

eurogip

Note thématique



Juin 2010

Réf. Eurogip - 52/F



Prévention de la désinsertion professionnelle

L'expérience de 6 pays

Introduction

L'arrivée à l'âge de la retraite de la génération dite du « baby boom » et l'entrée généralement plus tardive des jeunes sur le marché du travail font craindre une pénurie de main-d'œuvre en Europe. Face aux compétences qui vont commencer à manquer, les employeurs sont de plus en plus conscients qu'il est nécessaire de promouvoir le maintien des salariés dans l'emploi et de faciliter la réinsertion professionnelle des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. En effet, plus les arrêts de travail sont longs, plus les chances de retour à l'emploi sont faibles. Pour faire face à cette situation, un certain nombre de pays ont élaboré des politiques qui visent à améliorer l'employabilité des accidentés du travail et des personnes ayant des problèmes de santé, et par là-même, à diminuer leur dépendance à l'égard des prestations.

A l'heure actuelle, le thème de la prévention de la désinsertion professionnelle et, en amont, du maintien dans l'emploi est d'autant plus important qu'avec l'allongement de la vie professionnelle, garder les salariés au travail, et en bonne santé, va devenir une priorité. La nécessité d'agir dans ce domaine est soulignée dans une enquête réalisée en 2007 par le Crédoc à la demande de la Fédération française des assurances. Les résultats de cette enquête montrent que trois ans après un accident, seulement la moitié des personnes concernées avaient repris un travail alors que 85% d'entre elles avaient un emploi auparavant¹.

Présentée sous forme de fiches, cette note thématique dresse un tableau de l'approche choisie par des pays qui ont déjà une expérience certaine en matière de prévention de la désinsertion professionnelle comme l'Allemagne, la Suisse, le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et le Québec.

Bien que tous ces pays poursuivent le même objectif d'un retour réussi et durable à l'emploi des accidentés du travail, les approches qu'ils adoptent diffèrent quelque peu. En effet, si les mesures de prévention de la désinsertion professionnelle s'inscrivent dans le cadre d'une politique active de l'emploi au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède, elles sont davantage axées sur une gestion plus efficace des cas d'assurance en Allemagne, en Suisse et au Québec.

¹ Etude du Crédoc (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) auprès de 400 patients de 16 à 55 ans sortis d'un établissement ou d'un service sanitaire de médecine physique de réadaptation en 2003 et 2004 et interrogés par téléphone en mars 2007 – Crédoc – Consommation et modes de vie – N° 214 – Septembre 2008

Sommaire

1 - L'Allemagne	4
I - La réadaptation, une mission fondamentale de l'assurance accident	4
II - La gestion de la réinsertion professionnelle	5
III - Le « Disability Management ».....	6
IV - La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé..	8
V - Les prestations servies par l'assurance accident	8
VI – Le coût du traitement médical et de la réadaptation.....	10
VII – La réadaptation médico-professionnelle à la clinique des BG de Ludwigshafen	10
VIII – « job.bg », une aide destinée aux personnes en réinsertion professionnelle ..	11
2 - La Suisse	13
I – Le « New Case Management » et la prévention de la désinsertion professionnelle	13
II – Le rôle des médecins des assurances dans la gestion de la réinsertion	16
III – Le rôle de l'employeur en matière de réinsertion	19
IV – La clinique de réadaptation de Bellikon.....	20
V – Les prestations servies par la Suva	21
3 – Le Danemark	23
I – La réforme des pensions d'invalidité et la méthode de la capacité de travail.....	23
II – Le cadre juridique.....	24
III – Les prestations	24
IV – Le rôle des services sociaux et de santé dans le maintien au travail et la réadaptation	26
V - Les acteurs du marché de l'emploi, sous l'angle de la réadaptation.....	28
VI – Les emplois flexibles	30
VII – La loi sur l'absentéisme de mai 2009	31
VIII – Le projet de retour à l'emploi.....	32
IX – Deux exemples de bonnes pratiques	33
4 - Les Pays-Bas	36
I – La loi WIA et la responsabilité conjointe employeur/employé dans le retour à l'emploi	36
II – La SUWI et le rôle des communes	37
III – Le rôle des <i>arbodiensten</i>	39
IV – Les ateliers protégés pour les personnes partiellement handicapées.....	40
V – Les prestations offertes aux salariés.....	40

VI – Les mesures applicables aux employeurs	41
5 - La Suède	42
I – Les principaux acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle	42
II – Les mesures incitatives et le concept de modalités actives d’octroi du congé maladie.....	45
III – Initiatives autour de la prévention de la désinsertion professionnelle	45
6 - Le Québec	48
I - Le cadre juridique	48
II - Les prestations	48
III – La réadaptation.....	49
IV – Les programmes de subventions de la CSST	50
V – Le programme PREVICAP.....	51
LIENS UTILES	55
ANNEXE	56



1 - L'Allemagne

Le thème du maintien dans l'emploi et de la réinsertion professionnelle et sociale après un accident du travail ou une maladie professionnelle est très important en Allemagne. Cela s'explique notamment par le vieillissement de la population et, parallèlement, par la diminution de la main-d'œuvre. Sachant que, d'ici à 2050, la population active devrait être réduite d'un cinquième, en diminuant de 10 millions environ² et que la pénurie de travailleurs qualifiés coûterait des sommes considérables à l'économie allemande³, il s'avère indispensable de prendre des mesures pour maintenir la main-d'œuvre dans l'emploi et faciliter le retour au travail des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

I - La réadaptation, une mission fondamentale de l'assurance accident

L'assurance accident obligatoire (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV), fédération centrale des caisses d'assurance accident de l'industrie, du commerce et des services (Berufsgenossenschaften - BG) et des caisses d'assurance accident du secteur public, a une triple mission : la prévention, la réadaptation et l'indemnisation. Aux côtés de l'assurance vieillesse et de l'assurance chômage, l'assurance accident joue un rôle important dans le domaine de la prévention de la désinsertion professionnelle en contribuant à aider l'employeur à remplir ses obligations en la matière.

L'assurance accident a pour principe que « la réadaptation intervient avant l'indemnisation ». C'est pourquoi le suivi médical et la réinsertion professionnelle et sociale de l'assuré ont une importance primordiale. L'augmentation du coût économique de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle entraîne un souci de rentabilité et d'efficacité des prestations.

Les mesures de réduction des coûts mises en œuvre placent la victime au centre des préoccupations, l'important n'étant pas de réussir rapidement mais de parvenir à une réinsertion durable dans la société et le monde du travail. L'objectif est que la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle retrouve le meilleur état de santé possible et puisse retravailler dans les meilleures conditions. Pour cela, toutes les possibilités de travail au sein de l'entreprise sont examinées, puis à l'extérieur de l'entreprise, si le maintien dans l'entreprise s'avère impossible. Quel que soit le cas de figure, le nouveau poste ne doit pas conduire à une rétrogradation économique et/ou sociale.

² Communiqué de presse de la DGUV – 1.9.2009 : « Disability Management: Berufliche Chance für Ärzte und Therapeuten »

³ Source : AISS « Mise en œuvre de stratégies de gestion du handicap et de réinsertion professionnelle – Une pratique de l'Assurance sociale allemande des accidents du travail et des maladies professionnelles » - www.issa.int

On observe en Allemagne une tendance à mettre en œuvre les moyens d'éviter les incapacités professionnelles de longue durée et à développer la prise de conscience précoce des risques de désinsertion professionnelle.

II - La gestion de la réinsertion professionnelle

Depuis 2004, la gestion de la réinsertion professionnelle (Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM) est une obligation légale de l'employeur (Livre IX du Code de la sécurité sociale, § 84, alinéa 2⁴). Cette obligation vise à inciter les employeurs à prendre des mesures de prévention pour réintégrer au plus tôt les accidentés du travail afin d'éviter les pertes d'emploi et de réduire les coûts. L'objectif est de mettre fin à l'incapacité de travail ou de prévenir une nouvelle incapacité et de permettre aux victimes de reprendre leur emploi.

La loi s'applique à tous les salariés et à toutes les entreprises, du secteur privé comme du secteur public.

En vertu de la législation, lorsqu'un salarié a été en arrêt de travail au-delà de six semaines cumulées au cours des douze derniers mois, l'employeur est tenu de mettre en œuvre le programme de gestion de la réinsertion professionnelle du salarié. Les maladies courantes, comme un refroidissement, ou une opération prévue, ne sont pas prises en compte dans le calcul de ce délai.

Il revient à l'employeur de trouver les moyens de prévenir au mieux l'incapacité de travail et de réunir les aides qu'il juge nécessaires.

