurité sociale, Pays-Bas

Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, Pays-Bas

Conseil national de l'assurance sociale, Suède

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) a publié récemment *Who Returns to Work and Why?,* le rapport d'une étude comparative de six pays concernant la réinsertion professionnelle après une incapacité de travail liée à des douleurs lombaires (lombalgies). Cette étude était notamment motivée par le fait que **de nombreux pays industrialisés connaissent aujourd'hui une forte augmentation des prestations de sécurité sociale versées au titre de l'incapacité de travail.** De plus, tous ont constaté qu'une fois entrés dans le système, les bénéficiaires de rentes d'invalidité le quittent rarement pour reprendre le travail. Pour les systèmes d'assurance sociale financés par répartition, l'augmentation des paiements au titre de prestations d'invalidité influe négativement sur la stabilité financière du système. Elle est d'autant plus inquiétante qu'elle s'ajoute à d'autres contraintes croissantes, notamment le vieillissement de la population active et le recul des taux de natalité. Etant donné cette expérience commune, les responsables de l'élaboration des politiques sociales ont voulu déterminer quelles étaient les mesures efficaces de réinsertion professionnelle. Contrairement à d'autres études dans ce domaine, le projet en question était axé sur les interventions, les incitations et les inhibiteurs qui ont pour but la réintégration des bénéficiaires de pension d'invalidité dans le circuit du travail. Ses objectifs de recherche consistaient à déterminer **si les diverses interventions constatées dans les différents pays influent ou non sur les scénarios de réinsertion professionnelle** et, si c'est le cas, **quels sont les meilleurs types d'intervention.**

La présente brochure contient la synthèse des conclusions de l'étude et analyse certaines implications qui pourront utilement contribuer à l'élaboration de nouvelles politiques en matière de réinsertion. Les résultats intéresseront toutes les parties impliquées dans la réadaptation et la réinsertion, y compris les prestataires de soins de santé, les employeurs et les assureurs. La brochure est subdivisée en quatre sections. Après la présente introduction, la deuxième section décrit la **conception et la méthodologie de l'étude comparative portant sur six pays**, la troisième section présente un aperçu des **conclusions** de l'étude et leurs **implications pour les politiques en matière de réinsertion** et la dernière section étudie d'**autres implications** touchant la politique sociale et formule des suggestions de recherche future.

Une étude comparative: pourquoi?

Dans la plupart des pays, les administrateurs de programmes sociaux se sont longtemps contentés d'utiliser, d'une part, les échanges comparatifs pour connaître les nouvelles stratégies et, d'autre part, la recherche quantitative pour suivre les progrès de

leurs propres programmes. Toutefois, avant que l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) ne décide d'entreprendre l'étude sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (projet WIR), les tentatives pour effectuer une recherche comparative longitudinale de l'efficacité des diverses approches des problèmes de politique sociale ont été rares, voire inexistantes. On a souvent prétendu, en réalité, que la comparaison était difficile, vu les différences extrêmes entre les programmes d'assurance sociale des différents pays. Avant d'examiner les résultats de l'étude plus en détail, il est important de voir pourquoi les pays impliqués dans l'étude et l'AISS ont estimé qu'un tel projet méritait d'être entrepris.

Une étude sur les lombalgies: pourquoi?

Dans les pays industrialisés, les problèmes de dos sont généralement la première cause physique de paiement de prestations d'invalidité et la deuxième cause de ces paiements, toutes raisons confondues.

L'ouvrage *Who Returns to Work and Why?* cite de nombreuses études antérieures qui concluent que les problèmes de dos et leurs effets sur la population active sont la raison principale pour laquelle les lombalgies constituent un des problèmes de santé les plus coûteux et l'accident professionnel le plus coûteux du monde industrialisé. Dans la plupart des pays, les douleurs lombaires constituent, après les refroidissements, la raison la plus courante de consultation médicale, et la cause la plus fréquente d'incapacité de gain. Bien que la plupart des lombalgies soient de courte durée, pour une minorité de personnes atteintes elles deviennent chroniques (durée supérieure à trois mois). Contrairement à certaines affections qui s'améliorent au fil du temps, le pronostic de guérison, pour les affections lombaires, empire avec le temps: plus les douleurs persistent, moins grandes sont les chances de guérison complète. On a constaté, logiquement, qu'il existait une relation exponentielle entre la durée des problèmes de dos et leur coût: la durée du problème est le meilleur indicateur prévisionnel du niveau des coûts. ■

CONCEPTION ET MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Mises en garde et explications

Certaines explications et mises en garde s'imposent avant d'examiner les résultats et leurs implications sur le plan des politiques appliquées. Les systèmes d'assurance sociale des pays industrialisés diffèrent sensiblement, ce qui rend difficiles les comparaisons, même purement descriptives, et périlleuses les comparaisons qualitatives. Il est clair que les chercheurs du projet WIR étaient parfaitement conscients de ces pièges. Ils ont toutefois estimé que la valeur des résultats et le caractère unique des données recueillies l'emportaient sur les risques reconnus. Dès lors, ils se sont attachés à développer une méthode permettant de créer une base de recherche commune, qui précisait un certain nombre de conditions minimales susceptibles d'assurer une comparabilité optimale des résultats. Celles-ci concernaient plus précisément: 1) le choix et la définition d'une cohorte de travailleurs à inclure dans l'étude; 2) les caractéristiques de la cohorte, les interventions, les incitations et les inhibiteurs, et les résultats à mesurer; 3) la période d'observation, les points de mesure et la méthode à appliquer.

Le projet WIR était conçu pour étudier une catégorie bien définie de personnes par des mesures répétées afin de mieux comprendre le choix du moment et les effets des mesures prises pour recouvrer la santé et la capacité de travail. L'objectif était dès le départ de mesurer les interventions tant médicales que de réadaptation dans le cadre d'une étude transnationale.

Le but de l'étude était d'identifier les moyens qui permettraient d'améliorer le processus de réinsertion des personnes atteintes dans leur santé et incapables de travailler. Six paramètres ont été retenus, qui constituent la base commune de la recherche:

1) Chaque étude devait être prospective (et non rétrospective) et centrer l'analyse sur la dynamique des interventions.

2) La cohorte de sujets devait, au début de l'étude, être homogène quant au diagnostic médical. Vu leur degré élevé de présence chez les bénéficiaires de la sécurité sociale, les troubles de la région lombaire ont été retenus comme critère médical.

3) La cohorte devait être composée de personnes exerçant un emploi, ou qui l'exerçaient immédiatement avant l'incapacité de travail et qui, en outre, étaient en incapacité de travail depuis trois mois consécutifs au moment de l'incorporation dans la cohorte.

4) L'étude devait couvrir un éventail complet d'interventions et d'incitations appliquées par la sécurité sociale, le système de soins de santé et autres mesures de type professionnel.

5) Ces interventions devaient être évaluées au moyen d'indicateurs essentiels de la sécurité sociale tels que la réintégration professionnelle, la perception de prestations ou l'utilisation de services.

6) Une période d'observation de deux ans à compter du début de l'incapacité de travail avait été fixée, comportant au moins trois mesures, de manière à permettre une évaluation pertinente.

Les organismes de sécurité sociale de six pays **(Allemagne, Danemark, Etats-Unis, Israël, Pays-Bas, Suède)** ont convenu de financer leurs propres projets et équipes de recherche et de coopérer à l'étude transnationale sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (WIR). Le projet a été exécuté sous l'égide du Conseil consultatif de l'AISS sur la recherche en sécurité sociale. L'Unité de recherche du secrétariat de l'AISS a assuré la coordination globale du projet, et le groupe de recherche et de conseil AS/tri à Leyde (Pays-Bas) était chargé de la coordination scientifique.

Nature de l'étude

Les organisations de la sécurité sociale et les ministères des affaires sociales ou de la santé des six pays précités ont coopéré à la conception de l'étude transnationale. Les participants à l'étude ont mis au point une conception de base fondée sur des études prospectives, réalisées à intervalles de deux ans, et portant sur des interventions médicales et des mesures de réadaptation, ainsi que leurs résultats. Les cohortes constituées devaient être homogènes sous l'angle du diagnostic médical. Les sujets retenus devaient être totalement incapables de travailler depuis un laps de temps déterminé. Ces conditions minimales devaient permettre la comparabilité des résultats. Il était cependant loisible à chaque pays d'étendre son étude nationale à d'autres dimensions, afin d'atteindre des objectifs et de concrétiser des choix nationaux.

Critères applicables à la cohorte

Afin d'être incorporés dans la cohorte, les sujets devaient satisfaire à un certain nombre de critères portant sur le diagnostic médical, les conditions d'emploi, l'incapacité de travail et les conditions d'âge.

1) L'incapacité de travail devait avoir pour cause principale des douleurs au niveau de la région lombaire, à savoir entre le bord inférieur de la 12e côte et les plis fessiers. Ont été exclues les personnes victimes d'un sectionnement de la moelle épinière qui avaient subi une intervention chirurgicale au cours des 12 derniers mois, ou dont l'affection était d'origine infectieuse ou cancéreuse.

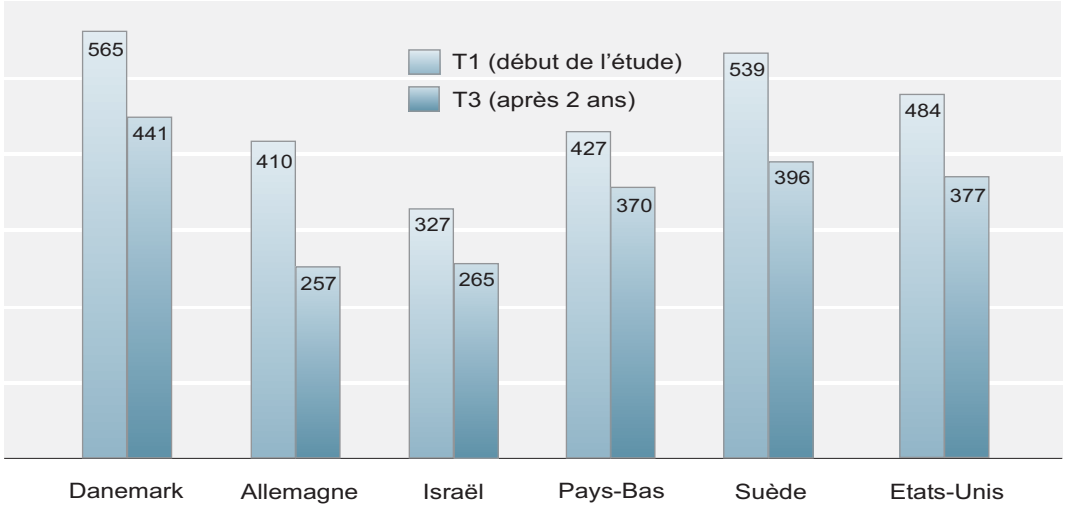
2) Les sujets devaient exercer un emploi (à temps plein ou à temps partiel) au moment où l'incapacité de travail était survenue et bénéficiaient, par leur emploi, des prestations versées par la sécurité sociale en cas de maladie ou d'invalidité.

3) Les sujets devaient avoir interrompu leur travail suite aux douleurs lombaires trois mois avant la date de l'incorporation dans la cohorte.

4) Les sujets devaient avoir interrompu entièrement leur activité professionnelle (et ne pas travailler à horaire réduit) et souffrir d'incapacité totale.

Le choix de la condition de trois mois pour l'incorporation dans la cohorte était motivé par des raisons administratives: il s'agissait du délai le plus court pour l'identification des sujets dans tous les pays. Quant aux conditions démographiques, les sujets devaient être âgés de 18 à 59 ans au moment de l'incorporation dans la cohorte et maîtriser suffisamment la langue usuelle de leur pays. Chaque pays était censé constituer une cohorte de 300 personnes au moins susceptibles d'être suivies pendant toute la durée de l'observation (21 mois).

Nombre de sujets dans les cohortes



Différences entre les cohortes

Les démarches entreprises pour la constitution des cohortes ont varié d'un pays à l'autre. En Allemagne, par exemple, en raison de la coopération avec trois institutions de sécurité sociale, ce sont essentiellement des travailleurs manuels qui ont été retenus. Aux Etats-Unis, les participants à l'étude ont été choisis dans deux Etats (la Californie et le New Jersey) parce que ceux-ci faisaient partie des cinq seuls Etats qui

possèdent des régimes d'incapacité temporaire, ce qui permettait aux Etats-Unis d'identifier les sujets en incapacité de travail depuis trois mois. A défaut, l'identification de la cohorte des Etats-Unis eût été plus difficile, étant donné que le régime d'assurance invalidité de l'Administration de la sécurité sociale exige que les personnes aient été en arrêt de travail pendant six mois au moins avant que la demande de prestations ne puisse être traitée. En Israël, les participants ont été recrutés dans le programme «Accidents du travail» qui, tout en faisant partie du système d'assurance sociale, ne constitue pas le programme général d'invalidité. Les cohortes du Danemark, des Pays-Bas et de la Suède ont été constituées à partir du régime général d'invalidité, ce qui les rend plus similaires à de nombreux égards. Bref, on ne peut tenir pour acquis que les cohortes sélectionnées constituent des échantillons pleinement représentatifs des populations actives dans les pays concernés. Elles doivent plutôt être considérées comme six cohortes différentes qui sont comparables en ce qui concerne les grandes variables connues pour affecter l'incapacité de travail.

