



HAL
open science

**Vieillir en bonne santé dans une société du travail.
Seconde conférence scientifique sur la prévention et
l'intégration du handicap au travail. Groningen, Pays
Bas, 22-24 octobre 2012**

Anne Pichene-Houard, Jean-Baptiste Fassier, Audrey Petit

► **To cite this version:**

Anne Pichene-Houard, Jean-Baptiste Fassier, Audrey Petit. Vieillir en bonne santé dans une société du travail. Seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap au travail. Groningen, Pays Bas, 22-24 octobre 2012. *Références en santé au travail*, 2013, 134, pp.101-114. hal-01154151

HAL Id: hal-01154151

<https://hal.science/hal-01154151>

Submitted on 27 May 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vieillir en bonne santé dans une société du travail

Seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap au travail

Groningen, Pays-Bas, 22-24 octobre 2012

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

A. Pichené-Houard, département Homme au travail, INRS
J.B. Fassier, Service de médecine et santé au travail, Hospices civils de Lyon
A. Petit, Service de santé au travail et pathologie professionnelle, Angers

Lors du deuxième congrès sur la prévention de l'incapacité au travail et l'intégration (*Work Disability Prevention and Integration - WDPI*), les communications autour du thème « Vieillir en bonne santé dans une société du travail » ont fait le point sur les connaissances scientifiques les plus récentes dans le domaine du handicap, de sa prévention et de sa gestion. Ont été abordés les enjeux scientifiques et sociétaux associés à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs souffrant de problèmes de santé (cancer, TMS, lombalgie), ainsi que les enjeux politiques et organisationnels associés à la prévention de l'incapacité au travail.

Ce congrès, organisé sous l'égide du comité scientifique WDPI affilié à la Commission internationale de la santé au travail (CIST – ICOH), a fait suite à celui inaugural qui s'était tenu à Angers en 2010, en association étroite avec PREMUS⁽¹⁾.

MOTS CLÉS

Vieillesse /
travailleur âgé /
handicapé /
conditions de
travail / retour
au travail /
trouble musculo-
squelettique /
santé mentale /
cancer

(1) Aublet-Cuvelier A, Cail F, Claudon L, D'Escatha A et al. - 7^e conférence scientifique internationale sur la prévention des troubles musculo-squelettiques, PREMUS 2010 (Angers, 29 août - 2 septembre 2010). Notes de congrès TD 173. Doc Méd Trav. 2011 ; 125 : 61-72.

En préalable, des éléments de contexte ont été rappelés et ont permis de poser le cadre des travaux du congrès WDPI 2012.

Le constat porte sur la diminution du nombre moyen d'années de vie en bonne santé à l'issue d'une carrière professionnelle. Parallèlement, les difficultés attendues du financement des retraites et de la prise en charge de la dépendance confrontent de nombreux pays, notamment européens, à des défis majeurs à relever. De grandes disparités se manifestent entre les pays, en raison de la relation entre la situation socio-économique et la santé. Toutefois, les pays dans lesquels l'espérance de vie est la plus longue ne sont pas nécessairement caractérisés par l'espérance de vie en bonne santé la plus élevée.

Dans ce contexte, il paraît important de ne pas se focaliser uniquement sur les sujets les plus âgés, mais d'étudier la « santé fonctionnelle » en amont, en particulier, en fin de vie active. Près de la moitié seulement de l'espérance de vie à 50 ans se déroule en « bonne santé fonctionnelle ». De plus, il convient de noter que les limitations fonctionnelles et la restriction de participation au marché du travail, plus fréquentes aux âges élevés, surviennent bien avant 65 ans, attestant d'une cinquième décennie de vie critique pour la santé.

Travailler plus longtemps et en bonne santé devient un enjeu de prévention et de soins, ainsi qu'un enjeu de participation, d'intégration ou de réintégration au marché du travail. Cette dernière notion désigne le processus de retour au travail après une maladie, un incident ou un accident, ayant entraîné un arrêt de travail plus ou moins long. Parmi l'ensemble des travailleurs, les personnes en situation de handicap

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

sont davantage touchées que les autres par l'enjeu d'intégration ou de réintégration au travail. Un milliard de personnes dans le monde, dont 150 millions éprouvent de sérieuses difficultés dans leur vie quotidienne, est concerné. Plus de la moitié d'entre elles se trouve exclue du marché du travail. Pour ces personnes, l'accès à des soins et services de réadaptation fonctionnelle (visant à retrouver une capacité fonctionnelle la plus élevée possible), à des services de réhabilitation professionnelle (visant à retrouver une capacité professionnelle la plus efficace possible ainsi qu'à compenser la déficience par des aides techniques) et parfois à des services d'orientation professionnelle (définition ou modification d'un projet professionnel), constitue un besoin évident et urgent.

Travailler avec un handicap ou au sortir d'une maladie, plus longtemps et dans de meilleures conditions, prévenir les situations de désinsertion professionnelle et prévenir la survenue d'un handicap au grand âge constituent des défis spécifiques qui devraient profiter à tous. La prévention de la désinsertion professionnelle n'a pas été clairement désignée dans les travaux présentés lors de ce congrès, mais s'inscrit bien dans le champ de la gestion du handicap. Il convient de souligner qu'en règle générale, travailler est associé à un meilleur état de santé et à un bien-être accru, par comparaison avec le fait d'être privé d'activité professionnelle. Le travail, considéré comme un déterminant de la santé, demeure encore insuffisamment reconnu. De surcroît, la compréhension des relations entre la santé, le bien-être, l'engagement professionnel et la productivité reste limitée. Les diverses interventions du colloque ont certes

mis l'accent sur les obstacles à l'intégration du handicap au travail, mais ont porté avant tout sur les possibles leviers d'action. De nouvelles manières de considérer la question et de nouvelles perspectives se sont dessinées.

Les communications présentées ont couvert un large éventail de champs disciplinaires, portant sur plus d'une vingtaine de sujets et émanant de plus de vingt pays. Le retour au travail, la capacité de travail et inversement le handicap, l'absentéisme et l'exclusion du marché du travail ont constitué des concepts transversaux aux communications présentées. Les sessions thématiques résumées dans le présent article reflètent les problèmes de santé les plus grands pourvoyeurs d'incapacité au travail : le cancer, les troubles musculosquelettiques (TMS), les troubles de la santé mentale et le vieillissement. Toutefois, de nombreux autres sujets ont fait l'objet de communications ; ils concernent par exemple la gestion des pathologies chroniques, les inégalités de santé, la méthodologie en recherche pronostique sur l'incapacité et l'évaluation de la perte de productivité. Plusieurs communications ont été consacrées à des pathologies moins fréquentes, d'ordre neuropsychique et rénal, à l'origine de difficultés spécifiques d'intégration. La généralisation des résultats à d'autres atteintes de santé demeure aléatoire, compte tenu des particularités de telles pathologies.

Sur le plan collectif, dimension dans laquelle des progrès majeurs restent à accomplir, les aspects organisationnels et la productivité ont été largement évoqués. La tendance des études menées s'oriente nettement vers des déterminants cruciaux de la réintégration au travail, jusqu'alors négligés en

recherche-intervention. Ces déterminants concernent notamment le contexte familial et organisationnel de vie, le transfert de connaissances, l'engagement et la coordination des différents acteurs impliqués dans l'intégration ou la réintégration au travail des personnes handicapées.

Sur le plan individuel, l'accent a été mis sur la détection précoce du handicap, sur la gestion de la douleur et des limitations fonctionnelles et sur le développement des habiletés du travailleur. Les notions de capacité résiduelle et de participation professionnelle ont été développées. Un concept nouveau émerge, le fait de «rester au travail / *staying at work*» avec des limitations fonctionnelles.