Cette démarche associe le salarié concerné mais l'accord de ce dernier est indispensable, la participation à ce programme se faisant sur une base volontaire. Le salarié doit donner son accord par écrit et le document doit figurer dans le dossier constitué par l'employeur dans le cadre de la gestion de la réinsertion professionnelle.

En introduisant cette obligation, le législateur a renforcé les dispositions relatives au licenciement pour maladie qui doit être considéré comme une solution de dernier recours. En effet, l'employeur ne peut licencier un salarié pour maladie que s'il a auparavant mis en œuvre le programme de gestion de la réinsertion professionnelle.

Ce programme se déroule généralement en 5 étapes, qui constituent des exigences minimales en la matière :

1. Gestion de l'information (ou système d'alerte précoce)

Le service du personnel de l'entreprise est informé des arrêts de travail de plus de six semaines sur les douze derniers mois par le système de traitement informatisé des données de l'entreprise.

⁴ Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} mai 2004.

2. Prise de contact avec le salarié concerné

Un entretien doit être organisé entre l'employeur et le salarié, entretien auquel doit participer le conseil d'établissement⁵.

Lors de cet entretien, le salarié doit être informé des objectifs de la gestion de la réinsertion professionnelle. Il doit également être informé des données le concernant qui ont été utilisées.

A ce stade, le salarié a le droit de refuser de participer au programme proposé. Dans ce cas, l'employeur est dégagé de son obligation - préalable à un éventuel licenciement - de mettre en œuvre un programme de gestion de la réinsertion professionnelle.

3. Analyse du cas

Si le salarié accepte de participer au programme, un entretien est organisé entre l'employeur, le médecin du travail et le conseil d'établissement pour faire une analyse de la situation du salarié. Si nécessaire, l'employeur peut également faire appel à divers acteurs extérieurs (organismes d'intégration des handicapés, assurance invalidité-vieillesse, assurance accident, assurance maladie, agence pour l'emploi...). Cet entretien porte sur l'analyse du poste de travail, la comparaison des exigences requises pour le travail et des capacités du salarié, la nécessité d'aménager le poste de travail, les éventuels besoins de formation...

4. Mise en place de l'équipe de réadaptation

En fonction des besoins de réadaptation identifiés lors de l'analyse du cas du salarié, une équipe de réadaptation est mise en place. Cette équipe décide des mesures générales ou individuelles à mettre en place. Elle travaille également avec les partenaires extérieurs et veille au bon déroulement de cette action en réseau.

5. Mise en œuvre des mesures de réadaptation

C'est l'équipe de réadaptation qui est chargée de mettre en œuvre les mesures de réadaptation. Elle est également responsable de l'assurance qualité.

III - Le « Disability Management »

L'Allemagne participe par ailleurs à un programme international appelé « Disability Management » (Gestion du handicap). Au centre de ce programme, l'Institut national de recherche et de gestion de l'incapacité de travail (INRGIT), qui a son siège à Victoria, au Canada. Cet institut, fondé en 1994, a pour objectif de réduire les coûts humains, sociaux et économiques de l'invalidité, tant pour les travailleurs que pour les employeurs et la société, par le biais de l'éducation, de la recherche, de l'élaboration de politiques et de la mise en œuvre de ressources visant à promouvoir les programmes de réinsertion dans le milieu de travail. L'INRGIT s'appuie sur un conseil d'administration et un conseil international dont les principaux représentants sont originaires du Canada, d'Australie, d'Allemagne, d'Irlande, des Pays-Bas et des Etats-Unis.

⁵ La loi du 15 janvier 1972 sur l'organisation interne de l'entreprise prévoit l'institution, dans tous les établissements comportant au moins cinq salariés, d'un conseil d'établissement disposant d'un pouvoir de codécision dans trois domaines : affaires sociales, questions de personnel et affaires économiques. Le conseil d'établissement se compose uniquement de représentants des salariés.

La gestion du handicap représente un moyen optimal de réinsérer professionnellement un salarié qui est menacé d'une incapacité de longue durée pour des raisons de santé. Toutefois, il n'est pas mis en œuvre seulement après un accident ou une maladie mais il intervient aussi de manière préventive pour dépister les cas de personnes qui risquent de se retrouver en situation de désinsertion professionnelle.

En Allemagne, la DGUV joue un rôle moteur dans le domaine de la gestion du handicap sur le lieu de travail. Elle aide les entreprises à la mettre en œuvre et forme des spécialistes en la matière selon des règles définies internationalement.

La gestion du handicap sur le lieu de travail est assimilée à un outil professionnel en Allemagne. L'objectif est d'éviter que les problèmes de santé de longue durée et/ou les handicaps n'entraînent des difficultés de participation à la vie active ou l'abandon de toute activité professionnelle. Le but est de convaincre les employeurs de prendre en compte les capacités résiduelles des personnes handicapées et de les inciter à maintenir ces personnes dans l'emploi en modifiant les postes de travail pour les adapter à leurs besoins. Cela suppose un changement radical d'attitude puisque l'accent est mis sur la capacité de travail restante et non plus sur le handicap.

La DGUV est habilitée à former des spécialistes accrédités en gestion du handicap (Certified Disability Management Professionals – CDMP) et des coordinateurs accrédités en matière de retour au travail (Certified Return-to-Work Coordinators) – CRTWC). Ces formations s'adressent, entre autres, aux médecins – et notamment aux médecins du travail –, aux directeurs des ressources humaines, aux travailleurs sociaux, au personnel des centres de rééducation professionnelle.

Ces spécialistes de la gestion du handicap ont pour mission de proposer aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles qui sont en réadaptation médicale des mesures visant à faciliter leur réinsertion professionnelle et sociale. Ils les aident notamment pour la formation professionnelle, la recherche d'un emploi adapté à leurs capacités et les questions pratiques (logement, voiture). D'une manière générale, le spécialiste de la gestion du handicap développe et soutient la politique d'intégration/de réinsertion au niveau de l'entreprise, il intervient essentiellement lors de la première phase de la réinsertion professionnelle en mettant en place les structures nécessaires alors que le coordinateur en matière de retour au travail est plus spécialement chargé de la gestion concrète des cas.

La DGUV est également habilitée à contrôler les entreprises et à leur délivrer des agréments validant des programmes de réinsertion professionnelle qui ont fait leurs preuves.

Depuis 2004, 700 personnes ont été formées à la gestion du handicap (dont 10% de médecins du travail) et plus de 200 entreprises ont été agréées pour avoir réduit de 30 à 50% les coûts liés au handicap.

IV - La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Dans le cadre de la réadaptation, l'individu est considéré dans sa globalité et pas uniquement du point de vue médical. La réadaptation est conçue pour le patient. Le patient, ses capacités fonctionnelles au quotidien, ses capacités professionnelles, sa vie sociale et sa qualité de vie sont au centre de la réadaptation.

L'Allemagne utilise la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)⁶ de l'Organisation mondiale de la santé dans le domaine de la réadaptation. Cette classification universelle du handicap et de la santé est un cadre conceptuel qui présente une terminologie et une classification normalisées des conséquences de la maladie. Elle a été publiée une première fois en 1980 à titre d'essai sous l'intitulé « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages » (CIH). Depuis sa publication, la classification a été utilisée dans divers domaines et comporte des applications spécifiques pour les diagnostics cliniques, l'évaluation en réadaptation et la planification des politiques pour les handicapés. Sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, la CIH a été révisée et renommée CIF en 2001.

Cette classification repose sur un modèle biopsychosocial du développement humain. La situation de vie d'une personne est considérée dans son ensemble : facteurs contextuels, facteurs environnementaux et facteurs personnels. La CIF permet de calculer le besoin d'un accidenté du travail en matière de réadaptation, de déterminer des objectifs, d'améliorer la communication entre tous les participants au processus de réadaptation, d'évaluer ce processus et ainsi de mieux cibler la réadaptation en fonction des besoins de l'individu.

En matière de réadaptation, le traitement des conséquences psychosociales d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est aussi important que celui des lésions physiques. Il est fait appel à des psychologues en cas de traumatismes psychiques.

V - Les prestations servies par l'assurance accident

Pour favoriser le maintien dans l'emploi de salariés devenus inaptes, l'assurance accident propose toute une panoplie de prestations telles que la prise en charge des frais médicaux, la préparation à la reprise du travail, la formation continue et le versement de prestations financières à l'employeur.

⁶ <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

A – Les prestations offertes au salarié

1. Les prestations en nature

L'assurance accident couvre, comme dans la plupart des pays, les soins médicaux, paramédicaux, dentaires, les médicaments, les prothèses, les soins à domicile, en établissements de cure, en centres de réadaptation et dans les hôpitaux.

2. Les prestations en espèces

Allocation pour incapacité

L'assuré bénéficie de prestations d'incapacité temporaire tant qu'il est dans l'incapacité de pratiquer l'activité exercée jusqu'alors ou qu'il ne peut le faire sans aggraver son état de santé.