Caractéristiques mesurées des cohortes

L'orientation fonctionnelle de l'étude WIR se prêtait à l'utilisation d'un simple modèle intrant-processus-extrant.

L'intrant était mesuré par les caractéristiques du sujet au moment où débutait l'incapacité de travail, dans les domaines suivants:

- Les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la composition du ménage, les revenus et l'activité professionnelle. Etaient également incluses certaines caractéristiques afférentes au travail, notamment les antécédents professionnels et les conditions de travail. Les caractéristiques de l'état de santé mesurées étaient le mode de vie, les habitudes à risque, la situation médicale exacte et l'état de santé ressenti. Les aspects sociopsychologiques mesurés concernaient la motivation au travail, les attitudes face au travail et à la santé, la faculté d'adaptation et les avis sur les incitations et les inhibiteurs offerts par la sécurité sociale par rapport à la reprise du travail.

- Les caractéristiques relatives à l'emploi donnaient un aperçu des situations sur le marché local du travail, de la taille et du secteur de l'entreprise, des perspectives économiques de l'entreprise, des stratégies en matière d'absence, de la politique de réinsertion, des conditions de travail et de l'avis de l'employeur sur les interventions, les incitations et les inhibiteurs ainsi que le réemploi du sujet.

Le **processus** a été mesuré au moyen d'une série d'interventions médicales et professionnelles. Une série claire d'interventions médicales visant le rétablissement a été établie. Un relevé des interventions professionnelles a montré une forte variation entre les pays de l'étude. En partant des renseignements recueillis auprès des équipes nationales, une clarification des concepts a été établie qui identifiait 26 interventions et incitations/inhibiteurs professionnels. Ceux-ci ont été classés en cinq catégories:

- Formation et instruction (professionnelle générale).
- Aménagements relatifs au travail (adaptations du lieu de travail, déplacements, horaire de travail, etc.).
- Facteurs motivants (subventions salariales, sanctions négatives, etc.).
- Evaluation de la capacité/incapacité de travail (y compris l'enquête de réadaptation).
- Services (recherche d'un emploi, prise en charge de jour des enfants, etc.).

La mesure évidente de l'**extrant,** ou du résultat, est la réintégration professionnelle complète ou partielle. Le statut de bénéficiaire en ce qui concerne le droit à des prestations sociales était aussi un résultat pertinent, qui ne coïncidait pas nécessairement avec la reprise ou non du travail. Le modèle théorique a certes été influencé par le contexte médical, le système de sécurité sociale, le marché de l'emploi, l'incapacité de travail et les mécanismes mis en œuvre pour la réadaptation (incitateurs ou inhibiteurs), qui diffèrent d'un pays à l'autre. Néanmoins, l'étude a pu s'appuyer sur de nombreuses similitudes entre les pays concernés.

Période d'observation et points de mesure

Une période de 24 mois après le premier jour d'incapacité a été définie pour contrôler les interventions et leurs résultats pour chaque sujet. Dans la plupart des pays, les mécanismes d'incapacité temporaire de travail ont une durée comprise entre moins d'un an et 18 mois au plus. Par conséquent, les interventions et les résultats qui concernent ces régimes sont entièrement pris en compte. Les cohortes sont définies par trois mois d'incapacité de travail, une durée qui, dans plusieurs pays, correspond à l'ouverture du droit dans la sécurité sociale.

Pour permettre une évaluation adéquate des mesures et des résultats dans les cohortes, trois points de mesure ont été utilisés:

- **Le premier (T1) a été effectué à l'issue de trois mois d'incapacité de travail**. Il porte sur une série de questions et de variables, notamment des données rétrospectives utiles concernant l'emploi, la santé et l'incapacité de travail au cours des trois premiers mois. Ce point de mesure a été fixé de manière à correspondre à la constitution de la cohorte. Le moment effectif de l'échantillonnage T1 n'est pas le même dans tous les pays en raison des particularités nationales qui ont retardé le moment de l'incorporation dans la cohorte.
  Généralement, le délai nécessaire pour l'incorporation (et pour la mesure T1) était de 90 à 120 jours après la cessation de l'activité lucrative et le début du congé maladie (dénommé «inscription comme malade»). Dans certains pays, les sujets ont dû être incorporés dans la cohorte beaucoup plus tard pour des raisons admi-

nistratives. Dans ces pays, on s'est efforcé de bien faire comprendre au sujet que certaines questions (sur l'état de santé, par exemple) concernaient la situation 90 jours après l'inscription comme malade. Ce retard dans l'évaluation n'a cependant entraîné aucune déviation significative dans les résultats enregistrés.

- **Le deuxième point de mesure (T2) s'est situé un an environ après le premier jour d'incapacité de travail**. Il visait, de manière rétrospective, les interventions effectuées et les avis des sujets à propos des incitations et des inhibiteurs entre T1 et T2, ainsi que les résultats pour T2.

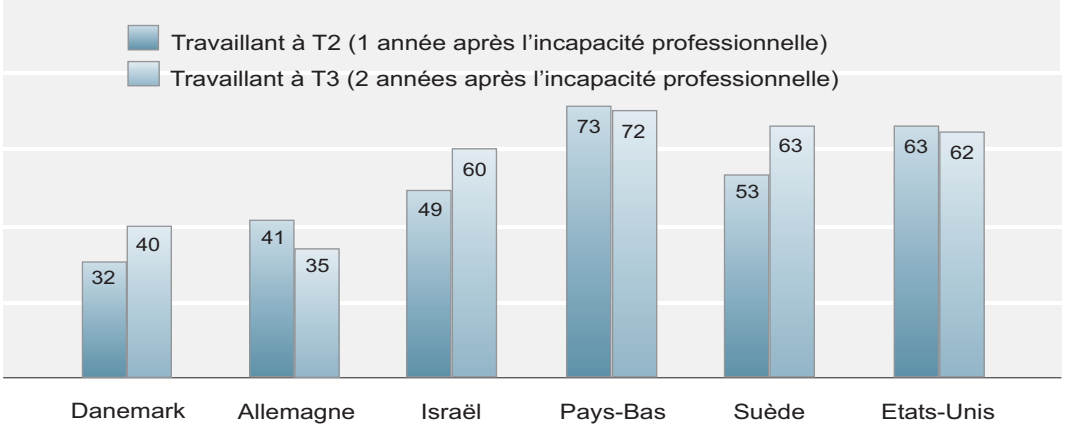
- **Enfin, la dernière mesure (T3) a été effectuée deux ans environ après le début de l'incapacité de travail**. Elle portait sur les interventions pratiquées au cours de la deuxième année et antérieurement, ainsi que sur certaines données relatives au contexte de sécurité sociale. La deuxième année était donc centrée sur les conséquences des interventions effectuées pendant la première année ainsi que des mesures prises pour empêcher l'incapacité permanente. ■

CONSTATATIONS ET LEURS IMPLICATIONS POUR LA POLITIQUE SOCIALE

La constatation la plus frappante était qu'**au cours de la période d'observation de deux ans, les écarts des taux de réinsertion professionnelle étaient très importants: 40 pour cent au Danemark et en Allemagne, 60 pour cent en Israël, en Suède et aux Etats-Unis, et plus de 70 pour cent aux Pays-Bas.** Même en tenant compte de la disparité de la cohorte, il est clair que les différences de résultats concernant le retour au travail dans les pays de l'étude peuvent s'expliquer par une série de facteurs indépendants de la composition de la cohorte. Un examen approfondi de ces facteurs est donc très important pour toutes les personnes qui s'intéressent à l'amélioration des mesures de réinsertion en faveur des travailleurs atteints dans leur santé.

Le graphique ci-dessous présente le pourcentage de la cohorte exerçant une activité aux points de mesure T2 et T3.

Situation relative à l'emploi à T2 et T3 (pourcentage de la cohorte exerçant une activité professionnelle)

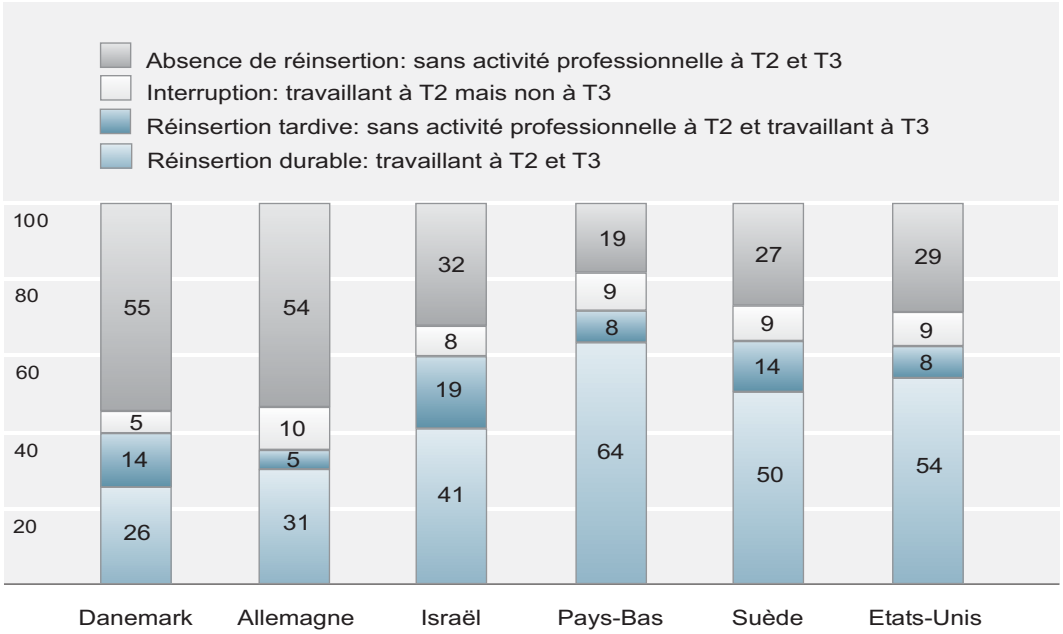


On constate, après une année, que le pourcentage des sujets qui travaillaient allait de 32 pour cent au Danemark à 73 pour cent aux Pays-Bas, et de 41 à 63 pour cent dans les autres pays. Au Danemark, en Israël et en Suède, le pourcentage de sujets qui travaillaient deux ans après le début de l'incapacité était en augmentation mais, en Allemagne, aux Etats-Unis et aux Pays-Bas, ce pourcentage avait légèrement diminué.

En ce qui concerne l'emploi, le graphique ci-dessous montre qu'il existait une corrélation très importante entre la situation au point T2 et la situation au point T3. En d'autres termes, les personnes qui travaillaient après un an avaient de plus fortes probabilités d'être également de retour au travail après deux ans. Il semble que la première année était décisive en ce qui concerne la réinsertion (ou l'absence de réinsertion), et que la deuxième année n'améliorait que peu la situation.

- Réinsertion durable: ceux qui travaillaient à T2 et travaillaient encore à T3.
- Réinsertion tardive: ceux qui ne travaillaient pas encore à T2 mais travaillaient à T3.
- Réinsertion interrompue: ceux qui travaillaient à T2 mais ne travaillaient pas à T3.
- Pas de réinsertion: ceux qui ne travaillaient ni à T2 ni à T3. (Note: ces schémas se fondaient sur des mesures faites à deux moments. Il est possible que ceux qui ne travaillaient ni à T2 ni à T3 aient travaillé pendant un certain temps au cours de la première ou de la deuxième année mais soient retombés en situation de non-travail à T2 ou à T3.)

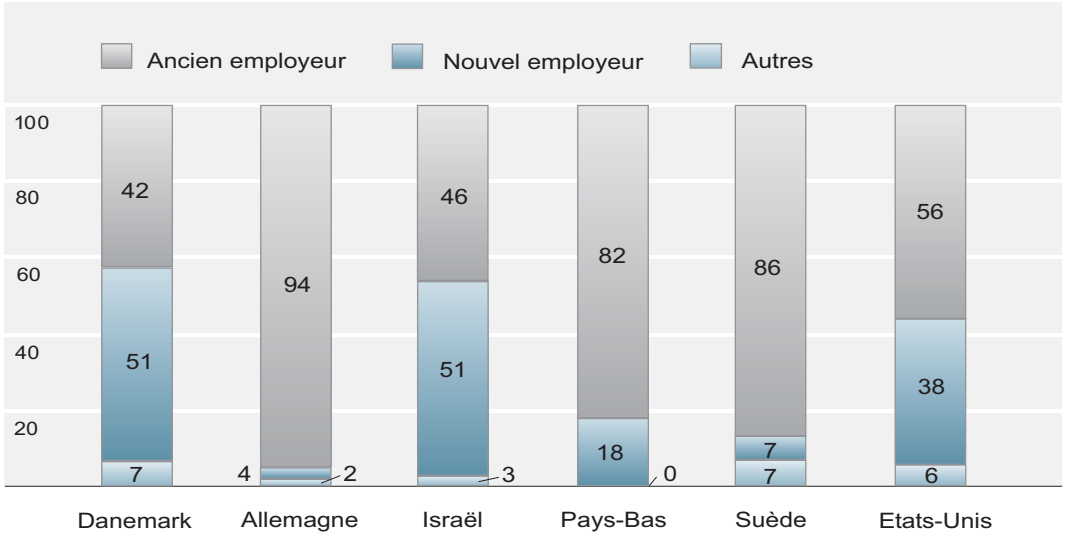
Schémas de réinsertion professionnelle (pourcentage de la cohorte)



La répartition de ces schémas de reprise du travail pour toutes les cohortes est présentée dans le graphique ci-dessus. Un faible pourcentage de sujets relève des catégories «réinsertion tardive» ou «rechute». La très grande majorité des sujets correspondait aux schémas «travail ininterrompu» ou «pas de réinsertion».