Par ailleurs, les acteurs qui, au cours et à l'issue d'un arrêt de travail prolongé, gravitent autour du travailleur et de l'entreprise se révèlent nombreux. Durant la période d'arrêt, ce sont les professionnels de la santé, de l'assurance publique et privée, ainsi que les travailleurs sociaux. Lors du retour au travail, ce sont l'employeur, l'encadrement de proximité ainsi que les collègues du salarié. Les professionnels en santé au travail exercent, quant à eux, un rôle complexe d'interface entre les acteurs de soins et ceux de l'entreprise, ainsi que de coordination des actions menées. Les paradigmes et systèmes dans lesquels s'inscrivent ces acteurs issus d'horizons divers, le référentiel de pratiques adopté, le langage utilisé et les intérêts poursuivis divergent de manière plus ou moins prononcée. La coordination et la transparence de communication sont semées d'obstacles et compromettent fréquemment le processus de réhabilitation au double plan de la santé et du travail.

RETOUR AU TRAVAIL APRÈS CANCER

L'objectif des deux sessions du WDPI 2012 consacrées aux cancers était de présenter et mettre en débat le résultat de différentes études, descriptives et d'intervention, développées à l'intention des patients ayant eu un cancer.

En effet, le diagnostic de plus en plus précoce de cancer et l'amélioration des traitements ont conduit à une augmentation du nombre de patients survivant à un cancer dans la population active. On considère actuellement que la moitié des patients atteints d'un cancer est âgée de moins de 65 ans. À la fin des traitements, nombre d'entre eux continue néanmoins à éprouver des difficultés résiduelles : fatigue, difficultés émotionnelles, sociales et/ou professionnelles pouvant contribuer à menacer leur maintien dans l'emploi et/ou leur réinsertion professionnelle. Ces derniers sont ainsi un enjeu à la fois individuel (le travail contribuant à la dignité et à la qualité de vie) et sociétal (lutte contre l'exclusion, diminution des coûts associés à la maladie). Le taux moyen de retour au travail après un cancer est de 65 % toutes pathologies confondues, mais il varie de 30 à 93 % selon le type de cancer. Globalement, ces personnes ont un risque de chômage multiplié par 1,4 par rapport au reste des actifs.

Dans ce contexte, il importe de développer et d'évaluer des interventions facilitant et accompagnant le processus du retour au travail et du maintien dans l'emploi après un cancer. Ces programmes peuvent comporter plusieurs dimensions : innovations thérapeutiques, réadaptation professionnelle, communication au sujet du handicap, aménagement du poste de travail...

Le développement d'interventions en milieu de travail semble particulièrement important et urgent.

STATUT D'EMPLOI ET FACTEURS PRONOSTIQUES DE RETOUR AU TRAVAIL

Le taux d'emploi chez les patients ayant eu un cancer varie selon les populations. Cette variation peut être imputable aux caractéristiques de la population et de la maladie, ou encore aux politiques nationales de sécurité sociale.

M.L. Lindbohm (Finlande) a mené une étude dans quatre populations d'Europe du Nord afin d'estimer le taux d'emploi chez les patients ayant souffert de différents cancers (sein, prostate et testicule) comparativement à un groupe contrôle de sujets indemnes. Mille neuf cent dix patients, ayant survécu à un cancer dont le diagnostic avait été porté entre 1997 et 2002 et ayant bénéficié de traitements à visée curative, ont été identifiés dans les registres des hôpitaux et du cancer au Danemark, en Finlande, en Islande et en Norvège (étude NOCWO). Un groupe contrôle a été constitué de 3 439 personnes indemnes de cancer. Les taux d'emploi après un cancer du sein, de la prostate et du testicule étaient respectivement de 75 %, 67 % et 93 %. Un moindre taux d'emploi était observé chez les personnes plus âgées, avec un plus faible niveau d'éducation, un travail manuel et une comorbidité associés. Après ajustement sur ces différents facteurs, le risque de retraite précoce ou de chômage n'était pas augmenté chez les patients ayant eu un cancer du sein, de la prostate ou du testicule. En conclusion, il n'y avait pas de différence majeure entre les deux groupes étudiés pour le non-emploi. Toutefois, des variations étaient observées entre les pays,

indépendamment des différences entre les populations, qui peuvent s'expliquer par les politiques nationales du travail et d'invalidité.

Les effets secondaires du traitement et de la maladie peuvent avoir une influence négative sur le statut d'emploi des patients atteints de cancer.

M. Faatin (États-Unis) a comparé le statut d'emploi / départ en retraite chez ces derniers avec des sujets contrôles (frère ou sœur indemne de cancer). Les données d'une étude de cohorte (*Wisconsin longitudinal study*) ont été utilisées pour étudier ces indicateurs chez les survivants de cancer, à au moins un an du diagnostic (n = 539 ; âge moyen = 65,81 ans) par comparaison avec un frère ou une sœur indemne (n = 539 ; âge moyen = 63,95 ans). Les analyses ont utilisé des modèles de régression logistique multinominale pour évaluer les effets du cancer, du sexe, de l'âge et du niveau d'études sur le statut d'emploi et le départ en retraite. Les résultats ont montré que les survivants de cancer âgés avaient un taux d'emploi moindre par rapport au groupe contrôle (38,2 % vs 51,7 % ; p < 0,01) et étaient plus nombreux à être en retraite (55 % vs 42 % ; p < 0,01). Après ajustement sur l'âge, le sexe et le niveau d'études, les survivants de cancer âgés avaient une probabilité :

- moindre d'être employés par rapport à leur fratrie du groupe contrôle (OR = 0,71 ; IC 95 % [0,55 ; 0,93]) ;
- plus importante d'être complètement en retraite (OR = 1,49 ; IC 95 % [1,08 ; 2,04]).

Les caractéristiques du cancer (localisation et durée depuis le diagnostic) n'étaient pas associées avec le taux d'emploi, mais les personnes dont le diagnostic remontait à 6-10 ans avaient une probabilité plus forte d'être partis complètement en retraite (OR = 2,44 ; IC 95 %

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

[1,18 ; 5]). En conclusion, les survivants de cancer âgés avaient une probabilité plus forte que leur frère ou sœur indemne d'être sans emploi ou à la retraite complète.

P. Van Muijen (*Pays-Bas*) a conduit une étude de cohorte prospective pour identifier les facteurs pronostiques de l'incapacité chez les patients ayant eu un cancer et étant en arrêt de travail de longue durée. Les participants inclus étaient salariés, âgés de 18 à 64 ans avec un diagnostic de cancer ($n = 263$). Les données ont été collectées au moyen de questionnaires à 10, 18 et 27 mois après le premier jour d'arrêt de travail. Les questions portaient sur les aspects sociodémographiques, la santé générale, les aspects du retour au travail, le soutien de l'employeur et les services de santé au travail. La variable d'intérêt principal était l'évaluation de l'incapacité, recodée en variable binaire permettant de discriminer les employés toujours capables de travailler de ceux ayant obtenu une pension d'invalidité. Les données des questionnaires à 10 et 18 mois d'arrêt de travail ont été utilisées pour identifier les facteurs pronostiques potentiels. Les variables avec une valeur de $p < 0,2$ (analyses univariées) ont été retenues dans un modèle de régression logistique multivariée. À 10 mois d'arrêt de travail, le risque d'obtenir une pension d'invalidité au bout de 18 mois était diminué si l'employé s'attendait à une réduction de sa plainte dans les six mois suivants, si l'employeur facilitait les adaptations du travail, si l'employé se sentait capable de participer activement dans ce processus, et s'il était plus jeune. Le risque d'obtenir une pension d'incapacité était augmenté si l'employé ne travail-

lait pas, avait une mauvaise santé perçue, mentionnait un manque de soutien dans le processus de retour au travail ou des doutes de l'équipe médicale sur ce processus. En conclusion, il est possible d'identifier les facteurs pronostiques de l'incapacité chez les survivants du cancer en arrêt de travail de longue durée. Le soutien de l'employeur et l'adéquation des services fournis par les équipes de santé au travail semblent très importants. Des efforts à cet égard sont suggérés.