L'allocation pour incapacité est versée à l'issue du moment où l'employeur cesse de maintenir le salaire ou les prestations (six premières semaines). Le montant de cette allocation est égal à 80% du montant du salaire brut antérieur, dans la limite maximale du salaire net. Cette allocation peut être servie pendant un peu plus d'un an et demi, soit une durée maximale de 78 semaines.

Prestations au titre de la participation à la vie active

Elles consistent en premier lieu en des prestations visant au maintien dans l'ancien emploi ou l'obtention d'un nouvel emploi. Si les prestations n'ont pas le résultat escompté, l'assuré peut demander une reconversion ou une formation à un nouveau métier. L'assurance accident couvre l'achat de matériel pédagogique, les frais de transport, de repas, d'hébergement, d'examens.

Une allocation peut être versée pendant la période de formation.

Allocation de transition

L'assuré bénéficiant de prestations de réadaptation professionnelle a droit à une allocation de transition destinée à indemniser la perte de capacité de gain. Le montant de cette allocation est fonction de la situation antérieure au début de la réadaptation. Elle est versée tout le temps que dure la réadaptation.

Prestations visant une participation à la vie au sein de la collectivité et prestations complémentaires

Ces prestations concernent l'adaptation des véhicules automobiles ou l'achat de véhicules spécialement équipés, l'aménagement du logement, l'aide ménagère, l'encadrement psychosocial, le sport de réadaptation.

B – Les prestations offertes à l'employeur

Le type de prestation le plus fréquemment proposé pour maintenir un accidenté du travail dans son emploi ou lui permettre d'en retrouver un est l'octroi d'une subvention à l'employeur.

Dans certains cas, l'organisme d'assurance accident prend en charge le coût de l'embauche à l'essai d'un accidenté du travail pour une période de trois mois maximum. Cela permet à l'employeur d'apprécier si la personne est apte à effectuer le travail sans entraîner un important investissement financier.

L'organisme d'assurance accident peut également prendre en charge les coûts d'aménagement du poste de travail.

VI – Le coût du traitement médical et de la réadaptation⁷

(En millions d'euros)

Détail des dépenses	2005	2006	2007
Consultations externes et prothèses dentaires	992,513	1 029,190	1 053,842
Patients hospitalisés et soins à domicile	838,315	879,189	856,662
Indemnités journalières et assistance particulière	484,486	486,559	484,155
Autres dépenses médicales	546,284	555,851	561,142
Dépenses liées à la réinsertion professionnelle	242,388	199,204	170,983
Total	3 103,986	3 149,994	3 126,784

VII – La réadaptation médico-professionnelle à la clinique des BG de Ludwigshafen

Cette clinique, l'une des plus renommées en Allemagne pour la traumatologie et l'orthopédie, a introduit un nouveau concept global de réadaptation des accidentés du travail ciblé sur la récupération de la capacité de travail : la réadaptation médico-professionnelle. Il s'agit d'une réadaptation « à la carte », individualisée, mise au point en fonction du profil et des besoins de la personne handicapée. Les exigences professionnelles du patient conditionnent le contenu de la réadaptation, ce qui constitue une nouveauté. Il est donc important que l'organisme d'assurance accident transmette le plus tôt possible à la clinique une description précise du poste de travail de l'assuré afin que les exigences spécifiques à son activité professionnelle soient prises en compte dans le programme de réadaptation.

Le travail s'effectue en réseau. Une équipe interdisciplinaire composée de médecins et de thérapeutes fait, sur deux jours, une analyse de la situation du patient et notamment des exigences requises par son travail et des limitations

⁷ DGUV : « Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2007 »

induites par l'accident. Un programme thérapeutique est ensuite établi. La réadaptation dure en règle générale quatre semaines. Le patient peut consacrer jusqu'à sept heures par jour à la réadaptation, quatre à la réadaptation professionnelle et trois aux soins classiques. En ce qui concerne la réadaptation professionnelle, le patient est suivi individuellement par des ergothérapeutes. A la fin du programme thérapeutique, l'équipe pluridisciplinaire se réunit avec le responsable de la réadaptation pour faire le bilan.

Le programme de réadaptation permet de tester le patient dans des conditions qui sont très proches de ses conditions réelles de travail. Il est donc assez rapidement possible de savoir s'il pourra ou non réintégrer son poste de travail et si d'autres mesures d'ordre professionnel doivent être envisagées. Cette approche permet d'agir tôt pour mettre en place la réinsertion professionnelle, ce qui est très important pour le patient car l'expérience montre que plus longtemps celui-ci est tenu éloigné du monde du travail, plus il lui est difficile de retravailler.

Des mesures de réadaptation médico-professionnelle sont proposées dans les secteurs suivants : construction, industrie mécanique, industrie chimique, électrotechnique, stockage, restauration, commerce, soins de santé, travail de bureau, horticulture, conduite professionnelle.

Les expériences faites avec cette méthode de réadaptation sont très prometteuses et les premiers résultats d'études confirment l'efficacité d'une telle approche.

VIII – « job.bg », une aide destinée aux personnes en réinsertion professionnelle

S'ils doivent rechercher un nouvel emploi, les accidentés du travail bénéficient de l'aide de la BG ou de la caisse d'assurance accident du secteur public dont ils dépendent. Depuis août 2009, la mission des caisses d'assurance accident a été étendue dans ce domaine avec la mise en place du programme « job.bg » qui combine aide individuelle à l'assuré et recherche d'emploi sur Internet. Ce programme a été testé sur le plan régional en 1999, puis développé. Au vu des résultats positifs enregistrés, six antennes ont été implantées dans l'ensemble du pays avec pour objectif d'améliorer la réinsertion professionnelle des personnes handicapées. Le site Internet, réalisé à cette occasion, informe les employeurs sur les incitations financières dont ils peuvent bénéficier en engageant un travailleur handicapé et met en relation travailleurs et employeurs. Le service « job.bg » est gratuit pour l'employeur comme pour le salarié.

La prévention de la désinsertion professionnelle est une préoccupation importante en Allemagne. Un certain nombre de mesures ont déjà été prises, y compris sur le plan législatif, avec l'introduction en 2004 d'un nouveau concept, celui de la gestion de la réinsertion professionnelle. Toutefois, selon l'assurance accident, il serait utile de créer un réseau et de le coordonner pour que les acteurs de la santé et de la sécurité au travail, les techniciens, les parties

intéressées puissent travailler ensemble. Il serait notamment souhaitable de coopérer davantage avec les médecins du travail et de renforcer leur motivation à promouvoir la réinsertion des patients car ils ont une bonne connaissance des produits, des matériels et des risques au poste de travail puisqu'il sont chargés de la prévention et des examens de dépistage.



2 - La Suisse

En Suisse, la loi n'accorde à l'assurance accident aucune compétence en matière de réinsertion professionnelle, cette attribution revenant à l'assurance invalidité. Cette dernière dispose d'une série de mesures qui visent à rétablir, sauvegarder ou améliorer la capacité de gain des personnes atteintes dans leur santé physique, mentale ou psychique : mesures d'intervention précoce en vue de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail, mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, mesures d'ordre professionnel (orientation, formation, reclassement, placement avec éventuellement allocation d'initiation au travail en faveur de l'employeur et aide en capital). Ces mesures portent uniquement sur la réadaptation professionnelle des assurés et ne couvrent pas les autres aspects de la vie.

Lors de la 5^e révision de la loi sur l'assurance invalidité (LAI)⁸, la Suva – la plus grande assurance accident obligatoire suisse – avait proposé de reprendre la réinsertion professionnelle de ses propres assurés mais le Parlement en a décidé autrement et cette mission est restée du ressort de l'assurance invalidité. Cette proposition était guidée par le fait que le partage de compétences ne permet pas la mise en place d'un suivi unique tout au long du parcours de réadaptation, ce qui pose des problèmes, notamment dans les cas de dommages corporels entraînant le paiement de rentes. C'est pourquoi dans bien des cas, et de façon à ce que ses assurés accidentés aient les meilleures chances de réinsertion, la Suva initie et coordonne elle-même la réinsertion professionnelle.

La Suva a une expérience importante en matière de réadaptation, les mesures qu'elle a élaborées et mises en place, tel le « New Case Management », ont fait leurs preuves et peuvent être riches d'enseignements pour d'autres pays.

I – Le « New Case Management » et la prévention de la désinsertion professionnelle

La Suva (Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) est une entreprise indépendante de droit public à but non lucratif. Elle assure près de la moitié des salariés suisses (environ deux millions de personnes) contre les accidents et les maladies professionnelles et plus de 100 000 entreprises, principalement du secteur secondaire (entreprises industrielles et artisanales).