Une autre différence frappante a été constatée en ce qui concerne la reprise du travail auprès de l'ancien employeur ou d'un nouvel employeur. Dans les cohortes du Danemark et d'Israël, 50 pour cent environ des sujets travaillaient pour un nouvel employeur. Aux Etats-Unis, ce taux atteignait presque 40 pour cent. Le schéma constaté dans les cohortes des Pays-Bas et de l'Allemagne était toutefois totalement différent: 80 pour cent ou plus des sujets qui reprenaient le travail retournaient auprès de leur ancien employeur. En Suède, ce taux était de 70 pour cent. Dans ces trois pays, la réglementation et les pratiques du travail, la politique de gestion du personnel menée par les employeurs ou les services de réadaptation offrent aux travailleurs en incapacité de longue durée davantage de possibilités de conserver leur emploi. Il existait aussi des différences transnationales en ce qui concerne la qualité de la réinsertion. C'est ainsi que certaines catégories de travailleurs reprenaient le travail dans des emplois de moindre qualité que ceux qu'ils exerçaient avant d'être frappés d'incapacité. C'était particulièrement le cas pour la cohorte d'Israël et, dans une moindre mesure, pour la cohorte du Danemark. Dans ces cohortes, 55 et 33 pour cent, respectivement, des sujets qui reprenaient le travail occupaient des emplois moins qualifiés.

Réinsertion professionnelle par type d'employeur (pourcentage) à T3



Schémas de reprise du travail

D'un pays à l'autre, il existait des différences non négligeables de schéma de reprise du travail. Aux Pays-Bas et aux Etats-Unis, par exemple, ces taux élevés de retours au travail étaient déjà atteints au bout d'un an. En Allemagne, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis, le pourcentage maximum de retours au travail était déjà atteint au point de mesure à un an et on n'enregistrait, au cours de la deuxième année, aucun gain supplé-

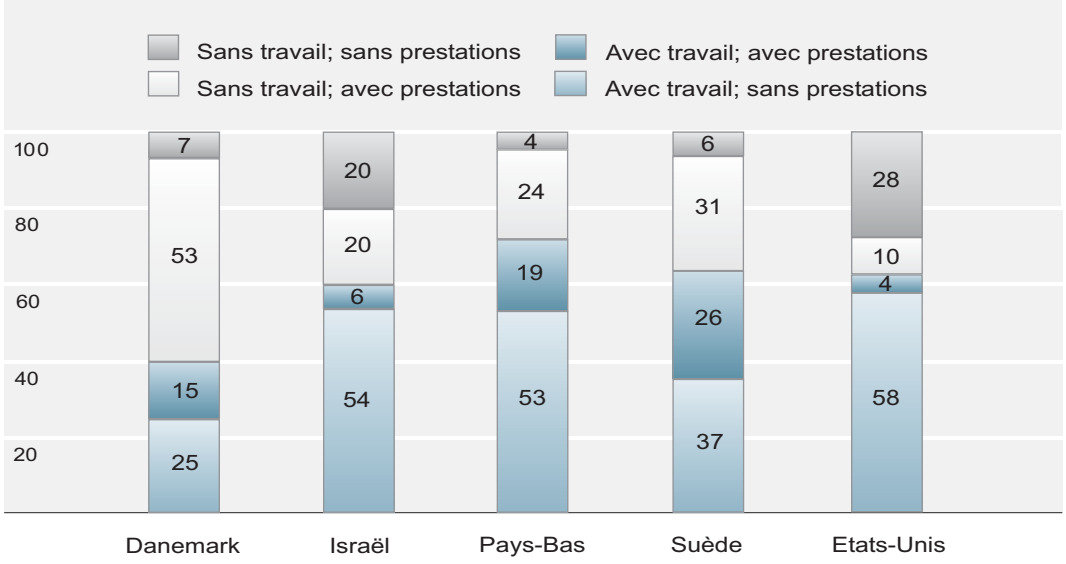
mentaire (parfois même une perte). Au Danemark, en Israël et en Suède, par contre, il y avait encore une certaine augmentation nette des taux de réinsertion au cours de la deuxième année. Ces écarts entre schémas de réinsertion sont frappants, même si l'on tient compte des différences entre cohortes (âge, situation professionnelle, etc.).

> Les implications de ces résultats sous l'angle des politiques sociales semblent souligner clairement l'importance d'une intervention précoce au moyen de stratégies efficaces. La plupart des cohortes n'ont enregistré qu'un faible gain au cours de la deuxième année (et il y a même eu certaines pertes). Il était certes tout aussi important que l'étude identifie les stratégies efficaces, mais les implications sont, à l'évidence, que les retards dans l'application de ces stratégies annuleront toute probabilité de réussite. L'architecture de la conception et des méthodes exigeait que les deuxième et troisième points de mesure se situent après un et deux ans seulement, et des études ultérieures devront affiner la question de la période optimale d'intervention au cours de la première année.

Statut de bénéficiaire après un an et deux ans

Quelle que soit la situation professionnelle, le statut de bénéficiaire est un critère déterminant sous l'angle économique. Comme les travailleurs qui constituaient les cohortes étaient couverts par la sécurité sociale en cas de maladie, on peut supposer qu'ils bénéficiaient tous de prestations après trois mois de maladie. Cela étant, il est plus utile

Situation relative à l'activité professionnelle et aux prestations à T3 (pourcentage de la cohorte)



Note: pas de données disponibles pour l'Allemagne.

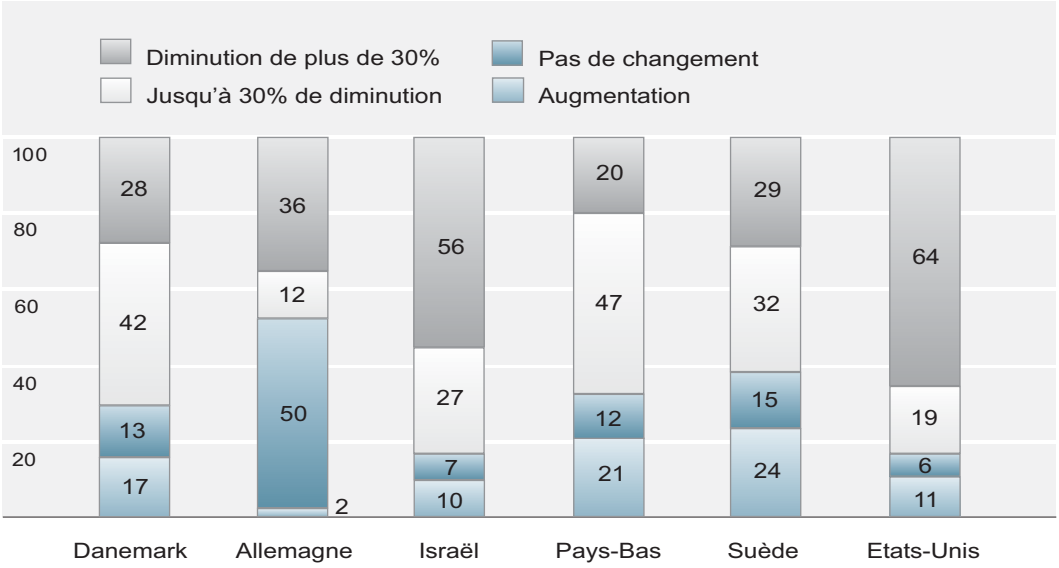
de savoir quelle était leur situation sous l'angle des prestations après une ou deux années d'inscription sur la liste des malades. Etant donné les différences entre systèmes nationaux d'assurance, leur situation d'allocataires peut être largement indépendante de leur situation professionnelle. Dans certains pays européens, un travailleur qui reprend le travail peut aussi, simultanément, percevoir des indemnités de maladie, d'invalidité ou d'accident du travail. La raison en est que leurs systèmes prévoient des prestations partielles (correspondant à un certain pourcentage de l'indemnité pour incapacité totale) pour ceux qui conservent ou retrouvent une partie (mais pas la totalité) de leur capacité de travail. Cette association de prestations et de travail est néanmoins extrêmement rare dans les programmes publics de sécurité sociale des Etats-Unis et d'Israël.[1]

En cas d'absence de réinsertion, diverses prestations peuvent s'appliquer. Si l'intéressé est toujours incapable de travailler suite à des douleurs lombaires ou à d'autres problèmes de santé, il peut percevoir des prestations de maladie, d'invalidité ou d'accident du travail. Dans le cas contraire, il peut éventuellement relever de l'assurance chômage et percevoir des allocations de chômage ou une aide sociale. Dans certains pays, plusieurs prestations peuvent coexister. L'étude a constaté d'énormes différences en ce qui concerne le statut du bénéficiaire chez ceux qui ne travaillaient pas au point de mesure T3. Aux Etats-Unis et en Israël, la majorité ne perçoit aucune des prestations citées ci-dessus. Au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas, ceux qui ne travaillaient pas après deux ans percevaient généralement des prestations de maladie ou d'invalidité. Aux Pays-Bas, beaucoup de ceux qui ne reprennent pas le travail perçoivent tantôt des allocations de chômage, tantôt plusieurs prestations simultanément (généralement des prestations d'invalidité partielle combinées avec des allocations de chômage partiel). Très logiquement, les différences de couverture existant entre les régimes d'assurances exerçaient également une influence sur la situation économique des personnes qui n'avaient pas repris un emploi au point de mesure T3. Le graphique ci-après montre les changements des revenus signalés après deux ans.

Dans les cohortes des Etats-Unis et d'Israël, plus de la moitié des sujets qui ne travaillaient pas au dernier point de mesure ont signalé une chute de plus de 30 pour cent de leurs revenus par rapport aux revenus réalisés avant l'incapacité de travail. Comme le montre le graphique ci-après, ce sont les cohortes de travailleurs non réinsérés aux Etats-Unis et en Israël qui sont le plus touchées, avec des pertes de plus de 30 pour cent des revenus (respectivement 64 et 56 pour cent). Dans les cohortes européennes, la perte de revenu était généralement beaucoup moins importante: un cinquième à un tiers seulement des non-réinsérés signalaient des baisses de revenu de plus de 30 pour cent. Autrement dit, la possibilité qu'offrent les pays européens de combiner des prestations sociales assurait un niveau supérieur de protection des revenus aux travailleurs malades, incapables de reprendre une activité lucrative.

1. Si l'incapacité était liée à un accident de travail, la personne pouvait à la fois travailler et percevoir une allocation au titre de l'assurance accident de travail.

Evolution du revenu personnel total net entre T0 et T3 pour les personnes qui ne travaillent pas à T3 (pourcentage)



Ces constats sont troublants en regard des politiques sociales. Il est généralement admis, par ces dernières, que l'activité lucrative doit fournir un revenu supérieur aux prestations sociales versées en cas d'incapacité de travail. Cela étant, l'assurance sociale est aussi fondée sur les principes d'équité et de «compensation convenable» des revenus. Le soutien populaire accordé aux régimes financés par système de répartition repose en partie sur l'idée que l'assurance, en cas d'incapacité de travail, versera un revenu de substitution comparable à un salaire, qui permettra de mener une vie normale, et non pas simplement de «survivre» . Les gestionnaires doivent donc examiner si les taux de remplacement qui entraînent une perte de revenu supérieure à 30 pour cent sont conformes aux principes d'équité et de «compensation convenable» du salaire. Cette question est particulièrement importante si le régime d'assurance n'indemnise pas une incapacité partielle de travail. En effet, la personne qui ne peut travailler à plein temps doit renoncer entièrement à travailler et vivre d'allocations modestes.[2]

Caractéristiques démographiques

L'étude a aussi mesuré une série de facteurs contextuels liés à la situation professionnelle deux ans après le début de la maladie. Elle a examiné en particulier s'il existait, en matière de reprise du travail, des différences liées à des caractéristiques démographi-

2. Le problème du taux de remplacement est plus prégnant encore si l'on tient compte du fait que le revenu protégé par les régimes d'assurance sociale est plafonné. Les salariés dont le revenu antérieur était supérieur à ce plafond subissent une baisse encore plus forte de leur revenu.

ques, de santé et d'emploi (antérieur). La plupart des caractéristiques présentaient un certain degré d'association avec la situation d'emploi après deux ans, du moins dans quelques pays.

On peut résumer comme suit certains schémas dans l'association entre caractéristiques démographiques et situation d'emploi apparue dans presque toute les cohortes:

- *Age:* dans toutes les cohortes (sauf aux Pays-Bas), les sujets du dernier groupe d'âge (55 ans ou plus) avaient le moins de chances d'être au travail à T3; dans plusieurs cohortes, cette faible probabilité existait aussi dans l'avant-dernier groupe (45 à 55 ans). En règle générale, les taux les plus élevés de reprise du travail n'étaient pas observés dans le premier groupe d'âge (moins de 24 ans) mais dans les deux groupes suivants (de 25 à 44 ans).