PROGRAMMES DE RETOUR À L'EMPLOI ET LEUR ÉVALUATION

S.J. Tamminga (*Pays-Bas*) a présenté l'évaluation d'un programme hospitalier visant à faciliter le rétablissement après la maladie et à augmenter le taux de retour au travail, puisque ce dernier est souvent vécu comme un aspect essentiel du rétablissement. Le programme comportait l'éducation des patients, le soutien obtenu à l'hôpital et le développement d'une communication adaptée entre le médecin traitant et le médecin du travail. Il était demandé aux médecins du travail d'organiser une réunion avec le patient et son superviseur afin de planifier un retour au travail progressif. Un essai contrôlé randomisé multicentrique a été conduit pour évaluer l'efficacité de cette intervention. Les patients inclus devaient suivre un traitement à visée curative et être titulaires d'un contrat de travail au moment de la maladie. Ils ont été randomisés dans le groupe intervention ($n = 65$) et dans le groupe contrôle ($n = 68$). Les résultats à 12 mois de suivi n'ont montré aucune différence significative entre les groupes sur les différents critères d'efficacité : taux de retour au travail (79 %

vs 79 %) et durée moyenne d'arrêt de travail jusqu'au retour au travail (194 jours vs 192 jours). Toutefois, la qualité de vie avait tendance à s'améliorer avec le temps, mais sans différence significative entre les deux groupes, de même que la productivité au travail (mesurée avec les questionnaires *Work Ability Index-WAI* et *Work Functioning-WLQ*). Le coût de l'intervention était estimé à 119 € par personne. Les résultats de cette étude doivent conduire à l'adaptation de l'intervention et à de nouvelles études pour étudier quels éléments de l'intervention seraient nécessaires pour accroître son efficacité.

D.R. Strauser (*États-Unis*) s'est intéressé à la réadaptation professionnelle des jeunes patients ayant eu un cancer. En effet, ceux-ci mentionnent des difficultés dans leur développement professionnel et leur accès à l'emploi. Du fait de leur jeune âge et d'un moindre niveau d'études, ils peuvent avoir des besoins de réadaptation professionnelle significativement différents des autres adultes atteints d'un cancer.

Une première étude a été conduite pour comparer le niveau de développement professionnel (évalué au moyen d'une échelle *ad hoc*) chez de jeunes survivants de cancer (43 jeunes adultes âgés de 16 à 31 ans) comparés à un groupe contrôle (45 étudiants âgés de 18 ans en moyenne). Les résultats ont montré des différences significatives dans le développement professionnel.

Une seconde étude a été conduite en analysant une base de données administrative des services de réadaptation. Sur 368 patients ayant eu un cancer, âgés de 18 à 25 ans et ayant bénéficié d'une prise en charge en réadaptation professionnelle, 51,6 % étaient par-

venus à trouver un emploi, alors que 48,4 % restaient sans emploi. Les facteurs significativement associés avec un accès à l'emploi étaient les suivants : le sexe féminin, la formation professionnelle, l'assistance à la recherche d'emploi, l'aide du service de placement en emploi et des services de soutien pendant l'emploi. Ces résultats suggèrent que les jeunes adultes survivant à un cancer ont un moindre niveau de développement professionnel et sont moins préparés à accéder à l'emploi que leurs homologues indemnes de cancer. Les résultats plaident pour l'intégration de services de réadaptation professionnelle à part entière parmi les services psychosociaux offerts aux jeunes adultes ayant eu un cancer.

F. Munir (Royaume-Uni) a présenté l'outil « *work it out* » développé pour permettre à des personnes atteintes d'un cancer de trouver des solutions appropriées aux questions et problèmes rencontrés pour reprendre leur travail à la suite des traitements ou y rester pendant la période du diagnostic et du traitement. En effet, bien que de nombreux patients soient capables de reprendre le travail après leur traitement, le succès de ce retour présente des résultats mitigés : 20 à 30 % des travailleurs mentionnent une ou plusieurs limitations de leur capacité de travail. Par ailleurs, les conseils sur les traitements et la capacité de travail délivrés par les professionnels de santé sont largement insuffisants. Un outil, « *work it out* », a donc été développé, selon une méthodologie particulière (*intervention mapping*) en trois étapes.

1) Une évaluation des besoins a été conduite à partir d'une revue de la littérature et de groupes de discussions avec des malades de cancer pour explorer les lacunes dans les

conseils reçus auprès des professionnels de santé et des autres intervenants.

2) Les objectifs de l'outil ont été élaborés et validés au moyen d'une méthode de consensus associant des professionnels de santé, des cadres de proximité, des directeurs de ressources humaines, des professionnels de santé au travail, des malades atteints de cancer et des chercheurs.

3) L'outil a été testé pour évaluer sa faisabilité auprès d'un petit nombre de malades de cancer n'ayant pas participé à son développement.

Cet outil aborde les thèmes de la santé, du travail ainsi que celui des aspects financiers, à la phase initiale, en phase de préparation de retour au travail et en période de retour au travail ou d'absence de retour au travail. En conclusion, la rigueur du développement de cet outil et le résultat favorable de l'étude de faisabilité sont des éléments prometteurs pour son utilisation ultérieure⁽²⁾.

Bien que de nombreux patients ayant eu un cancer veuillent reprendre leur travail lorsqu'ils s'en sentent capables, ils sont susceptibles de rencontrer de nombreuses difficultés. Globalement, leur taux de chômage est supérieur à celui du reste de la population active. Malgré des preuves indéniables de l'efficacité des services de réadaptation professionnelle pour certaines maladies, on ignore encore actuellement comment faire pour aider au mieux les patients atteints de cancer. Le service national de santé au Royaume-Uni (NHS) a élaboré et testé 7 programmes pilotes : deux à l'hôpital et cinq en ville.

G. Eva (Royaume-Uni) a présenté l'évaluation concomitante de ces programmes avec pour objectif de déterminer quel modèle de

soutien et de réadaptation professionnelle proposer, ainsi que de comprendre le point de vue des patients. Une méthodologie d'évaluation réaliste a été utilisée pour déterminer quels processus étaient efficaces, pour quels groupes de personnes et dans quels contextes. Les données ont été collectées dans le cadre de 4 entretiens et 7 groupes de discussions avec des responsables de programmes pilotes, de l'observation de trois interventions de réadaptation professionnelle, dans les dossiers de patients des services pilotes et par des entretiens approfondis avec des usagers (n = 25). Un logiciel d'analyse qualitative (MAXqda) a été utilisé pour organiser et analyser les données. Les résultats ont montré l'existence de trois groupes dont les besoins, les rôles et les responsabilités s'entrecroisaient : les personnes atteintes de cancer, les professionnels de santé et les employeurs. Pour ces groupes, deux types différents de supports sont requis : des stratégies au niveau populationnel pour associer le soutien professionnel à l'intérieur des parcours de soins et des stratégies d'intervention individualisées au niveau de chaque patient. Les problèmes professionnels ne sont pas évoqués de manière habituelle avec les patients. En effet, les professionnels de santé et les patients considèrent que parler du travail n'est pas approprié lors du choc de l'annonce du diagnostic et des exigences du traitement. C'est seulement de façon rétrospective, lorsque les problèmes se posent au moment de la reprise de travail, que l'intérêt d'une intervention précoce liée au travail peut être compris. En conclusion, le soutien professionnel devrait être incorporé aux recommandations de bonnes pratiques de prise en

(2) Cet outil peut être téléchargé en accès libre sur Internet à l'adresse suivante : www.ncsi.org.uk/wp-content/uploads/Work-it-out-complete-tool.pdf

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

charge des cancers. Les professionnels de santé doivent être capables de soulever les problèmes liés au travail avec tact et de reconnaître les facteurs de risque d'incapacité professionnelle ultérieure. Les personnes ayant des problèmes complexes nécessitent une prise en charge par des services spécialisés de réadaptation professionnelle.