Au début des années 2000, la Suva a été confrontée à une hausse des coûts d'assurance et en particulier à une augmentation du nombre de rentes d'assurance invalidité. C'est à ce moment-là qu'elle a élaboré le « New Case Management » (Nouvelle gestion des cas). Cette désignation souligne le changement d'approche dans le traitement des dommages corporels. Ce programme de gestion des cas, mis en œuvre à partir de 2003, intègre des

⁸ La révision a débuté en 2006 et le texte révisé est entré en vigueur le 1.1.2008.

dispositions fortes destinées à obtenir la meilleure réinsertion possible des accidentés. Il ne gère pas la personne accidentée mais la situation exceptionnelle dans laquelle elle se trouve.

Dans la nouvelle gestion des cas, le processus de traitement des cas a été réorganisé en trois processus distincts : standard, normal et complexe. C'est particulièrement dans le cadre de la gestion des cas complexes qu'une prévention organisée de la désinsertion professionnelle est mise en œuvre.

A – Présentation du dispositif

Au centre de la nouvelle gestion des cas, il y a les accidentés qui ont un parcours de guérison complexe. Ils représentent environ 2% des cas mais sont à l'origine de 60 à 70% des coûts totaux de l'assurance. Pour les cas d'accidents graves, l'encadrement précoce et global des victimes est particulièrement important. En effet, plusieurs études l'attestent, les chances de réinsertion diminuent environ de moitié après une incapacité de travail de six mois. C'est pourquoi la Suva axe son action sur le dépistage précoce des cas complexes, le suivi complet et intensif des accidentés et le ciblage de la réinsertion professionnelle.

Le degré de complexité élevé de ces cas incite à les traiter en réseau, au sein d'une « case team » (équipe de gestion) à laquelle appartiennent toujours, outre le « case manager » (gestionnaire de cas), un médecin d'arrondissement de la Suva et un responsable des recours. En fonction des besoins ou de la situation, l'équipe de gestion fait appel à des spécialistes internes (cliniques de réadaptation de la Suva de Bellikon et Sion, par exemple) ou externes (services de placement ou conseillers professionnels, par exemple).

Dans ce processus, les gestionnaires de cas, spécialement formés, jouent un rôle central. Actuellement, environ 120 gestionnaires de cas travaillent dans les 19 agences de la Suva, chacun suivant une quarantaine de victimes d'accidents par an. L'accompagnement intensif par les gestionnaires de cas débute le plus tôt possible et se poursuit jusqu'au terme de la guérison. Il comprend notamment la sauvegarde du poste de travail, le maintien de la capacité de gain ainsi que la coordination des prétentions à l'égard d'autres assureurs.

Dans le traitement d'un cas complexe, le degré de gravité de l'accident n'est pas le seul facteur décisif. Quatre autres facteurs importants déterminent le déroulement d'un cas :

- le diagnostic médical
- la structure de la personnalité de l'accidenté
- l'environnement social
- l'environnement professionnel.

Si le diagnostic médical est toujours le point de départ, les autres facteurs conditionnent généralement davantage le résultat final au cours du temps. Une étude réalisée par la clinique de réadaptation de Bellikon sur la chronicité des douleurs dorsales a révélé que ces douleurs deviennent chroniques chez 15%

des patients lorsqu'ils ont la garantie de retrouver leur emploi et évoluent dans un environnement social favorable. En revanche, elles deviennent chroniques chez 85% des patients lorsqu'il y a des incertitudes professionnelles et/ou des problèmes sociaux.

La gestion des cas se déroule selon la méthode suivante :

1. le contrôle de la couverture visant notamment à apprécier au fond la compétence de la Suva (par exemple, la couverture d'assurance) mais surtout à initier le processus de gestion par le biais d'un entretien personnel avec la personne accidentée ;
2. une analyse de la situation au cours de laquelle le gestionnaire de cas n'examine pas seulement les faits objectifs mais aussi des facteurs non physiques susceptibles d'avoir une influence sur la convalescence ;
3. une planification de la marche à suivre (par exemple le maintien d'une certaine organisation de la journée, des objectifs thérapeutiques, le retour progressif au travail) avec les personnes impliquées dans le processus.
4. la gestion proprement dite, au cours de laquelle le gestionnaire de cas accompagne et soutient la personne accidentée, coordonne les prestations avec les autres assurances, entreprend les démarches appropriées auprès de l'employeur et favorise, si nécessaire, l'insertion dans une nouvelle profession. Enfin, le gestionnaire vérifie en permanence le degré de réalisation des objectifs fixés avec la personne accidentée et les autres parties prenantes au processus, auquel doit être associée la famille ;
5. le « clearing » comprend d'une part les tâches comptables et statistiques et d'autre part un « debriefing » au cours duquel le gestionnaire de cas tire le bilan du cas.

Les expériences et résultats enregistrés sont conservés dans une base de données afin de servir de bonnes pratiques pour les gestionnaires de cas. Ceux-ci font grand usage de cet échange d'expériences.

B – Les résultats

Depuis l'introduction de la nouvelle gestion des cas en 2003, on observe une diminution du nombre des rentes d'invalidité. Cette tendance à la baisse s'est poursuivie en 2009. En effet, le nombre de rentes d'invalidité est passé de 2210 en 2008 à 2050 à la fin 2009, ce qui représente une baisse de 7,3%. Les coûts ont baissé de près de 9,8%, passant de 631 à 569 millions de francs suisses.

Il s'agit des chiffres les plus bas depuis l'introduction de la loi sur l'assurance-accidents en 1984. En comparaison avec le record atteint en 2003, le nombre de nouvelles rentes octroyées a globalement reculé de 38,9%. Les coûts ont quant à eux diminué de 44,7%. En moyenne, chaque nouvelle rente d'invalidité a coûté

278 000 francs suisses (286 000 francs suisses en 2008) pour un taux d'invalidité moyen de 28,3% (29,8% en 2008)⁹.

Ces bons résultats sont dus en partie à la nouvelle gestion des cas qui accorde une importance toute particulière au suivi intensif des victimes d'accidents graves. Par ailleurs, et malgré la détérioration de la situation économique, de nombreux employeurs se sont montrés prêts à proposer un travail à une personne accidentée après la phase de réadaptation. Dans le cadre de l'initiative « Réintégration professionnelle », la Suva propose des incitations supplémentaires à l'intention des employeurs pour les encourager à réengager les salariés accidentés (Cf. infra).

Dans les enquêtes de satisfaction menées auprès des assurés, le taux de retour a été d'environ 25%. Ces enquêtes montrent une nette progression du taux de satisfaction pour le suivi de la Suva en matière de réinsertion¹⁰. Les résultats de la dernière enquête effectuée à l'automne 2008 confirment cette tendance. Les personnes interrogées apprécient tout particulièrement le travail des gestionnaires de cas. Le corps médical et les clients qui connaissent la nouvelle gestion des cas réagissent eux aussi de manière très positive.

II – Le rôle des médecins des assurances dans la gestion de la réinsertion¹¹

Les médecins des assurances jouent le rôle d'intermédiaires entre les accidentés, les prestataires de services médicaux et les assureurs. Dans le cadre de la gestion de la réinsertion, cette fonction intervient spécialement là où il faut conseiller des patients, des gestionnaires de cas pour des problèmes médicaux et coordonner les mesures prises par les acteurs médicaux dans le domaine de la réadaptation.

A – Le soutien médical à la gestion des cas

La gestion des cas de la Suva est soutenue par un service de médecine des assurances comprenant 70 médecins. Ce service fournit des prestations médicales dans les agences de la Suva et entretient des services centraux :

⁹ Cf. note précédente

¹⁰ Enquêtes de satisfaction de la Suva (Médecine des assurances) auprès des mandants d'expertises (2001 – 2006)

¹¹ Cette sous-partie comprend des extraits d'une présentation du Dr. Christian A. Ludwig, Médecin-chef de la Suva, intitulée « Versicherungsmedizinische Beiträge an das Wiedereingliederungsmanagement » (Contributions de la médecine des assurances à la gestion des assurances). Cette présentation a été faite dans le cadre de la Conférence du Forum européen de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles à Lucerne, les 28 et 29 juin 2007 sur le thème du retour au travail « The European way(s) back to work ».

centre d'expertises, bureau de coordination des expertises et service de renseignements.

L'intervention des médecins des assurances dans les agences s'oriente en fonction du classement des patients en trois catégories de risques. Les patients présentant des problèmes complexes sanitaires et/ou psychosociaux sont considérés comme des « cas complexes » et sont en général suivis par un gestionnaire de cas et le médecin de l'agence est régulièrement associé au suivi. S'il s'agit de « cas standard », avec une incapacité de travail de très courte durée, le soutien médical ne s'impose pas nécessairement. La catégorie intermédiaire correspond aux « cas normaux », dans lesquels les patients sont adressés aux médecins dans des situations particulières, figurant sur des listes indicatives.