- *Sexe:* dans la plupart des cohortes, le taux de réinsertion était plus faible chez les femmes que chez les hommes.

- *Niveau d'instruction:* un niveau d'instruction faible (premier cycle du secondaire ou moins) était associé à des taux de réinsertion plus faibles.

- *Composition du ménage:* les personnes vivant seules présentaient constamment un taux de réinsertion inférieur à la moyenne. Pour les autres types de composition du ménage (partenaire seulement; enfants seulement; partenaire et enfants; autre), l'association avec la situation d'emploi était moins cohérente d'une cohorte à l'autre.

La plupart des conclusions de l'étude en ce qui concerne les caractéristiques démographiques étaient relativement prévisibles: le taux de retour au travail était le plus faible dans le groupe d'âge de 55 ans et plus: il était plus faible pour les femmes que pour les hommes; les niveaux d'instruction bas étaient associés à des taux de réinsertion faibles; vivre seul a un effet négatif sur le taux de réinsertion.

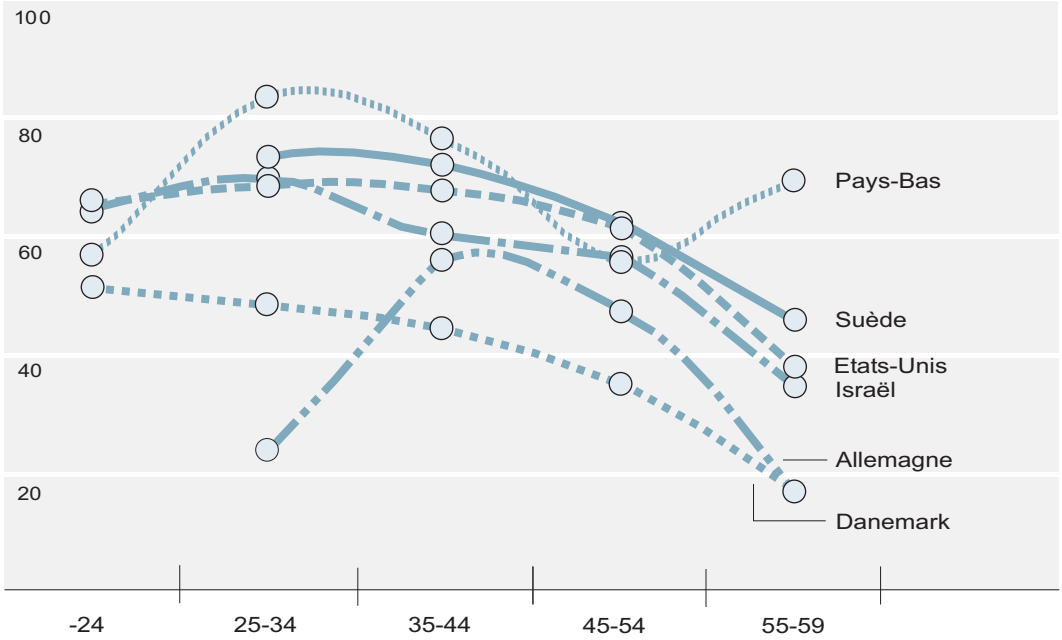
Cela étant, en dépit de ces tendances communes, on a relevé d'énormes différences entre pays en ce qui concerne les taux de réinsertion professionnelle à l'intérieur des sous-groupes. Ces taux varient fortement, même entre les sous-groupes qui présentent les taux de réinsertion les plus faibles à l'intérieur des cohortes. Par exemple:

- dans le dernier groupe d'âge (55 ans ou plus), les taux de réinsertion variaient de 17 pour cent dans la cohorte allemande à 68 pour cent dans la cohorte néerlandaise;

- à l'intérieur du groupe présentant le niveau d'instruction le plus bas, les taux allaient de 31 pour cent au Danemark à 68 pour cent aux Pays-Bas;

- parmi les sujets qui vivaient seuls, les taux variaient de 13 pour cent en Allemagne à 55 pour cent en Suède.

Age à T1 et reprise du travail à T3 (pourcentage de la cohorte)



Note: groupe des moins de 24 ans pour l'Allemagne et la Suède: non précisé (moins de 10 observations).

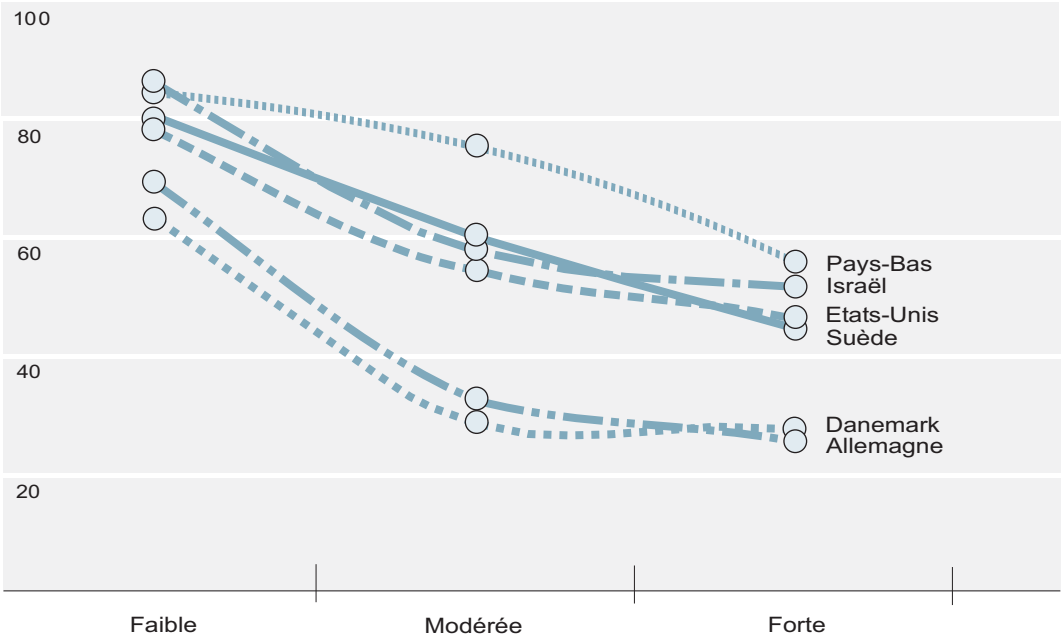
Du point de vue de la planification des politiques sociales, le fait que le premier groupe d'âge (moins de 24 ans) présentait un taux de réinsertion moins élevé que le suivant (25 à 44 ans) est assez préoccupant. L'explication logique serait évidemment que la cohorte d'âge la plus jeune risque d'avoir moins d'expérience professionnelle dont elle puisse tirer parti et éprouverait logiquement plus de difficulté à trouver un nouveau travail qui convienne après une période d'incapacité. Le résultat final de cette situation laisse toutefois présager de graves conséquences, tant pour les systèmes d'assurance sociale que pour les personnes concernées. Pour les systèmes d'assurance sociale, l'incidence financière de la non-réinsertion des jeunes est double. Primo, le système risque de devoir prendre en charge pendant 40 ans environ (jusqu'au passage au régime de la retraite) le bénéficiaire de prestations d'incapacité qui a moins de 24 ans. Secundo, dès lors que les systèmes financés par répartition dépendent des cotisations des travailleurs en activité pour financer les retraités et que plusieurs pays de l'enquête présentent déjà des ratios travailleurs/bénéficiaires faibles, toute personne jeune qui quitte la population active est, pour une longue durée, un cotisant de moins au système. Les planificateurs des politiques sociales doivent absolument s'efforcer de définir des stratégies efficaces de réinsertion professionnelle qui répondent aux besoins particuliers de cette population jeune.

De même, les conclusions qui concernent les différences hommes-femmes doivent être examinées sous l'angle de la causalité. L'explication est-elle simplement que les femmes qui se retrouvent en situation d'incapacité ne sont pas aussi motivées pour réintégrer le travail parce qu'elles ont un époux qui travaille; ou qu'après un épisode d'incapacité, elles éprouvent plus de difficulté à concilier les tâches ménagères et le travail; ou que, dans une même cohorte, leur niveau de compétences ou d'expérience est inférieur à celui des hommes, ce qui rend plus difficile le passage à un autre travail; ou que la discrimination que pratiquent les employeurs contre les travailleurs qui se retrouvent en situation d'incapacité est plus forte dans le cas des femmes? L'étude ne permet pas de déterminer laquelle de ces explications est la bonne, mais les constatations faites devraient inciter à d'autres recherches sur ce sujet, qui contribueraient à éclairer les politiques futures de réinsertion.

Etat de santé

Toutes les associations entre les indicateurs de santé au début et la situation d'emploi après deux ans étaient constamment linéaires: plus la douleur était légère et la capacité fonctionnelle élevée au début de la période, plus les taux de réinsertion étaient élevés dans toutes les cohortes**. L'aspect le plus intéressant était toutefois que l'intensité de la douleur était la seule caractéristique qui présentait un degré élevé d'association dans toutes les cohortes.** Il existait néanmoins des différences marquées

Intensité de la douleur à T1 et reprise du travail à T3 (pourcentage de la cohorte)



entre cohortes pour ce qui est des taux de réinsertion à niveaux égaux d'intensité de la douleur et de capacité fonctionnelle. En réalité, **dans certains pays, le taux de réinsertion des sujets présentant des douleurs importantes et une faible capacité fonctionnelle au début était deux fois plus élevé que dans d'autres pays.** Chez les sujets présentant des douleurs lombaires importantes (à T1), les taux de réinsertion allaient de 27 à 54 pour cent, et chez ceux présentant des capacités fonctionnelles faibles, ces taux variaient de 28 à 59 pour cent respectivement (Danemark et Pays-Bas). L'étude a aussi examiné d'autres facteurs qui pourraient influer sur les taux de reprise du travail, notamment des caractéristiques de l'emploi telles que l'effort physique et le stress lié au travail (définis comme le déséquilibre entre les exigences socio-psychologiques et la maîtrise). Ici aussi, les constatations ne sont pas surprenantes: l'étude a conclu que plus les exigences physiques étaient fortes, plus les taux de réinsertion étaient élevés, et que, dans toutes les cohortes, à l'effort physique le plus faible correspondaient les taux les plus élevés de réinsertion.

Les implications, sur le plan des politiques sociales, des conclusions relatives à l'état de santé ne sont guère surprenantes à première vue: à une intensité de douleur moins forte et une meilleure capacité fonctionnelle correspond, dans toutes les cohortes, un taux plus élevé de réinsertion. Beaucoup moins logiques sont toutefois les écarts marqués de taux de réinsertion constatés à l'intérieur des niveaux égaux d'intensité de douleur et de capacité fonctionnelle. En outre, comme relevé ci-dessus, les différences entre pays étaient énormes à l'intérieur des sous-groupes.

Il s'ensuit que les disparités mises en évidence par ces conclusions ne peuvent manquer de susciter de nouvelles questions quant aux raisons de ces écarts entre cohortes et sous-groupes sur le plan du travail, alors que l'état de santé est le même. Il en résulte que des études supplémentaires devraient être effectuées pour comprendre les réactions face à la douleur et le rôle de la motivation personnelle dans la gestion de la douleur. Il est clair aussi que, pour les personnes souffrant de douleurs intenses et de fortes limitations fonctionnelles, des facteurs non médicaux tels que la flexibilité du travail, l'attitude de l'employeur et les aménagements possibles peuvent aussi influer positivement ou négativement sur la reprise du travail.

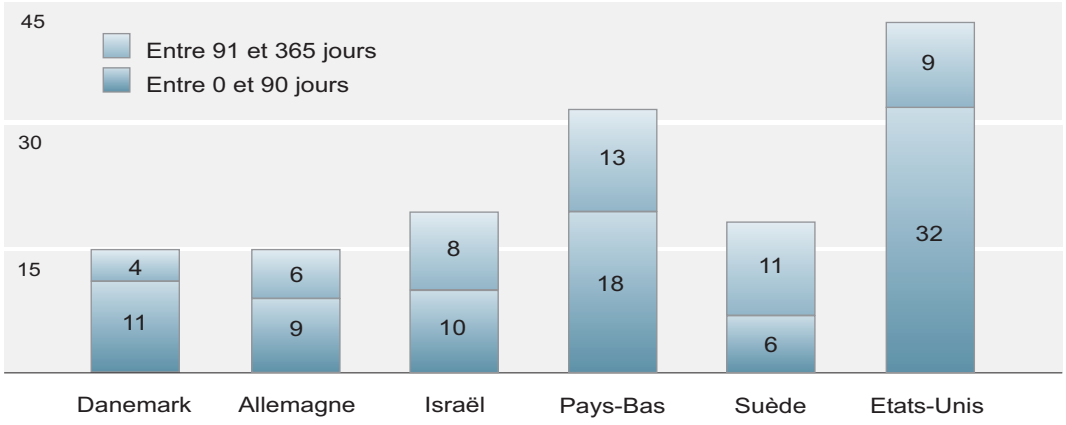
En résumé, les résultats sur le plan de la réinsertion professionnelle étaient très différents entre les six cohortes. Si certaines «variables fondamentales» présentaient une corrélation constante avec les taux de réinsertion dans toutes les cohortes, ces universalités ne tiennent pas compte des différences entre pays: à l'intérieur des sous-groupes démographiques aussi, les taux de réinsertion étaient très différents d'une cohorte à l'autre. Dès lors, on pouvait se poser la question de savoir dans quelle mesure les différences constatées entre les cohortes, en ce qui concerne les taux de réinsertion, tenaient à l'éventail des mesures d'intervention déployées dans chacune d'elles.