En conclusion de cette session, il est bien documenté que les patients ayant eu un cancer ont un taux d'emploi inférieur au reste de la population active. Cependant, les barrières au maintien dans l'emploi et au retour au travail sont relativement peu documentées dans la littérature, s'agissant spécifiquement des survivants de cancer. Les études d'intervention visant à faciliter le processus de maintien dans l'emploi et de retour au travail sont peu développées. On ignore encore quelles devraient être les composantes de ces interventions, et quelle pourrait être leur efficacité. Les voies de recherche les plus prometteuses sont le développement et l'évaluation d'interventions en lien avec le milieu de travail, les professionnels de santé et les services de santé au travail. Cependant, des aspects méthodologiques importants doivent être résolus compte tenu de la variété des différents cancers (notamment en termes de pronostic et de traitement) et des populations concernées (notamment en termes d'âge, de sexe et de type d'emploi). Enfin, l'évaluation de ces interventions et les comparaisons internationales devront également intégrer le rôle propre joué par les dispositions législatives des systèmes de protection sociale de chaque pays.

TMS : RETOURNER OU RESTER AU TRAVAIL, PRÉVENIR L'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE

Le processus de retour au travail des sujets souffrant de TMS a été étudié, en mettant l'accent sur les facteurs et stratégies d'intervention contribuant au succès ainsi que sur les modalités de reprise de travail. De plus, l'inadéquation des pratiques par rapport aux recommandations actuelles, pour la gestion de la lombalgie chronique, a été développée. Les représentations des travailleurs douloureux chroniques ont également fait l'objet d'une analyse. Enfin, le concept novateur « rester au travail / *staying at work* » a été présenté.

FACTEURS DE SUCCÈS D'UN PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL

À l'issue d'une revue de plus de 80 articles portant sur la prévention du handicap prolongé, **I. Nastasia (Canada)** a proposé cinq stratégies ayant fait leurs preuves dans le domaine des TMS.

- 1) la détection précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée et la concentration des efforts d'intervention sur cette catégorie de sujets ;
- 2) l'intervention précoce dans le milieu de travail en matière de risques psycho-sociaux, risques fréquemment intriqués aux TMS ;
- 3) le renforcement ou la modification des rôles dévolus aux acteurs du maintien en emploi ;
- 4) la communication et la collaboration accrues entre les différents acteurs, en vue d'une coordination améliorée ;
- 5) l'information adéquate délivrée aux travailleurs et aux acteurs du maintien en emploi, visant à une prise de conscience accrue des conséquences humaines et sociales

du handicap prolongé. L'information est susceptible de s'appuyer sur des campagnes collectives ou sur une sensibilisation individuelle et peut combiner divers supports et formes. L'augmentation de la coordination des compétences et des connaissances devrait permettre d'optimiser l'implantation et la conduite des programmes de retour au travail.

Les facteurs prédictifs connus d'un retour au travail précoce et durable incluent des facteurs personnels tels que la bonne santé physique, le faible niveau d'anxiété et de dépression, ainsi que des facteurs socioprofessionnels, tels que le faible niveau d'exigence physique et une organisation du travail soutenante.

Selon **B. Amick (Pays-Bas)**, le rôle des politiques d'entreprises ne saurait se réduire à la gestion du handicap au travail. Pour en évaluer la place dans le succès du processus de retour au travail, l'auteur a suivi une cohorte de 577 travailleurs canadiens à 1 mois, 6 mois et 12 mois après le début du parcours de retour au travail en rapport avec une lésion musculosquelettique. Ont été pris en compte le taux de retour et les capacités fonctionnelles au travail, ainsi que l'aménagement des tâches.

Les résultats de l'étude montraient que la réussite du retour au travail dépendait :

- à 6 mois, de la politique de l'entreprise pour la gestion du handicap et du collectif de travail ;
- à 12 mois, des politiques d'ergonomie et de gestion du handicap, ainsi que du caractère soutenant de la direction de l'entreprise.

E. Irvin (Canada) s'est interrogée sur la pertinence de l'engagement des divers acteurs impliqués dans le processus de retour au

travail. Sa revue de la littérature a recensé plusieurs milliers de références analysées par plus de 50 chercheurs issus de 6 pays et a été complétée par la consultation d'une centaine d'acteurs issus du secteur professionnel (entreprises et leurs partenaires issus de divers horizons) et du secteur des soins (professionnels de santé).

Six principes fondamentaux en ont été extraits.

- 1) La promotion d'une culture de santé au travail et les interventions d'amélioration de la sécurité s'avèrent décisives pour le succès du processus de retour au travail et pertinentes en termes de coût ; l'importance de la communication à ce sujet est soulignée.
- 2) Une démarche participative qui associe les opérateurs et intègre les contraintes de l'activité est encouragée.
- 3) Il convient de rester attentif aux clés du succès lors de la conduite du projet.
- 4) Il est important de communiquer précocement avec l'entreprise sur l'absence de résultat immédiat d'une démarche.
- 5) Dès la conception et au cours d'un projet, il est nécessaire de réfléchir à une démarche multivoix et multicomposantes.
- 6) Les programmes de réhabilitation conduits chez les opérateurs blessés peuvent induire des bénéfices additionnels sur le lieu de travail pour d'autres salariés.

INFLUENCE DES CONDITIONS DE REPRISE DU TRAVAIL SUR LE SUCCÈS DU PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL

Dans un essai randomisé contrôlé mené dans 6 services de santé au travail, **R. Shiri** (Finlande) a évalué les effets sur la santé des arrêts de travail à temps partiel liés aux TMS. L'évaluation, réalisée grâce à un questionnaire portant sur de

nombreux indicateurs de santé et de travail, a été renouvelée à 5 reprises sur une période de 1 an. Les résultats montraient la supériorité de la reprise à temps partiel (vs l'arrêt complet) aux stades précoces de TMS. Cette modalité paraissait la plus adaptée à l'objectif d'un retour au travail à temps plein et durable (supérieur à 4 semaines). De plus, la reprise à temps partiel n'exacerbait pas la symptomatologie douloureuse.

Une confirmation de ces résultats a été apportée par les travaux de **K.P. Martimo** (Finlande) à l'issue d'un essai randomisé portant sur 63 salariés. Selon l'auteur, l'arrêt à temps partiel conduisait à un retour au travail plus précoce de 8 jours, en moyenne, par rapport à l'arrêt complet. De plus, il semblait constituer la mesure coût-efficacité la plus appropriée dans la gestion précoce du handicap lié aux TMS. Cependant, l'aménagement du temps de travail passe par une nécessaire modulation de la productivité dont les coûts n'ont pas été évalués.

RETOUR AU TRAVAIL DE SUJETS LOMBALGIQUES CHRONIQUES

Chez les lombalgiques chroniques, les chances de retour au travail évoluent de manière inversement proportionnelle à la durée d'arrêt, en particulier au-delà de 90 jours (moins de 10 % de succès à ce stade). Les propos de **P.J. Watson** (Royaume-Uni) ont été centrés sur l'inadéquation de la gestion de la lombalgie chronique par rapport aux recommandations et aux preuves existantes.

La prise en charge des travailleurs lombalgiques demeure principalement focalisée sur les traitements passifs, et insuffisamment sur l'amélioration des capacités fon-

ctionnelles du sujet en situation de travail. En effet, les croyances, représentations et comportements des cliniciens dépendent de leurs repères éducatifs, de leur spécialité et de leur vécu personnel. Il est rappelé que les professionnels de santé ne considèrent pas aisément le retour au travail comme faisant partie de leur rôle et que le soutien des services de santé au travail semble trop tardif, pour de multiples raisons, dans l'histoire de la maladie lombalgique. Or, l'absence de gestion du processus de retour au travail aboutit fréquemment à la perte d'emploi, voire à l'exclusion du marché du travail.

Ainsi paraît-il crucial, d'une part, d'améliorer la communication entre les professionnels de soins (médecin traitant, rhumatologues, médecins de réadaptation...) et le milieu de travail et, d'autre part, d'obtenir le soutien des employeurs, des collègues du travailleur et d'agir sur les fréquents conflits avec les organismes d'assurance. L'auteur constate, de surcroît, une fragmentation des services et des responsabilités. Dans ce contexte, une formation des praticiens, et plus largement des divers acteurs du maintien en emploi, s'avère nécessaire. Les professionnels de santé du Royaume-Uni s'engagent désormais dans cette voie, de manière certes hétérogène.