Chaque année, 20 000 examens médicaux sont pratiqués dans les agences. Les médecins effectuent en outre de nombreuses prestations de conseil. En cas de besoin, les chargés de dossiers peuvent bénéficier du soutien du centre de compétence de la médecine des assurances où exercent spécialistes en chirurgie, orthopédie, neurologie, psychiatrie, ophtalmologie et médecine interne. Les médecins du département de Médecine du travail traitent les questions médicales relatives aux maladies professionnelles. Enfin, les cliniques médicales de Bellikon et Sion effectuent des diagnostics, des thérapies et des réadaptations, en traitement hospitalier ou ambulatoire.

Depuis l'introduction de la nouvelle gestion des cas, les gestionnaires de cas et les chargés de dossiers sollicitent davantage les services médicaux des assurances. Les médecins des agences leur consacrent plus de temps maintenant, dans le cadre des équipes de gestion. En outre, du fait de leurs relations suivies avec les assurés, les gestionnaires de cas ont plus tendance qu'auparavant à dépister chez eux des problèmes médicaux, ce qui entraîne un avis médical.

Les médecins traitants ayant déjà travaillé avec des gestionnaires de cas de la Suva (38% en 2005) jugent le concept très utile. Un petit nombre critique cependant le fait de ne pas être toujours suffisamment associés par les gestionnaires de cas aux processus décisionnels. Le service de médecine des assurances est jugé très positivement par les médecins traitants¹². Même depuis que la nouvelle gestion des cas a été instaurée, 89% des patients assurés à la Suva ont, durant leur absence du poste de travail, pris rendez-vous avec leur médecin de famille pour discuter de leur incapacité de travail, 16% seulement déclarant l'avoir fait auprès d'un collaborateur de la Suva¹³. Cela montre le rôle central que continue de jouer le médecin de premier recours dans la gestion de la réinsertion.

Dans une étude d'évaluation des résultats, les cliniques de réadaptation de la Suva examinent l'évolution de la capacité fonctionnelle des patients après leur séjour. L'étude présente les résultats d'un suivi de trois mois. Dans ce délai, 39%

¹² Enquête de la Suva auprès des médecins ; n=9752 (2006)

¹³ Enquête de la Suva auprès des patients ; n=853 (2005)

des patients sortis de clinique reprennent le travail. Les signes pronostiques relativement défavorables au regard de la réinsertion professionnelle mis en évidence sont les fortes douleurs, l'état de santé ressenti subjectivement comme détérioré, la dépression et l'anxiété ainsi qu'un délai d'admission supérieur à trois mois.

Il semble y avoir un lien direct entre un délai court avant l'entrée en clinique et un résultat favorable de la réinsertion et de l'amélioration de la qualité de vie. Un délai favorable d'admission en réadaptation avec hospitalisation, après un accident, semble être de huit à douze semaines au maximum. Mais les trois quarts des patients suivis par les gestionnaires de cas sont en incapacité de travail depuis plus de six mois au moment de leur hospitalisation¹⁴.

Une analyse statistique de 159 cas suivis selon les principes de la nouvelle gestion des cas a été réalisée par la Société Activa Care Management AG de Zurich. Avec l'aide du service de centralisation des statistiques de l'assurance accident (SSAA), il a été possible d'établir la valeur pronostique des différents critères d'influence relatifs au succès de la réinsertion.

Le temps écoulé entre l'accident et le début de la gestion du cas est apparu comme un élément très significatif : plus la gestion des cas est précoce, plus les chances de réinsertion sont élevées. Tout aussi important à prendre en compte : le fait de savoir si un assuré était déjà (partiellement) apte au travail au début du suivi par le gestionnaire de cas. Un âge avancé ainsi que le statut de migrant semble en revanche avoir un effet défavorable¹⁵.

B – Les potentiels de développement en gestion de la réinsertion

Pour améliorer la gestion de la réinsertion, il est nécessaire d'orienter les patients suffisamment tôt vers des soins de réadaptation avec hospitalisation et entraînement au travail. Cela nécessite une planification dès la phase de soins aigus, les résultats étant meilleurs lorsque les gestionnaires de cas disposent le plus rapidement possible d'informations de la part des médecins urgentistes sur l'existence de problèmes complexes. Il peut être intéressant de recueillir auprès des médecins de famille des informations concernant l'environnement social des patients. Il faut également essayer de dépister, plus tôt que ce n'est le cas actuellement, les patients présentant des problèmes psychiques afin de préserver les chances d'une intervention ciblée.

Les données médicales fournies par le service de centralisation des statistiques de l'assurance accident comprennent un échantillon à 5% des accidents mais de nouveaux besoins se font sentir en matière de statistiques dans la gestion du suivi. Il faudrait disposer de données à caractère prédictif renseignant non seulement sur la capacité fonctionnelle des patients mais aussi sur leur environnement psychosocial.

¹⁴ Dériaz et al: in *Medizinische Mitteilungen* (Suva) n°78, pp. 11-22 (2007)

¹⁵ Scholz, Hartmann in *Managed Care*, n°4, pp.27-31 (2007)

Enfin, une mise en réseau avec les prestataires médicaux serait très utile. Un projet doit être conduit avec le service des urgences de l'hôpital universitaire de Berne/Inselspital pour associer plus étroitement les médecins traitants à la gestion de la réinsertion.

III – Le rôle de l'employeur en matière de réinsertion

L'employeur n'a pas d'obligation légale en matière de réinsertion. Il collabore directement avec le gestionnaire de cas dans ce domaine. L'attitude de l'employeur joue un rôle important dans la réussite de la réinsertion. Trois facteurs entrent en ligne de compte :

1. la prise de contact immédiate avec le salarié qui a été victime d'un accident
2. l'entretien de préparation au retour avec l'intéressé
3. le suivi permanent jusqu'à la réintégration complète dans le processus de travail.

L'initiative « Réintégration professionnelle »

Cette initiative s'adresse :

- aux personnes assurées qui, en raison d'un accident :
 - . n'ont plus d'employeur
 - . ne peuvent pas exercer une activité adaptée dans leur entreprise
 - . n'ont pas droit à des prestations de l'assurance invalidité sous forme de reconversion.
- aux entreprises assurées à la Suva disposant de postes de travail appropriés ou
 - . prêtes à fournir une initiation au travail de 3 à 12 mois ou
 - . une formation de 6 à 24 mois
 - . et aux entreprises prêtes à offrir un contrat de travail à durée indéterminée à des personnes ayant suivi une période d'initiation ou de formation.

Durant la phase de réintégration, la Suva encourage les employeurs de la manière suivante :

- . elle garantit une couverture d'assurance au salarié
- . elle ne procède à aucun changement dans le classement des primes en cas de nouveaux accidents du salarié en réintégration
- . elle verse des prestations d'indemnités journalières durant la période d'initiation et de formation
- . elle indemnise les mesures de réinsertion au sein de l'entreprise (agencement spécifique du poste de travail, cours...)
- . elle assure une assistance professionnelle par le gestionnaire de cas de la Suva.

Les entreprises offrant un contrat de travail à durée indéterminée après la période d'initiation ou de formation reçoivent une récompense supplémentaire.

Son montant (10 000 francs suisses au maximum) dépend des charges occasionnées ainsi que du degré de réussite de la réintégration.¹⁶

IV – La clinique de réadaptation de Bellikon

La Suva dispose de deux cliniques de réadaptation à Bellikon et à Sion. Le traitement dispensé à la clinique de Bellikon ne prend pas seulement en compte les conséquences physiques ou sociales d'un accident ou d'une maladie mais aussi les aspects psychiques et sociaux. Le traitement individuel et la thérapie en petits groupes aident les patients à se prendre personnellement en charge et les préparent au retour à la vie familiale et professionnelle. L'un des points forts de la clinique est la thérapie d'entraînement orientée sur le poste de travail.

La clinique de Bellikon est spécialisée dans la réadaptation des personnes accidentées, de la phase médicale initiale pour les patients venant directement des urgences dans l'unité de soins continus jusqu'à la réinsertion professionnelle ou encore dans des bilans effectués quelques semaines après un accident jusqu'à une expertise des années après.

Cette clinique comprend les services suivants :

- réadaptation orthopédique et chirurgie de la main
- réadaptation neurologique
- réadaptation professionnelle : cette forme de réadaptation intervient plus tard (des semaines ou des mois après l'accident) lorsque – souvent après des lésions de moindre gravité – l'intégration dans la vie professionnelle ne s'est pas faite. Le travail s'appuie sur des programmes médicaux de rééducation professionnelle.