Conclusions relatives aux prestataires de soins et aux interventions médicales

Outre l'existence d'une «plate-forme» de prestations de maladie qui contribuent à promouvoir la reprise du travail, on a longtemps considéré que le type effectif de traitement médical et celui qui l'administre étaient des facteurs déterminants pour la réussite de la réinsertion. Dès lors, plusieurs questions ont été posées aux participants à l'étude, afin de déterminer: 1) qui assure le traitement; 2) quels traitements médicaux sont administrés; 3) quel est le traitement ou la série de traitements qui semble produire les meilleurs résultats. On leur a demandé à quels types de prestataires de soins (médecin de famille, médecin d'entreprise, spécialiste ou physiothérapeute) ils s'étaient adressés pour leurs douleurs lombaires. Par rapport à la proportion des sujets qui travaillaient au point de mesure de T3, les réponses étaient similaires pour chaque cohorte. Les seules différences étaient que les sujets de la cohorte allemande ayant repris le travail avaient plus souvent été traités par un médecin d'entreprise, et que ceux des cohortes danoise et américaine avaient moins souvent été vus par un médecin d'entreprise.

Les diagnostics et les traitements médicaux appliqués dans les six pays comportaient une série de démarches courantes: radiographie; hospitalisation; interventions chirurgicales au niveau lombaire; acupuncture; piqûres et médicaments pour soulager la douleur; traitements de la tonicité musculaire/de mobilisation, notamment. **En règle générale, le recours aux interventions médicales n'a guère ajouté à ce qui avait déjà été prédit en se basant sur l'état de santé initial et quelques caractéristiques de base significatives. En résumé, à une exception près, il s'est avéré qu'il n'existait pas de relation significative entre les traitements médicaux et la reprise du travail.** Les auteurs de l'étude ont toutefois relevé qu'il ne fallait pas en déduire que les interventions médicales n'étaient pas efficaces. Une aggravation des fonctionnalités lombaires peut avoir été une des raisons du traitement plutôt que son effet; si c'est le cas, une intervention efficace pourrait malgré tout déboucher sur une amélioration apparemment limitée de ces fonctionnalités.

Fréquence des interventions chirurgicales (pourcentage de la cohorte)



Le seul effet positif des interventions médicales a été constaté dans la cohorte suédoise, où les interventions chirurgicales au cours des trois premiers mois ont produit une légère amélioration des capacités fonctionnelles lombaires. Il est intéressant de noter que, des six cohortes, la cohorte suédoise présentait la fréquence la plus faible d'interventions chirurgicales précoces, ce qui peut indiquer que le processus de sélection de ces cas d'intervention est plus efficace en Suède. Le recours limité mais efficace à la chirurgie du dos dans la cohorte suédoise est à l'extrême opposé de ce qui se passe dans la cohorte des Etats-Unis où la fréquence des interventions est cinq fois plus élevée cours de la même période, sans pour autant que les résultats soient meilleurs.

En Suède, par exemple, l'intervention chirurgicale lourde n'est généralement envisagée que dans quelques cas de douleurs insupportables ou associées à des déficiences neurologiques graves. Les faibles taux d'intervention chirurgicale pour les sujets en Suède, en Allemagne et au Danemark pourraient être un effet de la tendance à attendre systématiquement de voir s'il y a diminution spontanée des symptômes ou maintien à un niveau d'indication chirurgicale. On estime que le délai maximum pour cette approche attentiste est de trois mois.

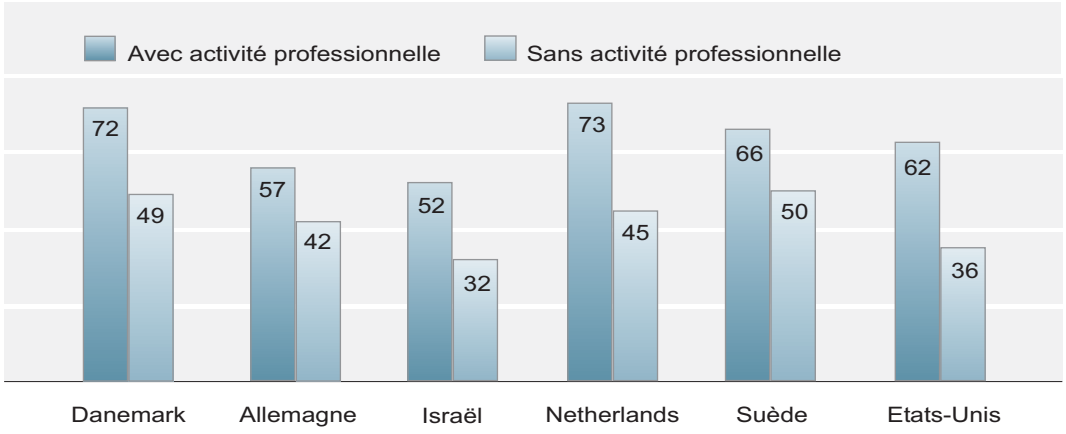
L'ouvrage *Who Returns to Works and Why?* cite certaines conclusions de la littérature médicale selon lesquelles le résultat des interventions chirurgicales est moins favorable après trois mois. On peut formuler, à titre d'hypothèse du moins, quelques explications possibles du taux élevé d'interventions chirurgicales aux Etats-Unis et aux Pays-Bas. L'une d'elles serait que les indications d'intervention diffèrent d'un pays à l'autre. Une autre, que les cohortes correspondent à des populations différentes et que, pour un grand nombre de sujets de ces pays, la cause première de l'incapacité de travail était l'intervention plutôt que le report de l'intervention. Enfin, une troisième explication résiderait dans les incitations économiques différentes des divers systèmes de soins de santé. Il est certain que, dans un système privatisé comme celui des Etats-Unis, les incitations financières à recommander une intervention chirurgicale sont plus fortes, pour les orthopédistes, que dans un système tel que celui de la Suède, où les médecins perçoivent plus souvent un salaire mensuel fixe.

Comme le montre le graphique ci-après, **dans les six cohortes, les sujets qui avaient repris le travail dans le délai d'un an avaient, statistiquement, une fonctionnalité lombaire sensiblement meilleure que les autres.**

La notation AVQ[3], où la note la plus élevée est la meilleure, va de 52 pour la cohorte israélienne à 73 pour la cohorte néerlandaise pour les sujets qui travaillaient après un an, et de 32 pour la cohorte israélienne à 50 pour la cohorte suédoise pour les sujets qui n'avaient pas repris le travail après un an. La seule corrélation positive de dépendance

3. AVQ revoie à l'échelle de Hanovre des activités de la vie quotidienne (AVQ), qui représente les limitations fonctionnelles courantes dues aux douleurs lombaires sur la base de 12 activités quotidiennes. Les valeurs de cette échelle vont de 0 (la plus grande limitation possible) à 100 (pas de limitation). Une note de 70 points ou moins est considérée comme une indication clinique.

Fonctionnalité lombaire – notation AVQ (moyenne) et situation d'emploi à T2



parmi les sujets qui travaillaient et avaient amélioré leur fonctionnalité lombaire concernait ceux qui, en Suède, avaient subi une intervention chirurgicale du dos et avaient repris le travail. En Suède, en Allemagne et aux Etats-Unis, l'état de santé général était meilleur chez les sujets qui avaient repris le travail dans l'année que chez les autres. Un des effets du traitement médical était manifeste: dans chaque cohorte, et dans la plupart des cas, le traitement médical avait débouché sur une amélioration de l'état de santé subjectif des sujets. Cette amélioration ne correspondait pas nécessairement, toutefois, à une amélioration de la fonctionnalité lombaire et à une diminution de la douleur, les deux indicateurs de santé les plus étroitement liés à la réinsertion professionnelle.

Sous l'angle des politiques sociales, les implications des conclusions relatives aux interventions médicales sont tout à fait étonnantes et méritent une étude plus poussée. La cohorte suédoise présentait la fréquence d'interventions chirurgicales la plus faible, mais les meilleurs résultats chirurgicaux en ce qui concerne la reprise du travail. Il semblerait que ce pays ait, plus que les autres, approché la perfection dans son processus de sélection des candidats présentant une indication chirurgicale et/ou dans la manière dont l'intervention est réalisée en vue d'obtenir un effet positif sur l'amélioration de la santé. La cohorte des Etats-Unis présentait une fréquence de chirurgie lombaire cinq fois plus élevée que la cohorte suédoise, sans que les résultats soient meilleurs. Les Etats-Unis ont un pourcentage de dépenses de soins de santé (mesurées en pourcentage du PIB) nettement supérieur à celui de tous les autres pays de l'étude WIR (le double, dans certains cas). On peut donc raisonnablement s'interroger sur l'efficacité d'une politique de soins de santé qui encourage le recours fréquent à la chirurgie pour des pathologies aussi courantes que les lombalgies. Cette situation est particulièrement significative s'il l'on considère que l'étude a observé que, dans les six cohortes, les sujets qui avaient repris le travail au cours de la première année avaient, statistiquement, une meilleure fonctionnalité lombaire que les autres. Ces conclusions plaident non seulement en faveur d'une intensification des efforts médicaux et

professionnels au cours de l'année qui suit la survenance de l'incapacité mais aussi, ce qui est plus important, pour des politiques du marché du travail qui contribuent à maintenir le poste de travail inoccupé pendant cette période.

Enfin, le nombre de traitements administrés aux sujets était important. Même ceux qui ne signalaient pas d'amélioration de leur état de santé après un an ont continué à recevoir de nombreux traitements. Si cette approche semble raisonnable, vu l'absence d'amélioration de leur état, il est toutefois frappant qu'un si grand nombre de traitements et d'interventions ait pu n'avoir aucun effet bénéfique sur l'état de santé. En ce qui concerne la politique de la santé, ces conclusions induisent clairement la nécessité de nouvelles recherches qui porteraient sur la mesure de l'efficacité (ou de l'inefficacité) des interventions médicales, et sur la détermination du moment auquel elles doivent être dispensées.

Situation en matière de protection de l'emploi

Mis à part quelques facteurs tels que l'état de santé du travailleur, les conditions de travail ou le fonctionnement du système des prestations, l'étude a conclu que **la situation en matière de protection de l'emploi du travailleur influe de manière non négligeable sur son retour, ou non, auprès de son ancien employeur.** Est en cause ici, le droit du travailleur en congé maladie de conserver son emploi ou, inversement, le droit de l'employeur de licencier un travailleur pour absence prolongée due à la maladie ou à l'invalidité. L'étude WIR a révélé non seulement qu'il existait des différences considérables sur ce point entre les six pays, mais aussi que le degré de protection affectait considérablement les résultats.

Aux Etats-Unis, au Danemark et en Israël, le licenciement pendant une période d'incapacité de travail (congé maladie) est autorisé. Au Danemark pour plusieurs catégories de travailleurs, l'employeur est en droit de licencier tout travailleur après 120 jours d'absence pour maladie au cours d'une même année (depuis 1997, ce n'est plus le cas pour les travailleurs du secteur public). Aux Etats-Unis et en Israël, aucune réglementation prévoyant le maintien du salaire en cas de congés maladie fréquents ou de longue durée ne protège les travailleurs. Aux Etats-Unis, la *Family and Medical Leave Act*, de 1993, prévoit certes une protection importante de l'emploi des travailleurs en autorisant un congé pouvant atteindre 12 semaines par période de 12 mois en cas d'incapacité de travail pour affection grave. Il faut toutefois préciser qu'il s'agit d'un congé **non rémunéré** et que la protection consiste simplement à interdire le licenciement au cours de cette seule période de 12 semaines.

Les règles et pratiques des trois autres pays en matière de licenciement pour maladie sont totalement différentes. Dans ces trois pays, c'est essentiellement le travailleur malade ou invalide qui bénéficie de la protection. C'est ainsi qu'en Allemagne l'employeur peut inclure dans le contrat de travail des dispositions précisant à quel moment peut survenir un licenciement pour cause de maladie, mais il existe au moins une certaine protection de l'emploi pour les travailleurs en incapacité de travail. Aux Pays-Bas,

il est interdit de licencier un travailleur en congé maladie pendant les deux années qui suivent la survenance de la maladie ou de l'incapacité. Le service public néerlandais de l'emploi est en droit d'examiner la légitimité de tout licenciement prévu, le principal critère de licenciement admis étant les conséquences organisationnelles et économiques des absences fréquentes («perturbation du processus de production»). Enfin, en Suède, le licenciement est subordonné à certaines conditions: les possibilités de réadaptation et de réinsertion au poste de travail initial doivent avoir été épuisées sans succès (c'est le cas, en particulier, pour les entreprises de grande taille).

En résumé, les constatations ont révélé que **la situation en matière de protection de l'emploi du travailleur en incapacité de travail suite à une maladie ou un handicap influe de manière non négligeable sur sa réinsertion, ou non, auprès de son ancien employeur.** L'étude a conclu que, dans les pays où l'employeur avait le droit de licencier les travailleurs après un délai assez bref, il le faisait généralement, ce qui réduisait leurs chances de réintégrer un jour le marché du travail.