Le fait de rester ou de retourner au travail constitue un facteur de motivation et une thérapie de la lombalgie, sous réserve d'un aménagement des conditions de travail. Néanmoins, le remaniement des attitudes et des croyances des travailleurs et des professionnels de santé d'une part, l'attention spéciale portée à la sphère professionnelle d'autre part, et l'analyse des marges de manœuvre disponibles, enfin, devraient être améliorés, en intégrant les attitudes et

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

intérêts divergents. Pour finir, des recommandations multidisciplinaires restent à élaborer concernant différents profils de patients et les étapes successives jalonnant le parcours du sujet lombalgique. De telles recommandations pourraient être centrées sur un dépistage et un retour au travail précoces. Des études coût/efficacité restent à développer dans une perspective sociétale et pas seulement comptable, en particulier au stade aigu de la lombalgie.

V.L. Kristman (Canada), dans une étude rétrospective de cohorte menée sur 22 952 sujets, a constaté que les taux de retour au travail étaient plus bas pour les lombalgiques chroniques présentant une radiculalgie associée par rapport aux lombalgiques indemnes de radiculalgie. Les résultats étaient plus nuancés pour les cervicalgies et les dorsalgies. La présence d'une radiculalgie allongeait les durées de l'épisode lombalgique et de récupération et augmentait le risque d'arrêt futur. Il existe, en conséquence, un besoin d'interventions de prévention du handicap professionnel dans cette catégorie de population.

REPRÉSENTATIONS DE LA DOULEUR ET RETOUR AU TRAVAIL

L'évolution des représentations de la maladie, incontournable chez les travailleurs douloureux chroniques, a été explorée par **F.T. O'Hagan** (Canada). En effet, elle constitue une étape importante dans le parcours de retour effectif au travail. Certaines grilles d'évaluation des peurs/évitements ou de l'acceptation de la douleur, étudient l'interaction complexe entre les représentations de la douleur, l'affect et le comportement, à l'origine d'une réponse inadaptée. Néanmoins, la compréhension de l'origine des

représentations douloureuses demeure mal élucidée.

Des entretiens qualitatifs semi-dirigés ont été conduits chez 16 travailleurs blessés dont le handicap était lié à des douleurs persistantes et inclus dans un programme de retour au travail interdisciplinaire de 12 semaines. L'étude des entretiens montrait l'évolution des représentations des douleurs initialement attribuées à une origine osseuse et nerveuse, vers la prise en compte d'éléments relatifs aux tissus mous. Ultérieurement, les représentations comportaient des aspects neurobiologiques de la douleur chronique et intégraient les dimensions de bien-être psychosocial. L'évolution s'opérait vers davantage de certitude et un rapport moins émotionnel à la douleur et aux limitations fonctionnelles. En effet, les représentations morphologiques corporelles et relatives aux mécanismes à l'origine de la douleur constituaient d'importants objets d'évitement et d'acceptation, appelés à évoluer lors du processus de récupération. De plus, la probabilité de retour au travail augmentait avec une diminution de la dépendance envers un soutien médical formel. Ainsi, le fait de transformer les croyances et l'évaluation de la situation augmentait la probabilité d'une réponse adaptée. Cette évolution était liée à une meilleure compréhension permettant d'élargir le prisme des représentations.

Dans le domaine de la prise en charge de la douleur persistante, les stratégies thérapeutiques actives, basées sur les thérapies cognitivo-comportementales et la gestion du problème par le sujet lui-même, se révèlent être plus efficaces que des stratégies thérapeutiques passives, telles qu'une administration médicamenteuse.

RESTER AU TRAVAIL AVEC UN TMS

H.J. De Vries (Pays-Bas) a mené une étude portant sur 119 sujets présentant des douleurs chroniques musculosquelettiques non spécifiques et restés au travail et les a comparés à un groupe de 122 sujets en arrêt et inscrits à un programme de retour au travail. Le fait de rester au travail était défini par une durée de travail supérieure à 12 mois, un temps de travail supérieur à 20 heures par semaine et par un taux d'arrêt de travail lié à la douleur musculosquelettique chronique non spécifique inférieur ou égal à 5 %, sur une période d'au moins 12 mois.

Les sujets restés au travail différaient significativement des sujets en arrêt dans toutes les dimensions explorées du modèle biopsychosocial : acceptation de la douleur, peur-évitement, catastrophisme, sentiment d'efficacité personnelle, sentiment de contrôle sur son destin, exigences perçues liées au travail. Maintenir de tels salariés au travail semblait bénéfique à tous points de vue. Les sujets restés au travail rapportaient notamment des croyances d'autocontrôle de la douleur significativement plus élevées que celles des sujets inscrits en programme de retour au travail. Ils paraissaient ainsi se préparer à des ajustements organisationnels, professionnels et personnels, ainsi qu'à des changements de stratégie de gestion de la douleur et d'usage des soins, au moyen d'habiletés spécifiques. Néanmoins, l'intensité douloureuse semblait jouer un rôle clé dans la participation au travail. Par ailleurs, les travailleurs les plus âgés et ceux dont le métier était physiquement exigeant, avaient vraisemblablement consacré plus tôt davantage de temps à réorganiser leur vie.

Le concept de « *staying at work* », c'est-à-dire « rester au travail », diffère du présentéisme, marqueur possible de future incapacité, par un résultat positif, en particulier sur le plan de la productivité. À titre de rappel, le présentéisme désigne le fait d'être au travail avec une productivité réduite au lieu de s'arrêter pour récupérer une capacité correcte. Cependant, les particularités des sujets restés au travail restent à clarifier par des travaux de recherche, de façon à enrichir les stratégies de prévention ciblées sur les sujets au travail à partir de celles développées sur les sujets en arrêt et inscrits dans un programme de retour au travail. Réciproquement, la compréhension des déterminants et la mise en évidence des mécanismes impliqués dans le maintien au travail, contribueraient probablement à la conception d'interventions efficaces pour les groupes de travailleurs en arrêt de travail et inscrits dans un programme de retour au travail.

SANTÉ MENTALE

La session consacrée aux troubles psychiques, liés ou non au travail, a abordé différents aspects de gestion de ces pathologies en situation de travail. Un outil d'évaluation des facteurs d'absence de longue durée liée à des pathologies mentales communes a d'abord été présenté. Ensuite, les difficultés spécifiques de retour au travail dans le cadre de troubles psychiques ont été évoquées. Enfin, ont été abordés l'impact d'actes violents sur la santé et le travail d'une part, et l'impact d'événements négatifs survenus durant l'enfance sur l'insertion professionnelle d'autre part.

REPÉRAGE DE FACTEURS D'ABSENCE DE LONGUE DURÉE LIÉS À DES TROUBLES PSYCHIQUES

M.J. Durand (Canada) a développé un outil d'évaluation des facteurs influençant l'absence de longue durée en lien avec les troubles de santé mentale les plus communs. Les troubles de l'adaptation, de l'humeur et anxieux constituent, en effet, l'une des principales causes d'arrêt de travail.

L'étude de 21 articles de la littérature issus de 6 bases de données et la conduite de 22 entretiens ont permis de recenser plus de 40 facteurs, d'ordre personnel, clinique, professionnel et assurantiel. Ces entretiens ont été conduits par le chercheur avec des cliniciens, des psychiatres, des professionnels de santé au travail, des travailleurs, des cadres et des conseillers en réhabilitation. À l'issue de ce processus, un guide d'entretien semi-structuré divisé en 7 sections a été conçu pour aider les cliniciens à identifier les facteurs d'incapacité au travail. À ce stade, des experts en santé mentale ont été consultés pour étudier l'adjonction d'autres tests. L'outil, testé par deux cliniciens, a ensuite été administré à des travailleurs en arrêt lié à des pathologies mentales communes et enfin affiné. Il permet d'accéder aux représentations des travailleurs, aux facteurs liés aux conditions de travail et à la qualité des relations entretenues avec l'organisme d'assurance maladie. De tels facteurs jouent un rôle important à l'égard de l'absentéisme. L'outil ainsi développé reste néanmoins à valider et à implanter dans la pratique quotidienne.