A – La gestion de la réadaptation fondée sur la CIF

Pour assurer un pilotage ciblé du traitement de réadaptation, il est important de tenir compte des diagnostics médicaux et des différentes dimensions du handicap et de l'intégrité physique. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS peut aider à appréhender la question de manière systématique car elle prend en considération non seulement la lésion elle-même mais aussi d'autres dimensions comme les fonctions du corps, les activités, la participation, les facteurs environnementaux handicapants et des facteurs personnels comme l'éducation scolaire ou la formation professionnelle.

A la clinique de Bellikon, un système a été mis au point qui intègre la CIF de manière systématique mais simple. Ce système de classification comporte 22 catégories cibles qui comprennent des objectifs de participation (habiter chez soi, organiser sa journée de travail, se recycler, revenir à son poste de travail...). Dans cette clinique, il a été défini un chemin thérapeutique général appliqué à tous les patients et précisé tant en fonction des groupes de diagnostic que des catégories cibles.

¹⁶ Initiative « Réintégration professionnelle » : www.suva.ch/reintegration-f

B – Les résultats

Si l'on examine le cas de tous les patients qui ont été classés dans les catégories cibles « intégration professionnelle », pour le retour au travail, la clinique réussit dans 60% des cas et la proportion reste stable même après douze mois mais la proportion de la capacité de travail à 100% augmente encore. Si l'on poursuit l'analyse pour ce qui concerne la durée de l'incapacité de travail à l'entrée, la proportion passe à 86% tant que l'incapacité de travail est restée inférieure à trois mois. Ces chiffres montrent que le moment de la prise en charge constitue un paramètre décisif au regard de l'efficacité de la réinsertion professionnelle.

Si l'on examine le retour au travail pour le groupe de diagnostic « traumatisme du rachis cervical », 55% des patients retravaillent après trois mois mais, là encore, il importe de tenir compte de manière différenciée des catégories cibles. Le retour au travail est effectif dans 73% des cas mais dans 13% seulement pour les patients dont le bilan définitif a été établi tardivement.

En 2006, une réorganisation de la clinique a été effectuée pour l'adapter aux 43 chemins thérapeutiques des patients en fonction des groupes de diagnostics et des catégories cibles. Cette réorganisation a débouché sur la création d'équipes interdisciplinaires avec des directions transversales pour les groupes et les équipes, l'attribution de la responsabilité processus à un directeur médical et, à ses côtés, une direction non médicale de la réadaptation pour le contrôle des processus.

V – Les prestations servies par la Suva

a – les prestations en nature

1. Le traitement médical

La Suva prend en charge le traitement médical ambulatoire (avec libre choix du médecin, du dentiste...) ou en division commune d'un établissement hospitalier.

2. Le remboursement de frais

La Suva met notamment à disposition de ses assurés les moyens auxiliaires nécessaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction.

b – Les prestations en espèces

1. Les indemnités journalières

En vertu du droit du travail, l'employeur est tenu de verser 80% du salaire à l'assuré pendant les trois premiers jours qui suivent l'accident. Les indemnités journalières sont servies à partir du troisième jour. En cas d'incapacité totale, l'indemnité journalière s'élève à 80% du salaire assuré, en cas d'incapacité partielle, l'indemnité est réduite en conséquence. Les indemnités journalières

sont versées jusqu'à ce que la capacité de travail soit entièrement recouvrée ou qu'une rente soit allouée.

2. Les rentes d'invalidité

La rente d'invalidité s'élève au maximum à 80% du salaire assuré et elle est échelonnée selon le degré d'incapacité de gain. Si le degré d'invalidité subit une modification déterminante, la rente est adaptée. La rente est versée dès que l'état de l'assuré est stabilisé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

3 - L'indemnité pour atteinte à l'intégrité

Si, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une personne souffre d'une atteinte importante et durable de ses capacités ou fonctions physiques ou mentales, elle a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette indemnité, versée sous forme de capital, dépend de la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

4 - L'allocation pour impotent

Cette allocation est versée aux assurés qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Le montant de l'allocation est fonction du degré d'impotence.

Le thème de la réinsertion constitue l'un des pôles d'action prioritaires de la Suva. La mise en œuvre, en 2003, de la nouvelle gestion des cas a permis d'améliorer la prise en charge des accidentés du travail et d'augmenter leurs chances de réinsertion tout en réduisant les coûts. Le suivi proposé par la Suva est global car il prend en compte non seulement les aspects médicaux mais aussi les aspects professionnels, sociaux et familiaux. L'expérience montre que les victimes d'accidents qui bénéficient d'un suivi global précoce et adapté ont de meilleures perspectives de guérison et de réinsertion.

3 – Le Danemark

Le Danemark mène depuis plusieurs années une politique active en matière de maintien dans l'emploi et de réadaptation. Toute une série d'actions et de mesures ont été prises dans ce domaine. Parmi les principales initiatives figurent l'accord signé en 2000 par le gouvernement et de nombreux partis politiques sur l'ouverture du marché de l'emploi à tous, la réforme des pensions d'invalidité en 2003, le Livre blanc sur l'absentéisme et le retour au travail en cas de TMS publié en 2008 et la loi sur l'absentéisme de mai 2009. Il faut également souligner le rôle non négligeable joué en la matière par les conventions collectives sur le marché de l'emploi car nombre d'entre elles prévoient des dispositions sur les limitations passagères et durables de la capacité de travail en vue de prévenir la désinsertion professionnelle.

I – La réforme des pensions d'invalidité et la méthode de la capacité de travail

L'accord passé en 2000 entre le gouvernement et un grand nombre de partis politiques sur l'ouverture du marché de l'emploi à tous¹⁷ et la réforme des pensions d'invalidité visaient à ce que toutes les personnes présentant une incapacité de travail durable ou temporaire puissent valoriser leurs capacités et participer à une vie active¹⁸.

La réforme des pensions d'invalidité, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, a été adoptée pour renforcer l'action en faveur de l'emploi plutôt que d'accorder des aides passives. Selon cette réforme, il convient de porter l'attention sur le potentiel de l'individu plutôt que sur ses limites afin de l'aider à être activement présent sur le marché de l'emploi. L'accent est mis sur sa capacité de travail et non plus sur son handicap. Ce n'est que s'il est impossible d'aider l'intéressé à revenir sur le marché de l'emploi que celui-ci peut se voir octroyer une pension d'invalidité.

Dans le cadre de cette réforme a été introduite la méthode dite de la capacité de travail (*arbejdsevneметoden*) qui vise à décrire et évaluer la capacité de travail d'un individu. Selon cette méthode, le conseiller communal¹⁹ détermine avec la personne concernée son potentiel vis-à-vis du marché de l'emploi afin d'évaluer si elle peut immédiatement se mettre sur le marché du travail ou s'il y a lieu qu'elle entame un processus de développement qui améliorera sa capacité de

¹⁷ Un « marché de l'emploi ouvert à tous » (*et rummeligt arbejdsmarked*) est une notion centrale de la politique de l'emploi danoise. Il ne s'agit pas simplement d'accès au marché de l'emploi mais d'espace pour chacun.

¹⁸ Source : ministère danois des Finances

¹⁹ La commune est le guichet d'entrée unique pour la plupart des services publics. Tous les services aux citoyens relèvent de la compétence des communes, notamment la sécurité sociale, les pensions d'invalidité, les centres d'emploi, les offres de réadaptation...

travail afin de subvenir à ses propres besoins, totalement ou en partie. Cette méthode doit être utilisée dans les dossiers de réadaptation, d'emploi « flexible » ou « protégé »²⁰ et de pension d'invalidité. Elle doit également être utilisée dans les dossiers d'aide à la réinsertion et d'indemnités journalières pour maladie.

II – Le cadre juridique

Au Danemark, le maintien dans l'emploi et la réadaptation professionnelle relèvent de la compétence des communes. Les dispositions régissant la réadaptation figurent au chapitre 6 de la loi relative à une politique sociale active (*Jov om en aktiv socialpolitik*). La réadaptation est ouverte à toutes les personnes souffrant d'une capacité de travail réduite notamment suite à une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Conformément à la loi, une mesure de réadaptation peut être octroyée à une personne frappée d'une incapacité de travail pour qu'elle puisse se maintenir ou s'insérer sur le marché du travail afin d'améliorer ses possibilités de subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille. Il ne peut être octroyé de mesure de réadaptation que si les actions ciblées vers une activité professionnelle prévues par la législation (loi relative à l'action pour l'emploi, loi relative à une politique sociale active notamment) ne suffisent pas à maintenir ou insérer l'assuré sur le marché de l'emploi. Une mesure de réadaptation peut en principe être attribuée aux personnes âgées de 18 ans et plus, jusqu'à l'âge de la retraite.