Sous l'angle des politiques sociales, la question de la situation en matière de protection de l'emploi gagne en importance encore si l'on prend en compte les conclusions précitées, à savoir que les sujets qui avaient repris le travail dans le délai d'un an avaient, statistiquement, une fonctionnalité lombaire sensiblement meilleure que les autres. Il est certain que les dispositions prévoyant un licenciement rapide peuvent faire obstacle à toute possibilité de reprise du travail auprès du même employeur, mais les conclusions de l'étude montrent qu'elles peuvent aussi entraîner globalement un retard ou des taux plus faibles de réinsertion. Les constatations relatives aux Etats-Unis, par contre, ont indiqué un taux globalement assez élevé de réinsertion (62 pour cent, dont 35 pour cent auprès de l'ancien employeur, 24 pour cent auprès d'un nouvel employeur, et 3 pour cent dans un emploi indépendant), en dépit ou en raison des pratiques de licenciement rapide, plus courantes chez les employeurs aux Etats-Unis. Il faut dès lors examiner si, dans leur hâte à licencier et à remplacer un travailleur malade, les employeurs ne rendent pas un très mauvais service au travailleur comme à eux-mêmes. Dans le cas du travailleur, cette pratique est susceptible d'entraver, voire d'empêcher sa réinsertion en raison de la nécessité de trouver un emploi auprès d'un nouvel employeur, ce qui peut être particulièrement difficile après avoir contracté une affection invalidante. De plus, le licenciement rapide peut aussi être une mauvaise décision pour l'employeur lui-même, en raison de la perte d'un travailleur expérimenté qui, si on lui en avait laissé le temps, aurait pu réintégrer le travail, ce qui aurait peut-être favorisé son rétablissement.

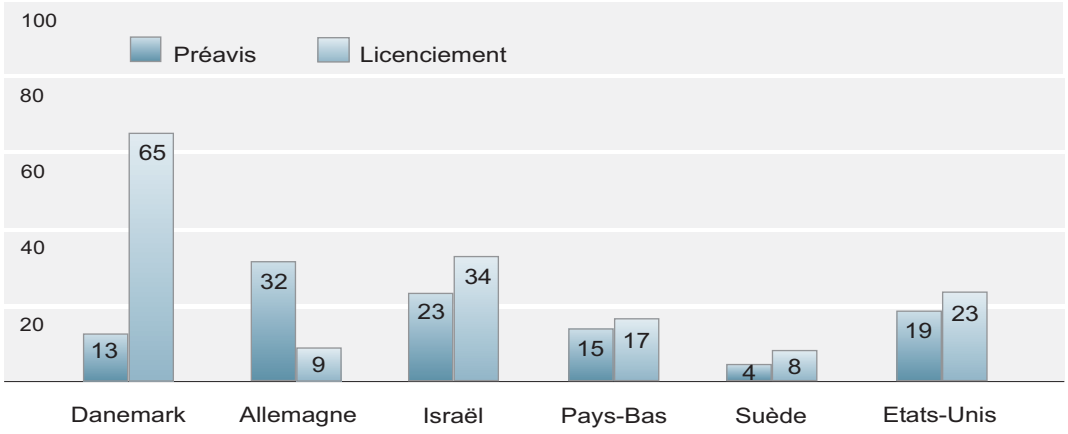
Sous l'angle des politiques sociales, l'enseignement de ces conclusions pour les employeurs est qu'ils devraient envisager sérieusement l'adoption d'une attitude d'attente en cas d'absence pour maladie ou invalidité d'un travailleur apprécié, du moins l'année qui suit son départ en congé maladie. Les employeurs devraient à coup sûr envisager le cas échéant de faire appel à des travailleurs temporaires ou permuter les tâches plutôt que de recourir trop rapidement au licenciement. En effet, il n'est pas gratuit d'engager un travailleur de remplacement, d'assurer sa

formation et d'attendre que sa productivité atteigne celle du travailleur licencié. Sur le plan macroéconomique, les pays dont la politique d'emploi permet aux employeurs de recourir librement au licenciement peuvent, sans le vouloir, contribuer à allonger leurs propres listes de travailleurs bénéficiant de prestations d'invalidité. En effet, la possibilité, pour les travailleurs malades ou handicapés, de réintégrer le travail au cours de la première année d'incapacité moyennant certains aménagements ou ajustements peut être perdue.

Préavis de licenciement et licenciement effectif

L'étude a constaté que le **préavis de licenciement par l'employeur était utilisé assez fréquemment et avait pour effet d'accélérer la reprise du travail**. En Allemagne, le préavis de licenciement au cours des deux premières années de l'incapacité était relativement fréquent et concernait 32 pour cent des sujets. Assez curieusement, la plupart de ces préavis n'étaient pas exécutés en pratique: seuls 9 pour cent des travailleurs de la cohorte étaient effectivement licenciés. Le recours au préavis était aussi très courant en Israël et aux Etats-Unis: un cinquième environ des travailleurs en incapacité de travail étaient prévenus qu'ils risquaient d'être licenciés. Au Danemark et aux Pays-Bas, 13 à 15 pour cent d'entre eux recevaient un préavis, contre 4 pour cent seulement en Suède.

Préavis de licenciement et licenciement à T2 ou T3 (pourcentage de la cohorte)



Les constatations ont aussi montré que la menace de licenciement jouait le rôle escompté: ceux qui avaient été menacés de licenciement sans être effectivement licenciés présentaient un taux de réinsertion plus élevé à la fin de la période de suivi. Au Danemark, en Israël et aux Etats-Unis, la plupart des préavis et des licenciements effectifs intervenaient au cours de la première année (avant 5 mois en moyenne). En

Suède, les quelques préavis et licenciements ont tous eu lieu au cours de la deuxième année. Dans la cohorte danoise, par contre, le nombre de licenciements effectifs était élevé: 65 pour cent se sont produits au cours des deux premières années suivant le début de l'incapacité de travail. Dans la cohorte d'Israël et dans celle des Etats-Unis, un grand nombre de sujets ont également été licenciés (respectivement 34 et 23 pour cent).

Par ailleurs, les résultats contradictoires de l'étude WIR, portant sur deux pays par ailleurs similaires, ont permis de démontrer l'importance des mesures de protection de l'emploi en regard des politiques libérales de licenciement.

La différence de résultats pour les cohortes néerlandaise et danoise, en particulier, est extrêmement instructive. En utilisant l'analyse typologique, l'étude a conclu que les deux cohortes aux Pays-Bas et au Danemark étaient des «couples de pays», autrement dit, qu'elles présentaient le plus de similitudes pour le plus grand nombre de variables: âge, niveau d'instruction, ancienneté moyenne dans l'emploi actuel, limitations fonctionnelles, intensité de la douleur. Au Danemark, toutefois, en raison du droit précité des employeurs de licencier les travailleurs après 120 jours d'absence pour maladie, 62 pour cent de la cohorte ont connu le chômage au cours de la première année et ont dû trouver un nouvel emploi ou changer d'activité. Le résultat était qu'au Danemark, 44,6 pour cent seulement de ceux qui ont effectivement repris le travail au point de mesure T3 sont retournés chez leur ancien employeur. A l'autre extrême, aux Pays-Bas, 81,9 pour cent d'entre eux sont retournés chez leur ancien employeur dans le même délai. **L'environnement protecteur des Pays-Bas a non seulement contribué à un taux plus élevé de réinsertion réussie (71,6 pour cent, contre 39,7 pour cent au Danemark) mais a en outre permis d'atteindre ce résultat au cours de la première année de l'absence pour maladie.**

Il existe, sous l'angle des politiques, une différence considérable entre les préavis de licenciement, en particulier si l'employeur soupçonne le travailleur de simulation, et le recours effectif au licenciement. De plus, le choix du moment du licenciement effectif est particulièrement critique par rapport à la réinsertion professionnelle. Il existe toutefois des implications de politique sociale à prendre en compte, en ce qui concerne le recours aux préavis, en particulier si le travailleur n'est pas encore en mesure de reprendre le travail ou reprend le travail sans aller mieux. D'une part, les constatations relatives à la Suède indiquent que la meilleure thérapie pourrait être le travail lui-même. D'autre part, les menaces de licenciement risquent, utilisées seules, de créer une relation conflictuelle entre les employeurs et les travailleurs. Il est clair que la réponse idéale consiste à agiter la carotte et à ne manier le bâton qu'en cas de nécessité. Les menaces de licenciement doivent être précédées d'offres de réadaptation, d'aménagements et d'ajustements et doivent être employées à bon escient, sous peine d'affaiblir la relation employeur-travailleur et de produire un effet négatif sur la réinsertion professionnelle.

Flexibilité du travail

Les conclusions effectives, pour les cohortes de l'étude, indiquent que la flexibilité générale du système néerlandais semble avoir contribué aux efforts de réintégration professionnelle. Dans la cohorte néerlandaise, la reprise du travail était souvent appuyée par des interventions temporaires ou permanentes. Les Néerlandais, en particulier, semblaient recourir de manière optimale à ce que l'étude qualifie de reprise «thérapeutique» du travail. Il s'agit plus précisément d'une réinsertion assortie d'une formation professionnelle compensée par un horaire hebdomadaire initial réduit. Les Allemands qualifient ce principe de «reprise progressive du travail», indiquant par là que l'horaire est augmenté progressivement à mesure que les fonctionnalités du travailleur s'améliorent.

La médaille peut toutefois avoir un revers qui peut expliquer le taux très élevé de reprise du travail pour la cohorte néerlandaise. Il est possible que la cohorte néerlandaise comportait plus de cas de «malades en congé de courte durée prolongé» que les cohortes des autres pays. En d'autres termes, il se peut que des cas d'incapacité de travail qui auraient pris fin dans les 90 jours dans d'autres pays, se soient prolongés au-delà de ce délai aux Pays-Bas en raison du caractère protecteur et de la générosité relative du système. Dans la mesure où l'on disposait de chiffres dans ce domaine, les comparaisons ont montré qu'en effet les Pays-Bas présentaient une très forte proportion de travailleurs absents depuis trois mois. Cette fréquence plus élevée des longues absences pourrait signifier que l'incapacité de travail effective était moindre dans la cohorte néerlandaise que dans celles des autres pays.

Les Néerlandais appuient par ailleurs la réinsertion en prévoyant, le cas échéant, des adaptations du lieu de travail et des modifications du contenu des tâches. L'étude a conclu en outre que les aménagements globaux du travail (adaptation du lieu de travail, adaptation de l'horaire de travail, modification de la conception des tâches ou du lieu de travail, reprise «thérapeutique» du travail) étaient appliqués le plus rapidement aux Pays-Bas (à six mois environ) et le plus tardivement aux Etats-Unis (à neuf mois environ). On ne dispose pas de chiffres pour l'Allemagne mais, dans les autres pays, ces interventions se produisent généralement après sept mois. Les Pays-Bas et la Suède sont toutefois les seuls pays à avoir signalé l'application d'une stratégie de reprise «thérapeutique» du travail.

Les conclusions de l'étude étaient révélatrices en ce qui concerne la souplesse de la législation du travail et, en particulier, les pratiques des employeurs quant à la manière dont le système en place contribuait ou non à la réinsertion. Le contraste entre les pratiques aux Pays-Bas et celles des employeurs danois était particulièrement intéressant. En dépit de la similitude étroite entre les deux cohortes, près de 72 pour cent des Néerlandais reprenaient le travail, contre quelque 40 pour cent seulement de Danois.

Les implications de ces conclusions sur le plan des politiques sociales sont tout à fait étonnantes. Il y a non seulement le fait que la protection des emplois semble jouer un rôle non négligeable pour expliquer cette conclusion, mais l'existence ou non de mesures de soutien appropriées est aussi d'une extrême importance. Les conclusions indiquent que le système néerlandais prévoit toute une série de mesures d'accompagnement qui permettent au travailleur qui réintègre le travail de le faire progressivement et de profiter des mesures de soutien nécessaires, à savoir non seulement les aménagements classiques de l'emploi, par exemple sur le plan de l'équipement, mais aussi l'adaptation de l'horaire de travail, la modification du poste de travail, la redéfinition des tâches, etc.

Les réformes néerlandaises de la décennie quatre-vingt-dix ne se sont pas bornées à introduire la protection des emplois et le transfert de la charge financière du secteur public à l'employeur. Elles ont aussi imposé aux employeurs un rôle actif dans la réintégration des travailleurs en congé de maladie. Les employeurs sont tenus d'avoir une politique formelle en matière de prévention des maladies et d'absentéisme et sont chargés de mettre en place des plans de réinsertion pour les travailleurs frappés d'incapacité et de faire tout ce qui est en leur pouvoir pour les réintégrer dans l'entreprise. L'employeur est tenu de faire appel à une entreprise privée de conseil pour l'aider à mettre en œuvre une politique de prévention et de réintégration.