PARTICULARITÉS DU RETOUR AU TRAVAIL À L'ISSUE DE TROUBLES PSYCHIQUES COMMUNS, AVEC OU SANS RAPPORT AVEC LE TRAVAIL

E. Irvin (Canada) a présenté les résultats d'une revue systématique de la littérature sur les interventions pour dépression sur le lieu de travail. Douze études ont été retenues, dont 10 essais randomisés contrôlés. Sur le plan méthodologique, il s'est avéré que la maîtrise des facteurs de confusion dans un groupe contrôle était particulièrement délicate dans un format d'essai randomisé contrôlé. L'auteur a conclu à l'absence de preuve épidémiologique suffisante pour orienter vers un type d'interventions ou de programmes efficaces sur le lieu de travail.

C. Roelen (Pays-Bas) a présenté les résultats d'une étude épidémiologique rétrospective concernant la nature des troubles psychologiques présentés et le moment auquel survenait le retour au travail. L'étude menée portait sur deux années de suivi de données d'absence pour raison psychiatrique et concernait 1,2 millions d'employés travaillant dans 77 000 entreprises appartenant à divers secteurs économiques. Les troubles émotionnels, anxieux et de l'humeur (dépression et trouble bipolaire, essentiellement) représentaient 94 % de toutes les absences pour raison psychiatrique. Les employés atteints de troubles émotionnels présentaient les taux de retour au travail les plus élevés (supérieurs à 95 %), comparés aux troubles anxieux (supérieurs à 89 %) et aux troubles de l'humeur (supérieurs à 70 %). La probabilité de retour au travail décroissait fortement après un mois d'absence pour désordre émotionnel, après 2 mois d'absence liée à un trouble anxieux et après

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

3 mois d'absence pour trouble de l'humeur. En conséquence, l'augmentation de la probabilité de retour au travail nécessite une focalisation des interventions sur les premiers mois d'arrêt de travail.

En complément, **K. Ekberg** (Suède) a mené une étude prospective de cohorte sur des salariés en arrêt lié à des troubles de santé mentale, dans leur seconde ou leur troisième semaine d'arrêt. L'objectif visait à identifier les facteurs prédictifs de durée d'arrêt de travail. Les diagnostics les plus communs étaient la dépression (43 %), le stress (35 %) et l'anxiété (15 %). Le délai écoulé jusqu'au retour au travail était réduit lorsqu'il était associé à un niveau éducatif plus élevé, à de meilleures conditions psychosociales de travail (conditions propices à un bien être au travail) et à une meilleure perception de la capacité de travail par le travailleur lui-même. De plus, les ressources individuelles jouaient un rôle déterminant dans le lien entre la santé psychique et le travail. Néanmoins, le défaut de soutien avant ou pendant l'arrêt de travail augmentait l'expérience de marginalité. En revanche, un retour au travail tardif ne constituait pas un facteur marginalisant, lorsque le soutien de l'encadrement demeurait. L'interaction complexe entre ces facteurs serait à intégrer dans l'adaptation d'interventions de retour au travail aux ressources spécifiques et aux conditions de travail des sujets.

CONDITIONS DE TRAVAIL : ACTES VIOLENTS SURVENUS DANS LE SECTEUR DES TRANSPORTS

N. Lanctôt (Canada) a recherché en quoi la violence sur le lieu de travail affectait la santé et les capacités

fonctionnelles dans le secteur public des transports urbains (violence externe, issue des usagers ou violence interne à l'entreprise). L'objectif de l'étude menée sur 137 travailleurs était triple : mesurer la fréquence de la violence au travail dans le secteur des transports publics, évaluer les effets de tels actes sur la santé physique, psychologique, fonctionnelle et enfin mesurer la perception à l'égard de la violence, ainsi que la perception des besoins.

Les actes violents dans les transports étaient fréquents, en moyenne 5 actes par opérateur et par an. Durant les 12 mois précédant l'étude, 77,4 % des travailleurs en ont été victimes et 59,9 % ont été témoins d'au moins un incident. Il s'agissait de violences externes de la part du client ou de l'usager, de violences internes à l'entreprise (de la part de collègues ou entre des niveaux hiérarchiques différents), à type de violences physiques, armées ou non et de violences psychiques. Les conséquences possibles étaient multiples : blessures physiques, désordres psychiques (anxiété, «flash-backs» conduisant à revivre la situation de manière identique, cauchemars, évitement de situations évocatrices...), absentéisme et reclassement, entre autres. Il n'existait pas de différence entre hommes et femmes, en termes de capacité fonctionnelle psychique, dans les suites de tels actes. Les conséquences psychiques, relatives notamment au rapport au travail et à la productivité, s'avéraient impossibles à prédire au décours immédiat de l'événement. De plus, il convenait de ne pas sous-estimer le traumatisme des témoins passifs d'actes violents, bien que vraisemblablement moindre que celui des victimes. En effet, il convient de rappeler combien le salarié est fréquemment

sidéré par l'effraction soudaine de l'événement dans le psychisme, dans les deux situations de victime et de témoin d'actes violents survenus au travail.

Le fait de vivre un événement violent comme victime ou témoin retentissait de manière importante sur la santé psychique et sur la capacité fonctionnelle professionnelle, suggérant la nécessité de mesures spécifiques de soutien des travailleurs. L'organisation exerçait un effet protecteur ou facilitateur, selon la politique et les mesures de prévention préexistantes, selon les mesures adoptées dans les suites d'événements violents et en rapport avec l'attitude, parfois le déni opposé à la victime par la hiérarchie ou les collègues. Enfin, le cumul d'actes violents était à prendre en compte, comme facteur de majoration des conséquences physiques et psychiques.

FACTEURS INDIVIDUELS : INFLUENCE D'ÉVÉNEMENTS NÉGATIFS D'ENFANCE SUR L'INTÉGRATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL

T. Lund (Danemark) s'est interrogé, dans une étude longitudinale de cohorte portant sur plus de 3 000 sujets masculins et féminins, sur le rôle d'événements de vie précoces et négatifs, considérés comme des facteurs prédictifs d'intégration dans le marché du travail. La question s'est posée du fait de l'augmentation de l'absentéisme et de l'allocation de bénéfices sociaux à une fraction croissante de jeunes adultes masculins, plus ou moins directement après la scolarité. L'enquête par questionnaire a recensé des événements de vie négatifs et cruciaux de l'enfance, tels que le divorce parental, le décès de l'un des parents, la consommation

parentale d'alcool et de drogue, les abus survenus dans l'enfance, le statut de témoin d'un acte violent survenu dans l'enfance ou une maladie menaçant la vie de l'un des parents. Le comportement individuel du sujet devenu adulte à l'égard de sa propre santé a également été évalué. Il existait des associations significatives entre les facteurs sociaux évalués à l'âge de 17-18 ans (facteurs liés à la position socio-économique des parents, à la relation avec ceux-ci) et un risque ultérieur de marginalisation à l'âge de 21-22 ans. De plus, un comportement défavorable à la santé observé à l'âge de 17-18 ans affectait l'attachement au marché du travail à l'âge de 21-22 ans. Enfin, les événements négatifs de vie survenus dans l'enfance augmentaient l'allocation de bénéfices sociaux. Ces résultats concernaient à la fois les hommes et les femmes, bien que le nombre de variables statistiquement significatives le plus élevé ait été observé chez les femmes.

Les stratégies adaptatives actives d'auto-soutien (par exemple, renforcer la confiance en soi, modifier ses croyances, conduire un projet de vie, avec ou sans aide extérieure...) exerçaient un rôle positif, au contraire des stratégies adaptatives passives (par exemple, enfermement dans un statut de malade, attente d'amélioration exclusivement centrée sur des médicaments, espoir que la situation évolue spontanément...). Ces données sont cohérentes avec de récents résultats relatifs à d'autres altérations de santé, telles que les TMS.