Lors de l'évaluation de la capacité de travail, les services de la commune sont tenus d'appliquer la méthode de la capacité de travail et d'élaborer, conjointement avec l'assuré, un bilan de son potentiel personnel. Ce bilan porte sur un certain nombre d'éléments tels que la formation, l'expérience professionnelle, les compétences sociales, l'adaptabilité, les facultés d'apprentissage, les souhaits professionnels, la situation financière, le réseau social, la santé. Une fois défini l'objectif professionnel de la réadaptation, la commune doit élaborer une stratégie d'emploi avec l'assuré qui tienne compte de ses capacités, de ses centres d'intérêt et de ses exigences mais aussi des perspectives d'emploi réelles.

En principe, il n'y a aucune restriction en ce qui concerne le contenu de la réadaptation à condition qu'elle améliore les possibilités de l'assuré de subvenir à ses propres besoins et à ceux de sa famille. La réadaptation peut, par exemple, consister en une formation théorique ou pratique ou une formation en entreprise.

III – Les prestations

Prestations versées pour incapacité temporaire

²⁰ L'emploi flexible est un emploi aménagé pour tenir compte de la réduction de la capacité de travail d'un salarié alors que l'emploi protégé est un emploi aménagé pour une personne percevant déjà une pension d'invalidité mais qui souhaite tout de même travailler. Dans les deux cas, il s'agit d'un aménagement avec une aide financière pour l'employeur. Ces emplois sont subventionnés par les communes.

Les indemnités journalières sont servies si l'assuré a travaillé au moins 120 heures au cours des 13 semaines précédant l'accident ou la maladie, sans interruption, chez un ou plusieurs employeurs. L'employeur doit verser le salaire ou les indemnités journalières forfaitaires durant les 21 premiers jours si l'assuré a travaillé au moins 74 heures sur une période de 8 semaines précédant l'accident ou la maladie, sans interruption, pour ce même employeur. Sinon et au-delà, les indemnités journalières sont versées par la commune.

Prestations versées pour incapacité permanente

Le taux minimum d'incapacité ouvrant droit à indemnisation est de 15% de réduction de la capacité. Ce taux peut être révisé à tout moment pendant les cinq années suivant la fixation de la rente en cas de modification considérable des circonstances.

Le salaire pris en considération pour le calcul de la rente est celui de l'année précédant l'accident ou la maladie dans la limite d'un plafond.

- en cas d'incapacité totale, la rente est égale à 80% du salaire de l'assuré, dans la limite d'un plafond qui est réajusté une fois par an en fonction de l'évolution des salaires.

- en cas d'incapacité partielle, une rente proportionnelle au degré d'invalidité est accordée.

Si le taux d'incapacité est fixé à moins de 50%, la rente peut être versée sous forme de capital.

Prestations versées en cas de réadaptation professionnelle

La prestation de réadaptation est servie indépendamment des conditions de ressources et correspond aux indemnités de chômage les plus élevées. Sont toutefois déduits les revenus du travail excédant 12 000 DKK par an (environ 1615 €). En outre, la prestation est réduite en cas de versements réguliers d'assurances ou de régimes de pensions, notamment au titre d'une indemnisation en application de la loi sur les AT-MP, toutefois seulement si le total de ces revenus et de la prestation de réadaptation excède les revenus du travail perçus jusque-là par la personne bénéficiant de la mesure de réadaptation.

Si la personne bénéficiant de la mesure de réadaptation a moins de 25 ans, elle n'a droit qu'à la moitié de la prestation de réadaptation, sauf si elle a la charge de ses enfants (si ces derniers résident avec elle) ou si elle perçoit des revenus du travail lui donnant droit au maximum des indemnités de chômage.

La prestation de réadaptation s'élève à 15 708 DKK (environ 2100€) par mois en 2009 (avant impôts), les jeunes de moins de 25 ans recevant en règle générale la moitié de la prestation, soit 7854 DKK (environ 1060€) par mois.

Lorsqu'une personne en arrêt maladie perçoit des indemnités journalières de maladie et qu'elle obtient une mesure de réadaptation, elle touche la prestation de réadaptation lorsqu'elle commence sa stratégie d'emploi (*jobplan*). Il faut donc tout à la fois bénéficier d'une mesure de réadaptation, commencer

réellement l'activité prévue dans la stratégie d'emploi et avoir droit à la prestation de réadaptation.

En règle générale, il est possible de mettre en place une période de cinq ans maximum pendant laquelle l'assuré perçoit une prestation de réadaptation. Si l'assuré a une invalidité considérable et que ses demandes, centres d'intérêt et facultés justifient largement une formation longue, une mesure de plus de cinq ans peut être accordée.

L'assuré n'a droit à la prestation de réadaptation professionnelle que si la stratégie d'emploi est suivie. Les services communaux sont tenus de vérifier que les conditions requises pour obtenir l'aide continuent d'être remplies.

A la place de la prestation de réadaptation, l'assuré peut percevoir le salaire minimum prévu par la convention collective pour les stagiaires, élèves ou apprentis ou le salaire minimum prévu par la convention collective ou encore le salaire normalement prévu pour un emploi similaire soumis à des conditions particulières.

IV – Le rôle des services sociaux et de santé dans le maintien au travail et la réadaptation

La commune est chargée du suivi des arrêts de travail. Conformément à la loi de 2007, des informations doivent être demandées au salarié arrêté via un questionnaire et, lors du premier suivi, le dossier est classé et examiné selon trois catégories :

1. dossier non problématique, où l'assuré devrait pouvoir reprendre son travail sans mesures complémentaires ;
2. dossier "à risque", où l'assuré est suivi de près en vue de son retour à l'emploi car il existe pour lui un risque de perte de la capacité de travail ;
3. dossier "de longue durée", où la nature de la maladie donne à penser que le processus sera très long et qu'un emploi flexible ou une pension sera l'issue vraisemblable.

La loi prévoit un entretien dans tous les cas dans un délai de 8 semaines, plus rapproché dans les dossiers "à risque". Les employeurs et les communes doivent utiliser le nouveau certificat de « possibilité d'assumer un travail ». Un plan de suivi doit être élaboré lors du deuxième entretien. L'attention est centrée sur le maintien dans l'emploi, y compris le retour graduel au marché du travail. Il a été observé ces dernières années une augmentation très marquée de reprise du travail à temps partiel après un arrêt de travail. Les communes ont largement adopté cette mesure comme moyen de maintenir le malade en contact avec son lieu de travail.

Selon une étude de l'Institut national de la santé publique (SFI) sur la mise en œuvre de la loi, l'introduction des questionnaires s'est révélée efficace : 96% des communes l'envoient à la personne arrêtée. Un classement dans l'une des trois catégories mentionnées ci-dessus a lieu dans 85% des dossiers d'indemnités journalières : 62% vont dans la catégorie 1, 24% dans la catégorie 2 et 14% dans la catégorie 3. Dans tous les cas classés en catégorie 2 ou 3, un profil de potentiel personnel est établi en vue d'évaluer la capacité de travail. Les

communes parviennent à respecter le délai d'entretien dans 80 % des cas, ce qui constitue une nette amélioration par rapport à la période précédant l'entrée en vigueur de la loi, où ce chiffre était de 58 %. L'étude du SFI montre que davantage d'entretiens de suivi ont lieu en catégorie 2 que dans les dossiers de même durée des deux autres catégories.

Une meilleure coordination entre les services sociaux et de santé s'est fait jour dans la gestion des dossiers d'indemnités journalières. Cette coopération s'est formalisée par le système des certificats convenu entre la fédération des médecins et la fédération des communes. La plupart des certificats adressés à la commune sont établis par le médecin traitant du malade. Le nouveau certificat de "possibilité d'assumer un travail" est très différent de l'ancien certificat d'arrêt de travail car il permet de préciser la capacité de l'intéressé et de prendre en compte d'autres paramètres revêtant de l'importance pour la capacité de travailler. L'accueil réservé par les communes au nouveau certificat est mitigé. Globalement, l'utilisation de renseignements médicaux obtenus auprès des médecins est passée de 90 % des dossiers à environ les deux tiers, sans doute parce que les justificatifs médicaux ne sont plus nécessaires dans tous les dossiers d'une durée supérieure à 8 semaines. La coopération entre les services sociaux et de santé²¹ a souvent été critiquée, en particulier par les employeurs qui estiment que les arrêts de travail sont donnés par des médecins ne pouvant garantir que la capacité de travail est réellement réduite.

L'intention d'améliorer cette coordination entre les acteurs ne semble pas réalisée dans les faits. Les communes sont en relation avec les entreprises dans seulement 10% des cas de maladie longue. Ce chiffre n'a pas changé depuis 2002. En revanche, 80 % des personnes arrêtées sont en contact téléphonique avec leur employeur et plus de 50 % se sont rendues à un entretien personnel.