On voit donc que la situation néerlandaise dans laquelle les employeurs maintiennent l'emploi inoccupé et servent des allocations aux travailleurs malades ou accidentés contribue aussi fortement à favoriser la conservation de l'emploi en encourageant la coopération et la flexibilité entre l'employeur et le travailleur. Par contre, dans les systèmes où le travailleur malade ou accidenté est contraint de quitter l'emploi qu'il occupe et de trouver du travail auprès d'une autre entreprise, il y a très peu de chances que l'employeur accepte de faire preuve de souplesse et admette une reprise du travail par étapes ou un allégement des tâches. Au mieux, cette souplesse serait probablement de courte durée. Les politiques d'emploi qui autorisent et/ou encouragent le licenciement précoce des travailleurs malades ou handicapés, comme c'est le cas au Danemark, peuvent faire obstacle à la possibilité de remettre le travailleur au travail auprès de son ancien employeur. En outre, les régimes de l'assurance invalidité qui, dans des pays comme les Etats-Unis, imposent la condition préalable du licenciement par l'ancien employeur pour pouvoir bénéficier des prestations d'invalidité peuvent, sans le vouloir, aggraver les difficultés de réinsertion pour les travailleurs victimes de maladies ou de déficiences graves.

Stratégies d'intervention précoce

Un autre principe reconnu d'une bonne politique de réadaptation est l'identification et, si indiquée, l'intervention précoces. Il s'ensuit que le processus formel pour l'obtention des prestations de maladie dicte généralement les délais. Dans tous les pays de

l'étude, les travailleurs étaient tenus d'informer leur employeur de leur absence au travail pour incapacité très rapidement après le début de celle-ci. Bien qu'il semble y avoir une approche assez commune du processus d'attestation, il faut néanmoins reconnaître que ces prescriptions sont, en réalité, des formalités administratives qui ont peu d'effet sur la probabilité d'une réinsertion professionnelle. A cet égard, la véritable question est l'existence de mesures de réadaptation et le moment où ces mesures sont prises. L'étude a constaté qu'en Suède, c'est la sécurité sociale qui, en collaboration avec l'employeur, coordonnait et planifiait le programme de réadaptation entamé à partir de la huitième semaine. Aux Pays-Bas, la sécurité sociale supervise les mesures de réadaptation prises par l'employeur dès la treizième semaine. Au Danemark, les potentialités de réadaptation étaient évaluées, planifiées et financées par la sécurité sociale trois mois après le début de l'incapacité de travail. En Allemagne, la sécurité sociale entamait les mesures de réadaptation au début des versements au titre de la sécurité sociale. En Israël, la réadaptation financée par les pouvoirs publics ne commence qu'après que les prestations d'invalidité sont accordées.

Sur le plan des politiques sociales, on ne peut souligner assez les implications du lien entre l'offre de services de réadaptation et l'organisme qui verse les prestations. Dans plusieurs pays de l'étude, l'offre de services de réadaptation professionnelle faisait partie intégrante du processus des prestations et relevait généralement de l'organisme qui sert les prestations. Dans les modèles intégrés de ce type, le système a intérêt à remettre le bénéficiaire au travail le plus rapidement possible. C'est la raison pour laquelle les pays qui ont ce type de système comprennent et appliquent généralement l'identification et l'intervention précoces.

A l'opposé de ces stratégies d'intervention précoce, on trouve la situation qui prévaut dans les pays où l'exécution des services de réadaptation professionnelle est indépendante du versement des prestations et/ou relève d'un organisme différent de celui qui sert les prestations de maladie ou d'invalidité. Les implications de ces pratiques structurelles ou administratives pour les politiques sociales peuvent être illustrées par la situation aux Etats-Unis, où l'Administration de la sécurité sociale ne s'occupe en rien de l'exécution des services de réadaptation. Toutes les décisions qui concernent le paiement de prestations d'invalidité sont prises avant que les services de réadaptation aient pu s'avérer efficaces et indépendamment d'eux sous l'angle des politiques sociales. Les implications de l'exemple américain apparaissent clairement: l'Administration de la sécurité sociale peut tout au plus renvoyer les personnes qui y émargent aux services de réadaptation, mais la décision proprement dite d'accorder ou non ces services dépend d'une autre organisation. Si la réadaptation est décidée, cela se fait seulement si le demandeur a été déclaré totalement et définitivement incapable de travailler suite à une déficience grave. De plus, comme indiqué ci-dessus, le prétendant à ces prestations ne peut travailler au moment où il introduit la demande de prestations d'invalidité, ce qui exclut toute possibilité de réinsertion auprès de l'employeur actuel après la réadaptation. Les résultats de l'étude, en ce qui concerne les Etats-Unis, sont probablement favorablement influencés par les deux Etats retenus pour l'étude (la Californie et le New Jersey) qui ont des programmes d'invalidité tempo-

raire servant des prestations de maladie en espèces. Dans le cas du New Jersey, les prestations sont servies pendant les 26 premières semaines et, dans le cas de la Californie, pendant les 52 premières semaines. Les deux modèles d'Etats fonctionnent donc plutôt comme leurs homologues à l'étranger: ils offrent une possibilité d'essai de réadaptation ou d'autres interventions tout en maintenant le travailleur en incapacité dans son emploi actuel pendant au moins 26 semaines, voire une année complète. En résumé, les résultats pour la cohorte des Etats-Unis auraient très probablement été beaucoup moins favorables si les participants avaient appartenu aux 45 autres Etats qui n'offrent pas ces possibilités de réintégration dans l'ancien emploi ou auprès de l'ancien employeur.

La réintégration dans une économie en mutation

Comme signalé ci-dessus, l'institution d'assurance maladie allemande qui participait à l'étude représentait uniquement les ouvriers. De ce fait, la cohorte allemande présentait aussi un niveau d'instruction moyen sensiblement inférieur à celui de toutes les autres cohortes et une moyenne d'âge largement supérieure (de dix ans) à celle de toute autre cohorte.

Le résultat final est qu'il est souvent difficile de faire, à partir des constatations, des déductions quant à la mauvaise performance générale de la cohorte allemande. Le faible taux de réinsertion dans la cohorte allemande peut-il s'expliquer par son âge supérieur? Peut-être, mais si la raison est l'âge, comment explique-t-on le fait que, dans le groupe de travailleurs de 55 ans et plus de la cohorte, 17 pour cent seulement des travailleurs allemands ont réintégré le travail, contre 68 pour cent des travailleurs néerlandais? On a trouvé des disparités similaires entre pays lorsqu'on a comparé les niveaux d'instruction. En résumé, les caractéristiques très différentes de la cohorte allemande empêchent de mesurer les variables pour celle-ci, et il est donc difficile de distinguer les facteurs importants des autres.

Cela étant, il est probable que ces résultats médiocres résultent en fait d'une **combinaison** de plusieurs facteurs: âge supérieur, faible niveau d'instruction, et nature même du travail d'ouvrier qui exige généralement des efforts plus pénibles. Il s'ensuit que les travailleurs souffrant de lombalgie risquent davantage de devoir arrêter ce type de travail, que le niveau d'instruction faible empêcherait sans doute le passage à un travail administratif ou plus sédentaire, et que l'âge pourrait dissuader les organismes d'assurance sociale d'entamer une réadaptation professionnelle. Si toute généralisation est certes dangereuse, il est probable que le caractère multiple des caractéristiques de la cohorte allemande produirait, dans beaucoup d'autres pays, des résultats similaires avec des cohortes semblables. Le système allemand est connu de longue date pour son attachement au principe selon lequel la réadaptation doit précéder l'octroi d'une rente. Cet aspect particulier fait que les résultats négatifs pour cette cohorte de travailleurs ont, sur le plan des politiques sociales, des implications importantes pour les systèmes d'assurance sociale dans tous les pays.

Par exemple, avec l'extension de la révolution technologique qui exige un niveau d'instruction et de formation supérieur des travailleurs, **que va-t-il advenir de ceux dont le niveau d'instruction est faible?** En outre, suite aux pressions exercées par la mondialisation, la nature du secteur manufacturier s'est radicalement modifiée dans les pays industrialisés. Un grand nombre de pays occidentaux ont vu disparaître presque entièrement certaines activités telles que le secteur de l'habillement et de la chaussure, qui a longtemps procuré des emplois aux personnes moins instruites. De même, des travailleurs bien rémunérés dans les industries lourdes telles que la sidérurgie et l'automobile sont en train de perdre leur emploi suite aux progrès technologiques tels que la robotique, dont l'utilisation exige des travailleurs plus qualifiés. La croissance rapide du secteur de l'informatique et, en particulier, du domaine des technologies de l'information, contraindra les travailleurs à actualiser constamment leurs compétences pour se maintenir à niveau. Pour ceux dont le niveau d'instruction ou de compétence est faible, l'autre possibilité actuelle d'emploi est le secteur croissant des services. Ces emplois peu qualifiés du secteur des services ne sont sans doute pas envisageables pour les travailleurs plus âgés qui souffrent du dos: ces emplois sont généralement exigeants sur le plan physique ou nécessitent une grande capacité de travail et sont généralement mal rémunérés.

Par ailleurs, de nombreux auteurs se sont récemment déclarés préoccupés par le fait que, dans les pays en développement, le passage rapide à la mondialisation qui crée souvent des demandes de main-d'œuvre bon marché peut être à l'origine de l'apparition d'un nouveau sous-prolétariat. On affirme souvent que la mondialisation aggravera la disparité entre travailleurs peu et hautement qualifiés, tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés.

On prétend que l'augmentation des échanges entre pays industrialisés et en développement réduit la demande de travailleurs peu qualifiés dans les pays industrialisés. Les pays en développement se concentrent dès lors sur la production de biens en recourant à une main-d'œuvre bon marché et peu qualifiée, tandis que les pays industrialisés se spécialisent dans les biens produits par une main-d'œuvre hautement qualifiée et aux salaires élevés. Dans les pays industrialisés aux marchés de l'emploi flexibles, les salaires des travailleurs peu qualifiés baisseront et, dans ceux dont les marchés de l'emploi sont rigides, le chômage augmentera.

Que ces sombres prédictions au sujet des effets de la mondialisation se réalisent ou non, il est un fait que les systèmes d'assurance doivent être prêts à faire face à l'apparition de nouvelles populations de travailleurs à risque. Bref, même si certains critiqueront comme peu scientifique le fait que la cohorte allemande n'était pas aussi conforme que prévu à la conception de l'étude, cet accident pourrait bien être une aubaine pour les responsables de l'élaboration des politiques sociales.

Les implications, sur le plan des politiques sociales, des résultats décevants de la cohorte allemande en matière de réinsertion sont un avertissement clair à l'adresse, en particulier, des pays industrialisés: il s'impose de concevoir des stratégies nouvelles pour former ou reconvertir les travailleurs à faible niveau

d'instruction ou de qualification à des activités viables et satisfaisantes. Des politiques doivent être définies, qui reconnaissent les connaissances et l'expérience des travailleurs âgés. Elles doivent être conçues de manière à utiliser autrement ces compétences ou à former des travailleurs plus jeunes. Par exemple, les travailleurs âgés à faible niveau d'instruction pourraient être toujours en mesure d'«enseigner» aux plus jeunes des activités telles que le briquetage, la charpenterie, l'ébénisterie, la serrurerie, etc. Les organisations syndicales devraient contribuer davantage à retenir en tant que formateurs et mentors les travailleurs plus âgés frappés de déficiences ou d'infirmités qui les empêchent d'exécuter leurs tâches de manière régulière. Ces politiques serviraient une double finalité: maintenir les travailleurs âgés dans la population active, et perpétuer des compétences précieuses.

Sur le plan des politiques sociales, il faut, en outre, être attentif aux implications, du recours par certains pays à la main-d'œuvre d'immigration ou à d'anciens bénéficiaires de l'aide sociale et veiller à ce que ces groupes ne connaissent pas des problèmes similaires.

Plusieurs pays industrialisés (Etats-Unis, Royaume-Uni et Australie, par exemple) consacrent actuellement des ressources financières importantes et déploient de nombreux efforts pour créer des programmes de facilitation de la transition vers le monde du travail pour les personnes qui émargent à l'aide sociale (prestations d'aide sociale). Les objectifs sociaux et économiques qui consistent à permettre aux bénéficiaires de l'aide sociale de trouver un emploi rencontrent sans doute l'assentiment général, mais les décideurs doivent veiller à ne pas se contenter de solutions faciles et temporaires. Au moment où de fortes pressions s'exercent sur les personnes pour qu'elles acceptent des emplois faiblement qualifiés, il faut veiller tout particulièrement à ne pas les condamner à l'échec à terme, lorsqu'elles vieilliront ou seront atteintes de déficiences. A cet égard, un groupe particulièrement vulnérable dans les pays industrialisés est celui des populations d'immigrants. Souvent, les immigrants ne savent ni lire ni écrire dans la langue de leur pays d'adoption, ce qui les condamne aux activités manuelles. Les pays qui, aujourd'hui, font appel à des immigrants jeunes et en bonne santé pour exercer ces activités sans se soucier d'améliorer leur niveau d'instruction devront, demain, se résigner à les voir rejoindre en grand nombre les rangs des chômeurs. En résumé, **l'application des critères qui sont à l'origine du faible taux de réinsertion dans la cohorte allemande pourrait être une leçon** pour les administrateurs et les spécialistes des programmes en ce qui concerne d'autres groupes de travailleurs vulnérables. ■

AUTRES IMPLICATIONS POUR LA POLITIQUE SOCIALE ET SUGGESTIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES

Comme indiqué ci-dessus, l'approche méthodologique visant à comparer les pratiques de six pays industrialisés en matière de réinsertion professionnelle confère à cette étude un caractère unique. Outre les conclusions de l'étude elles-mêmes, la recherche a produit une multitude de données qui peuvent être étudiées à d'autres fins ou pourraient servir de contexte à d'autres recherches. Par exemple, parallèlement aux comparaisons transnationales et entre cohortes, des rapports nationaux ont été élaborés dans le cadre du projet. Comme on pouvait s'y attendre, ces rapports étaient principalement centrés sur les cohortes «intérieures» dans le contexte des politiques nationales de protection sociale, de prévention et de réintégration. Les études nationales peuvent aussi fournir des conclusions concernant les déterminants (variables prédictives) de la reprise du travail ou l'incidence des interventions. Ces conclusions peuvent être d'un grand intérêt pour les lecteurs de certains pays. En outre, un CD-ROM disponible sur demande contient la base de données internationale.