En conclusion, lorsque les déterminants de marginalisation du marché du travail sont étudiés, cherchant à identifier des groupes à risque, il est important de prendre

en considération les événements négatifs de vie survenus dans l'enfance.

VIEILLIR EN SANTÉ ET AU TRAVAIL

La session consacrée à l'âge a permis de préciser les enjeux et d'étudier les liens entre les caractéristiques du travail, la santé et le statut d'emploi chez les travailleurs âgés. Enfin, l'impact de l'âge sur le handicap professionnel a été analysé.

ENJEUX DU BIEN VIEILLIR AU TRAVAIL

Selon **P. Schnabel** (*Pays-Bas*), les plus âgés devront rester plus longtemps qu'actuellement sur le marché du travail, à condition toutefois de trouver les moyens d'améliorer la santé des populations. Continuer à travailler après 55 ans suppose fréquemment un aménagement de la fin de carrière en termes de conditions, de temps, d'organisation et de charge de travail, ainsi que de définition des tâches à réaliser. De plus, un niveau éducatif élevé et une bonne santé perçue se trouvent structurellement liés à une plus grande longévité dans le marché du travail. Une attention particulière doit être portée aux femmes, car elles sont davantage que les hommes concernées par une sortie précoce du marché. Après la retraite, une bonne santé, définie par un processus dynamique d'adaptation aux défis de l'existence, détermine la qualité de vie et contribue à différer le recours aux soins.

T. Shakespeare (*Royaume-Uni*) a centré son propos sur les obstacles à l'intégration des personnes handicapées, sur les inégalités sociales,

sur les déterminants sociaux de santé et sur la formulation de recommandations pour l'action. L'objectif poursuivi vise à compenser le désavantage lié au handicap dans les dimensions professionnelles, sociales et personnelles. Des progrès restent à accomplir au plan individuel pour enseigner des habiletés aux sujets en situation de handicap et augmenter la capacité individuelle à solliciter ses propres ressources. Au plan collectif, les obstacles à surmonter portent sur les politiques nationales et locales inadéquates, les représentations toutes faites sur le défaut de productivité, la carence de services et de prise en charge, l'accessibilité insuffisante des locaux, les difficultés de transport et le défaut de consultation des personnes handicapées elles-mêmes. Ces multiples défaillances affectent la personne et sa famille dans leur capacité à maîtriser leur vie. L'orateur a mis l'accent sur le fait qu'en matière de handicap, le contexte exerçait une influence supérieure à la lésion elle-même. En réponse à ce constat, les pistes d'action proposées ont porté sur le volet politique et réglementaire, sur la promotion d'interventions incitatives envers les employeurs, sur le soutien à l'emploi et enfin sur l'accès facilité à l'auto-entreprise. Il conviendrait de développer l'accès à la réhabilitation et à l'entraînement professionnels et de lutter contre les représentations erronées à tous les niveaux de décision. Faciliter la collecte de données sur le handicap et soutenir la recherche dans ce champ constitueraient également des priorités. L'élaboration de schémas de protection sociale efficaces, ne décourageant cependant pas l'insertion ou la réintégration professionnelle, serait à promouvoir. Il

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

paraît important de ne pas perdre tous les bénéfices lorsqu'un retour à l'emploi est tenté.

LIENS ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL ET LE STATUT D'EMPLOI

S.J.W. Robroek (*Pays-Bas*) a approfondi l'interaction entre les caractéristiques du travail, le statut d'emploi, les données relatives à la santé perçue d'une part, et la sortie précoce de travailleurs néerlandais d'autre part. L'auteur a mené une étude prospective décennale sur plus de 15 000 employés. Le niveau éducatif et les caractéristiques psychosociales du travail constituaient les variables significatives persistant après ajustement sur les facteurs de confusion. Le défaut de contrôle sur le travail, plus marqué chez les femmes, était associé à une sortie prématurée liée à l'incapacité. Par ailleurs, une médiocre santé perçue était associée à une sortie d'emploi en lien avec le handicap. En revanche, dans cette étude, les exigences physiques du travail n'étaient pas associées à une sortie d'emploi prématurée. Enfin, les considérations financières en lien avec une sortie d'emploi prédominaient chez les hommes, tandis que l'influence des facteurs sociaux se manifestait davantage chez les femmes.

LIENS ENTRE LA SANTÉ ET LE STATUT D'EMPLOI

A. De Wind (*Pays-Bas*) s'est intéressée aux voies par lesquelles la santé influence une retraite précoce. L'auteur a mené une étude qualitative comportant 30 entretiens semi-structurés en face à face, avec des sujets précocement sortis du marché de l'emploi entre 58 et 64 ans. Ces sujets n'étaient pas reconnus comme handicapés ou étaient partiellement. Une

santé physique ou mentale médiocre a influencé le retrait anticipé du travail selon 4 modalités.

- 1) incapacité à travailler en lien avec des problèmes de santé,
- 2) réduction de la capacité de travail consécutive à des difficultés de santé perçue par le travailleur et prise de décision de se retirer, souvent sans avoir consulté l'employeur,
- 3) crainte et anticipation d'un futur déclin de santé conduisant à la décision de se retirer précocement,
- 4) pression de la part de l'employeur en faveur d'un retrait anticipé des sujets en mauvaise santé, bien que ces personnes n'aient pas ressenti un déclin de leur capacité de travail.

L'état de santé a joué un rôle dans le départ anticipé pour la moitié des sujets interrogés. Plus précisément, un mauvais état de santé a contribué au départ anticipé par inadéquation entre les exigences du travail et la capacité à accomplir la tâche, sans perception particulièrement pessimiste des problèmes de santé par les sujets. Inversement, une bonne santé a favorisé le départ anticipé par inadéquation entre un projet de vie recentré sur le versant personnel et les exigences du travail. De ce fait, la perspective d'allongement de la vie professionnelle nécessiterait un dialogue employeur-employé accru au sujet de telles divergences.

M. Schuring (*Pays-Bas*) a mené, sur 15 177 salariés, une étude prospective décennale examinant l'effet de la santé et du statut socio-économique sur la sortie du marché du travail et la perspective de retrouver un emploi. La santé perçue, les caractéristiques individuelles, les contraintes domestiques et le statut d'emploi ont été mesurés. La maladie augmentait la probabilité de quitter le marché du travail par

chômage, pension de handicap et départ anticipé en retraite. De plus, elle réduisait la chance de retrouver un emploi. Les travailleurs dont le statut économique était bas présentaient un risque accru de quitter le marché par chômage, pension de handicap et inactivité économique, après ajustement sur la maladie. Enfin, les travailleurs de faible niveau éducatif étaient exposés à un risque accru d'exclusion d'emplois rémunérés en lien avec des problèmes de santé.

En conclusion, le statut de santé représente un important déterminant pour espérer garder ou retrouver un emploi rémunéré. L'enjeu politique majeur consiste à protéger de l'exclusion les sujets âgés, notamment les travailleurs de faible niveau socio-économique atteints de difficultés de santé. Cette communication confirme d'ailleurs l'influence des inégalités sociales de santé sur la capacité à conserver et à retrouver un emploi.

LIENS ENTRE ÂGE, HANDICAP ET RETOUR AU TRAVAIL

A. Collie (*Australie*), dans une étude rétrospective de cohorte (59 525 sujets), s'est intéressé spécifiquement à l'impact de l'âge sur le handicap professionnel, sur l'incidence de la demande d'indemnisation et sur le retour au travail. Les principaux résultats étaient les suivants : le quart des travailleurs blessés était âgé de plus de 50 ans ; le taux de succès d'une première tentative de retour au travail diminuait de manière linéaire avec l'accroissement de l'âge entre 20 et 65 ans. Par ailleurs, le délai jusqu'à la première tentative de retour au travail augmentait avec l'âge, tout comme le total des jours indemnisés. Les rechutes se révélaient fréquentes (37 %) et augmentaient également

avec l'âge. De plus, le taux de handicap par travailleur et par an, ainsi que les coûts d'indemnisation croissaient de façon linéaire avec l'âge. L'auteur a conclu sur le réel besoin de mesures de prévention primaire et secondaire ciblées sur les travailleurs âgés, afin de réduire le risque de blessure et d'augmenter les chances de retour au travail. Le vieillissement de la main-d'œuvre conduira nécessairement à un taux accru de travailleurs en situation de handicap. Le coût et le temps de travail perdu augmenteront inéluctablement, dans l'éventualité de politiques et pratiques de prévention inchangées. En complément de ce qui précède, il resterait à promouvoir des programmes de retour au travail spécifiquement conçus pour des travailleurs âgés.

SYNTHÈSE DU CONGRÈS ET PERSPECTIVES

G. Pransky (*États-Unis*) a insisté sur la transformation opérée depuis 30 ans d'un modèle biomédical du handicap vers une approche fonctionnelle plus récente et vers la reconnaissance de la prédominance des facteurs psychosociaux. L'accent porte désormais sur les interactions interpersonnelles complexes (famille, amis, collègues, encadrement et autres acteurs) qui influencent le processus de retour au travail et réciproquement. Ainsi, le contexte exerce une influence déterminante, tant au niveau macroéconomique (travailleurs âgés, précaires...) qu'au niveau microéconomique (employeur, collègues, contexte organisationnel...). La prise en compte du contexte, jusqu'alors négligée dans les études, a été identifiée comme prioritaire pour de futures investigations. Il serait alors possible

d'acquérir une vision plus large et intégrée du problème, à condition de travailler dans une perspective longitudinale, d'utiliser de nouvelles méthodes de mesure et des systèmes de recueil de données plus efficaces. Les caractéristiques des interventions en milieu de travail (nature, temporalité, degré de finesse...) seraient à améliorer. Au plan méthodologique, l'essai randomisé contrôlé classique ne constitue pas le format d'étude le mieux adapté au domaine du handicap. De plus, il serait souhaitable de développer de nouvelles approches statistiques, afin de mieux appréhender les déterminants influençant une trajectoire professionnelle.

Une meilleure détection des situations de handicap est visée, associée à une meilleure intervention en amont de la boucle de présentisme-absentéisme-arrêt prolongé. Les difficultés relatives à la latitude décisionnelle de l'encadrement et à la part relevant du travailleur demeurent irrésolues, tandis que les connaissances relatives à l'employeur (contraintes, attentes, croyances...) restent à affiner. Les stratégies non cliniques, ciblées sur le lieu de travail, revêtent une importance cardinale pour prévenir, gérer le handicap professionnel et répondre au défi d'une excessive médicalisation du handicap. De plus, des découvertes en matière de prévention de l'incapacité seraient probablement transposables, issues d'autres spécialités médicales (neurologie, cardiologie, diabétologie...) et issues d'autres disciplines comme l'économie, l'expertise en politique de santé, l'analyse de systèmes. Par ailleurs, une attention particulière devrait être portée aux travailleurs âgés dont la santé mentale constitue un médiateur clé entre le handicap et le statut d'emploi. Enfin, la comor-

bidité observée avec l'avancée en âge exerce un effet négatif sur la fin du parcours professionnel.

En écho à ce qui précède, **C. Black** (*Royaume-Uni*) a conclu les travaux du congrès en soulignant le problème croissant posé par les altérations de santé et de bien-être, dans la population en âge de travailler. Elle a noté l'évolution des profils de maladies chroniques, marquée par la prédominance d'altérations communes de santé mentale et de TMS. Par ailleurs, l'association de l'obésité à la pauvreté, à un faible niveau éducatif et à des habiletés réduites, explique un grand nombre d'altérations de santé à long terme. Les enjeux d'avenir portent d'abord sur l'action précoce dans l'histoire des maladies chroniques, notamment en ce qui concerne la lombalgie. Les défis concernent ensuite l'information complète des travailleurs inscrits dans un parcours clinique, suivi parfois d'un parcours de réadaptation médicale et de réhabilitation professionnelle. Un dernier défi porte sur l'information délivrée au milieu de travail et sur la prise de conscience des enjeux de la part du milieu de travail. En effet, la médiation, la négociation et le soutien dans l'adaptation à un nouvel emploi exercent un rôle capital dans le succès du retour au travail ou du changement d'emploi. *A contrario*, l'excessive médicalisation, l'inadaptation des croyances et des attitudes, les interactions incohérentes entre divers acteurs clés, compromettent la réintégration des travailleurs concernés.

Sur l'âge enfin, l'auteur a rappelé les facteurs actuellement identifiés du « bien vieillir » : un bon état de santé pendant l'enfance, un style de vie sain (en particulier concernant la nutrition), la maîtrise des conduites addictives et l'activité physique régulière. Les

Vieillir en bonne santé dans une société du travail : seconde conférence scientifique sur la prévention et l'intégration du handicap

habiletés et la résilience sont à développer précocement dans la vie. À titre de rappel, les habiletés correspondent à des comportements opérationnels adaptés à une situation, intégrés de manière routinière et issus de l'expérience, tandis que la résilience d'un individu, comme celle d'un système, désigne sa capacité à anticiper les risques dans un environnement mouvant, à faire face et à réagir aux événements imprévus. Le sujet résilient rebondit après un traumatisme et reprend un développement, sous une forme et dans une mesure variables au cours du temps. Néanmoins, les stratégies d'amélioration de la santé et du bien-être dans la vie professionnelle et personnelle restent à préciser, ainsi que les comportements et pratiques concourant à une bonne santé. Le lieu de travail constitue le terrain de possibles transformations, avec la certitude qu'existent des marges de progrès dans la conciliation entre productivité et bien-être au travail. Enfin, l'interdépendance entre la santé et le travail reste insuffisamment prise en considération par les décideurs politiques nuisant à la vision des actions pertinentes à long terme. Plus encore, l'existence de liens généralement positifs entre la santé et le travail peine à être reconnue. Pour travailler à des lendemains en meilleure santé, les efforts sont à focaliser sur le gradient social de santé, les conditions de travail, la réhabilitation professionnelle, la promotion de la santé au travail, la sécurité et le bien-être et l'enfance. Dans cette perspective, il est incontournable que les divers acteurs impliqués dans le processus d'intégration ou de retour à l'emploi travaillent ensemble.

CONCLUSION

Les diverses communications présentées démontrent, s'il en est encore besoin, la vanité de séparer les différents niveaux de prévention et l'influence délétère exercée par des systèmes, approches et acteurs en difficulté de communication, voire incohérents dans les actions menées. Néanmoins, la temporalité, ainsi que le contenu des actions et interventions sont encore débattus. L'intégration, la réintégration des travailleurs et la prévention de la désinsertion professionnelle constituent des enjeux lisibles en filigrane des diverses communications. Manifestement, le champ de la recherche sur le handicap mûrit, mais les défis à relever restent immenses, requièrent des approches renouvelées, intégrées et surtout mieux articulées et coordonnées. Les enjeux abordés durant le deuxième congrès WDPI 2012 sont appelés à devenir de plus en plus importants avec le vieillissement de la population active et l'allongement de la durée de vie professionnelle. La recherche dans ce domaine, en pleine expansion, fait l'objet d'un programme international destiné à former des chercheurs⁽³⁾.

Les progrès des connaissances et des pratiques en prévention d'incapacité au travail seront communiqués à l'occasion du prochain congrès WDPI qui se tiendra à Toronto (Canada) du 28 septembre au 1^{er} octobre 2014.

Les auteurs remercient Agnès Aublet-Cuvelier et Laurent Claudon pour leur relecture attentive.

(3) Les modalités d'inscription à ce programme subventionné par les Instituts canadiens de recherche sur la santé sont accessibles à l'adresse suivante : www.training.wdpcommunity.org/index.html