Qui plus est, de nombreuses constatations transnationales étaient véritablement surprenantes, surtout le taux élevé de réinsertion de 72 pour cent pour la cohorte allemande, un taux beaucoup plus élevé que pour tout autre pays de l'étude. Les Néerlandais ont eu le malheur d'être qualifiés par certains socio-économistes d'«homme malade de l'Europe», et leur programme d'invalidité de «maladie néerlandaise » en raison du nombre important de bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité. L'étude WIR semble toutefois valider l'efficacité des efforts déployés, ces dernières années, en matière d'invalidité. Même si les participants à ces programmes ne reprenaient pas nécessairement le travail à temps plein, les résultats n'en étaient pas moins extrêmement valables et instructifs. En particulier, **les constatations relatives aux Pays-Bas montrent l'importance de la relation entre l'employeur et le travailleur par rapport à la réussite de la réinsertion professionnelle.** Le fait que les employeurs ne peuvent pas licencier rapidement les travailleurs malades ou présentant des déficiences, associé à un contexte plus souple de retour progressif au travail, semblait expliquer la différence entre les taux de réussite des cohortes néerlandaise et danoise, très similaires par ailleurs.

Enseignements pour les employeurs et les planificateurs des politiques sociales

La nécessité, pour l'employeur, de faire preuve de souplesse s'applique encore davantage dans les pays où les résultats ne sont pas particulièrement bons en matière de réadaptation. Il est certes tentant d'imputer ces résultats médiocres à la composition de la cohorte (plus âgée, moins instruite, moins qualifiée, etc.) mais, sous l'angle des politiques sociales, ce type d'explication élude la question. En d'autres termes, tous les pays de l'étude sont confrontés à des degrés divers au problème du vieillissement de la population active. Si l'on regarde au-delà de la performance médiocre de la cohorte allemande, par exemple, on voit que, dans celle-ci, le recours aux mesures médicales et professionnelles de réadaptation était très limité et qu'il semble y avoir eu une forte sous-utilisation de ces mesures. Sachant en outre que la quasi-totalité des personnes de la cohorte qui ont réintégré le travail l'ont fait au cours de la première année, les conclusions ont amené les chercheurs du pays à recommander 1) **de revoir d'un œil critique le processus d'accès à la réadaptation médicale dans le système de soins de santé allemand;** 2) **d'entamer les interventions de réadaptation le plus précocement possible.** Les lecteurs souhaiteront peut-être examiner dans quelle mesure ces enseignements pourraient s'appliquer à des populations précises dans leur propre pays. Comme relevé ci-dessus dans l'analyse de la cohorte allemande, les effets combinés de l'âge, du faible niveau d'instruction et des qualifications limitées des ouvriers qui ne peuvent plus être mis au travail dans leur environnement actuel ni transférés vers de nouveaux emplois posent des défis de réinsertion particuliers. Dans la plupart des pays industrialisés, les responsables de l'élaboration des politiques sociales doivent être conscients de ce problème et encourager la poursuite des recherches relatives à cette combinaison spécifique de facteurs.

Les conclusions, en particulier celles qui concernent l'Allemagne et Israël, semblent indiquer par ailleurs que **le moment choisi pour les interventions médicales et professionnelles joue un rôle essentiel dans la réussite ou l'échec de la réinsertion.** De plus, dans certains pays du moins, notamment aux Etats-Unis, l'existence de mesures d'aménagement du lieu de travail, de formation et/ou d'enseignement professionnels semble aussi présenter une corrélation positive avec le succès de la réintégration. En règle générale, les arrangements relatifs au travail se sont révélés être une condition favorable à la reprise du travail dans les cohortes où le taux de réinsertion était élevé. Comme indiqué ci-dessus, il est certain que la souplesse de l'employeur en matière d'adaptation de l'horaire de travail, y compris de retour progressif au travail et de travail à temps partiel, est extrêmement efficace. L'application de ce type d'intervention nécessite une volonté et un engagement de la part de l'employeur, ce qui signifie que ce type d'intervention sera particulièrement efficace lorsque les relations de travail sont favorables.

Questions liées à l'état de santé

L'étude WIR était limitée aux travailleurs mis au bénéfice d'un congé maladie suite à des douleurs lombaires. Il ne fait pas de doute que ces douleurs sont une des grandes causes de l'absentéisme pour maladie et invalidité dans la plupart des pays industrialisés, mais il existe d'autres pathologies qui posent désormais autant de problèmes, voire davantage, aux régimes d'assurance invalidité. La maladie mentale, en particulier, est devenue la première cause d'incapacité de travail dans de nombreux pays industrialisés. La question qui se pose dès lors est la suivante: **dans quelle mesure les conclusions et les enseignements de l'étude relative aux lombalgies sont-ils également applicables aux mesures de réintégration professionnelle qui visent, par exemple, les personnes souffrant de troubles mentaux?** Certaines interventions et techniques qui semblaient avoir un effet positif sur les sujets souffrant du dos auraient-elles le même effet dans le cas de personnes atteintes de troubles mentaux, ou bien la nature très différente de la pathologie appelle-t-elle des solutions et des stratégies très différentes? Ici aussi, de nouvelles recherches sont nécessaires pour examiner ces questions.

Par conséquent, toute la question de l'état de santé par rapport à l'incapacité de travail de longue durée doit être réexaminée dans les recherches futures. Même mesuré au moyen d'instruments validés à l'échelle internationale, il s'est avéré que l'état de santé n'était pas un indicateur absolu de la probabilité de la réinsertion professionnelle. Dans plusieurs cohortes, en réalité, **la reprise du travail a eu lieu en l'absence d'amélioration notable de l'état de santé**. Les conclusions de l'étude sont que la santé, l'environnement de travail, les compétences et les attitudes sont autant de déterminants importants de la capacité de travail. Une des clés de la question de la capacité de travail est peut-être le comportement du travailleur en relation à l'aptitude au travail telle qu'elle est perçue. Mais, alors que les changements de motivation et d'autres aspects de l'attitude face au travail peuvent se produire en tant qu'effets secondaires des interventions médicales et professionnelles, aucune des interventions ne s'attaque directement à la question des attitudes. **Le rôle de la motivation et la manière d'influer sur la motivation du travailleur et de l'employeur pourraient utilement faire l'objet de recherches supplémentaires.**

La question du vieillissement et de l'invalidité

La multiplication du nombre de personnes en incapacité de travail est le résultat de nombreux facteurs économiques et démographiques complexes. De même, les effets sur les systèmes d'assurance sociale présentent de multiples facettes et sont parfois contradictoires. Par exemple, pour les raisons démographiques et budgétaires déjà citées, plusieurs pays ont retardé l'âge de l'ouverture du droit à une retraite complète, ou sont en train de le faire. En réalité, il est assez paradoxal de constater que le nombre de personnes en incapacité de travail a augmenté dans les pays industrialisés, malgré les progrès incessants dans le domaine de la médecine qui ont permis une amélioration

de l'état de santé et une longévité accrue des personnes qui vivent dans ces pays. Certains chercheurs soutiennent non seulement que **l'état de santé des personnes âgées s'est amélioré** mais aussi qu'un nombre croissant d'éléments indiquent **un recul des taux d'invalidité chez ces mêmes personnes**.

Bien que les populations de personnes âgées ne soient pas l'objet principal de la présente étude, la recherche dans ce domaine est mentionnée ici à titre d'exemple des pressions et des influences, parfois contradictoires, qui s'exercent sur les planificateurs des politiques sociales. Il n'apparaît pas, du moins au regard du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité, que les habitants des pays industrialisés souffrent moins de déficiences ou de pathologies invalidantes. Il est certain qu'il n'y a pas eu, dans ces pays, de progrès nets en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Même s'il est exact que **les taux généraux d'invalidité ont diminué dans les populations vieillissantes, le taux des populations en âge de travailler et plus jeunes qui perçoivent des prestations d'invalidité a, lui, fortement augmenté.** De plus, la nature de l'invalidité a changé ces dernières années, en particulier dans les économies en développement. Par exemple, les personnes souffrant de maladie mentale représentent une proportion croissante des bénéficiaires de prestations d'invalidité dans les pays industrialisés; les troubles mentaux constituent aussi la pathologie qui augmente le plus parmi les jeunes travailleurs qui perçoivent des prestations d'incapacité.

En conclusion, les pays industrialisés sont aux prises avec la mutation de divers facteurs démographiques et du marché du travail. Les populations vieillissent, le travail se fait plus complexe et requiert des types nouveaux de compétence et d'expérience, tandis que les emplois moins qualifiés et bien rémunérés sont en train de disparaître sous l'effet de la mondialisation. Parallèlement, l'espérance de vie croît, l'âge de la retraite est repoussé, les personnes vivent dans un certain confort malgré des affections jadis mortelles et, dans beaucoup de pays industrialisés, les employeurs doivent se démener pour trouver et conserver des travailleurs qualifiés de qualité. **Les planificateurs des politiques sociales sont préoccupés par le nombre croissant de bénéficiaires de prestations d'invalidité, tout en étant conscients du lien reconnu entre le vieillissement et l'invalidité**. Toutes ces questions sont complexes et interconnectées. Elles nécessitent une réflexion approfondie s'appuyant sur de solides efforts de recherche. Le projet *Work Incapacity and Reintegration* est un premier pas dans cette direction et devrait ouvrir la voie à d'autres recherches exhaustives et comparatives utilisant des méthodes reconnues. ■

Pour plus de renseignements sur cette recherche, veuillez consulter:

Who Returns to Work and Why?
A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration

Frank S. Bloch & Rienk Prins, éditeurs
2001, xxiii + 306 pages, 134 tableaux et figures

Table des matières

Foreword
Preface
Note to Readers

1. **Work Incapacity and Reintegration: History and Aim of the WIR Project**
   Frank S. Bloch & Rienk Prins
2. **Social Security, Work Incapacity, and Reintegration**
   Rienk Prins & Frank S. Bloch
3. **Work Incapacity and Reintegration: A Literature Review**
   Jan Høgelund
4. **Research Design and Methodology**
   Jockel Wolf
5. **Cohorts Compared: Cross-national Similarities and Differences**
   Andreas Weber
6. **Work Status and Benefit Status**
   Theo J. Veerman
7. **The Role of Medical Interventions**
   Tommy Hansson & Elisabeth Hansson
8. **Vocational and Other Non-medical Interventions**
   Sisko Bergendorff & Dalia Gordon
9. **A Closer Look at Work Resumption**
   John Kearny
10. **Work Resumption and the Role of Interventions**
    Theo J. Veerman & Edward Palmer
11. **Factors Influencing Work Resumption: A Summary of Major Findings**
    Boukje Cuelenaere & Rienk Prins

Pour commander:

(excepté l'Europe)
Transaction Publishers
390 Campus Drive
Somerset, NJ 08873, Etats-Unis
Fax: +1-732 748 9801
E-mail: orders@transactionpub.com
Internet: www.transactionpub.com

(Europe seulement)
Transaction Publishers (UK)
c/o EDS, 3 Henrietta Street
Covent Garden, London WC2E 8LU
Royaume-Uni
Fax: +44-20 7379 0609
E-mail:orders@edspubs.co.uk
Internet: www.eurospan.co.uk

REPRENDRE LE travail

QUAND? POURQUOI? COMMENT?

Cette étude sans précédent sur l'invalidité, l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle fournit des indications nouvelles sur la réussite ou l'échec de la réintégration dans le travail par des mesures médicales et professionnelles dans six pays industrialisés.

- Qui est le plus susceptible de réintégrer le travail?
- Existe-t-il des différences significatives de réinsertion professionnelle selon le pays?
- Quelles sont les variables prédictives de la réussite ou de l'échec?
- Quel est l'effet du temps sur la probabilité de réinsertion lors de douleurs lombaires? La précocité des mesures est-elle importante?
- A quelles mesures a-t-on recours et quelles sont éventuellement celles qui sont efficaces?
- Quels sont les points communs qui rendent une pathologie invalidante au point de rendre la réinsertion impossible ou peu probable?
- Quelles politiques faut-il privilégier afin d'améliorer la réinsertion professionnelle?

Ces questions et beaucoup d'autres ont été explorées et, surtout, mesurées dans cette recherche comparative unique. Les résultats sont souvent étonnants, et les constatations font un sort à bon nombre de croyances courantes et remettent en question de nombreuses pratiques répandues.

Association internationale de la sécurié sociale
Programme de recherche
Case postale 1
CH-1211 Genève 22

Internet: www.issa.int
Fax: +41 22 799 85 09
E-mail: issa@ilo.org