Le partage des responsabilités en matière de réadaptation/réinsertion n'a pas été très clairement défini. Une loi sur la santé a donc été adoptée et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007. Cette loi confie aux communes la réinsertion des personnes ne nécessitant plus de soins. Toutes les sorties d'hôpital doivent aboutir à un plan de réinsertion écrit dans lequel les initiatives à mettre en œuvre doivent être motivées médicalement. C'est donc une mission très importante et comportant beaucoup de facettes qui incombe aux communes et la capacité des communes à le faire à un niveau de compétence suffisant a été mise en doute. Dans la plupart des communes, les services sont organisés en un centre de santé qui assure la réadaptation/réinsertion avec une approche sanitaire très large. Les premières évaluations sont en cours à Copenhague et il semble que les services coopèrent sur le plan de l'organisation. Il n'apparaît toutefois pas clairement si la perspective du marché de l'emploi a été intégrée, car les services en question se sont surtout occupés des personnes de plus de 65 ans.²²

²¹ Les services de santé comprennent les médecins traitants.

²² « Livre blanc sur l'absentéisme et le retour au travail en cas de TMS, causes et perspectives d'action », rédigé par un groupe d'experts et publié en août 2008 par le Centre de recherche pour l'environnement de travail, chapitre 9. (*Hvidbog om sygefravær og tilbagevenden til arbejde ved muskel- og skeletbesvær, Årsager og handlemuligheder*, Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø) http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/boeger/hvidbog_sygefravaer.pdf

V - Les acteurs du marché de l'emploi, sous l'angle de la réadaptation

Nombre d'acteurs participent à la mise en œuvre de la méthode de la capacité de travail. Ils peuvent apporter une contribution dans l'examen du dossier et dans le maintien de l'assuré sur le marché de l'emploi. L'évaluation finale et la décision sur la capacité de travail de l'assuré relèvent de la responsabilité du conseiller communal. Il lui incombe donc de procéder aux évaluations nécessaires à la décision, processus dans lequel il coopère avec différents acteurs.

Les entreprises

Ce sont des acteurs essentiels dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Les entreprises sont souvent en mesure de savoir si la capacité de travail d'un salarié est menacée. Elles peuvent maintenir le salarié sur le marché de l'emploi, en le réaffectant, par exemple. Elles peuvent également contribuer à trouver une solution satisfaisante en coopération avec le conseiller communal, notamment en aidant à définir les capacités de travail de l'assuré par des informations sur son expérience, ses compétences professionnelles et sociales, ses possibilités concrètes et ses éventuels points faibles sur le marché de l'emploi, en vue de maintenir le salarié dans son poste, de mettre en place une mesure de réadaptation ou de réinsertion ou encore un emploi flexible ou protégé.

Les services des entreprises pour la santé (Bedriftssundhedstjenesten – BST)

Les BST conseillent les entreprises pour la prévention des AT-MP et la santé au travail. En matière de réadaptation, ils peuvent aider les entreprises pour le maintien dans l'emploi, l'adaptation du travail et du lieu de travail aux salariés et apporter leur connaissance des entreprises locales.

Les médecins

Les médecins généralistes et spécialistes veillent à ce que l'assuré reçoive le traitement approprié et à déterminer les éventuelles mesures de protection en matière d'emploi. Ils évaluent au cas par cas l'incidence des diagnostics et pronostics sur la capacité de travail de l'assuré, notamment ses limites et son potentiel de développement.

Les médecins-conseils communaux sont des partenaires des conseillers communaux qu'ils assistent dans les cas concrets où les éléments liés à la santé ont une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, en général dans les dossiers d'indemnités journalières, de réinsertion, de réadaptation, de pensions d'invalidité ou de besoins d'équipements spéciaux.

La médecine du travail

Les services de médecine du travail déterminent si les pathologies concernées sont d'ordre professionnel. Ils donnent également des conseils en matière de réadaptation, d'environnement de travail, de traitement et de prévention. Ils coopèrent avec les services sociaux, les centres de réadaptation et les médecins traitants et les informent et les conseillent en matière de réadaptation, de changement de poste pour les personnes malades qui ont des difficultés à effectuer leur travail au quotidien.

Dans les cas concrets, les services de médecine du travail peuvent contribuer à déterminer la capacité de travail de l'assuré et apporter leur expertise aux conseillers communaux concernant les maladies professionnelles, les diagnostics et les conséquences sur les perspectives d'emploi de l'assuré.

Les travailleurs sociaux des hôpitaux

Ils font le lien entre l'assuré et les conseillers communaux, l'employeur, le syndicat, la famille. Ils interviennent principalement lors de la détermination de la capacité de travail de l'assuré.

Les centres d'emploi (jobcenters)

Ces centres ont pour mission d'œuvrer à l'emploi de tous. Les services nationaux des centres d'emploi s'occupent des chômeurs membres d'une caisse d'assurance chômage tandis que les services communaux s'occupent de toutes les autres catégories, notamment des personnes ayant droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

Les caisses d'assurance chômage

Ces caisses peuvent contribuer à prévenir la désinsertion professionnelle en assurant la continuité de l'action auprès de l'assuré dans la transition entre le système du marché de l'emploi et le système social.

Elles connaissent :

- les exigences sur le marché de l'emploi
- les facteurs « d'usure » physique et psychique ainsi que les AT-MP types dans leur domaine de compétence
- les emplois qu'un assuré peut a priori exercer étant donné sa capacité de travail
- les secteurs ou entreprises en demande de main-d'œuvre
- les perspectives de formation dans leur domaine de compétence.

Les caisses de retraite et les compagnies d'assurance

Les caisses de retraites et les compagnies d'assurance gèrent des régimes couvrant entre autres l'incapacité de travail. Dans les cas concrets, elles interviennent lors de la détermination de la capacité de travail de l'assuré.

Les syndicats

Les syndicats peuvent définir les capacités de travail de l'assuré puisqu'ils savent quelles sont ses compétences professionnelles et apporter leurs connaissances concernant l'ouverture à tous des différents lieux de travail dans la perspective d'un maintien dans l'emploi, d'une mesure de réadaptation, d'un emploi flexible ou protégé.

Les conseils généraux pour le marché de l'emploi

Ils assurent le suivi et le soutien du processus régional d'instauration de la méthode de la capacité de travail et sont en lien avec les communes et les conseillers communaux afin que ceux-ci disposent d'informations actualisées.

La commission de coordination

Dans chaque commune, une commission de coordination doit coordonner et développer l'action de prévention locale en faveur des personnes qui ont des difficultés sur le marché du travail.

Concrètement, l'action concertée peut mener à des accords entre les différents acteurs locaux (entreprises, syndicats, caisses d'assurance chômage, centres d'emploi...) qui s'engagent à œuvrer en faveur d'un marché de l'emploi ouvert à tous, les accords pouvant porter sur le maintien dans l'emploi, la réinsertion, les mesures de réadaptation professionnelle ou l'intégration. Certains accords décrivent spécifiquement les groupes cibles.

La commission de coordination n'est pas un partenaire direct des conseillers communaux mais arrête des décisions concernant l'action locale qu'il est important de prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail des personnes concernées.²³

VI – Les emplois flexibles

Pratiquement tous les emplois peuvent être aménagés en emplois flexibles, à l'exception des postes d'apprentis, et ce dans les entreprises publiques comme dans les entreprises privées.

Un emploi flexible est un emploi soumis à des conditions particulières, une subvention permanente de la charge salariale étant versée à l'entreprise par la commune de résidence du salarié.

La personne occupant un emploi flexible a une limitation durable de sa capacité de travail, qui a pour effet qu'elle ne peut obtenir ou garder un emploi à des conditions normales sur le marché de l'emploi.

Pour avoir droit à un emploi flexible, l'assuré ne doit pas être bénéficiaire d'une pension d'invalidité et il faut que toutes les possibilités de travail à des conditions normales aient d'abord été essayées, par exemple via un processus de réadaptation ou de réinsertion.

Conditions pour l'entreprise

L'entreprise embauche l'intéressé à temps plein, c'est-à-dire 37 heures par semaine. Le salaire est convenu entre l'employeur et le salarié. L'entreprise se fait rembourser la moitié ou les deux tiers du salaire minimum convenu dans la convention collective du domaine concerné. Le remboursement à l'entreprise comprend également les charges de retraite. L'entreprise se fait rembourser les indemnités journalières en cas de maladie dès le premier jour d'arrêt, quelle que soit la maladie.

La commune de résidence assure le suivi légal régulier, la première fois à l'issue de six mois, puis une fois par an. L'entreprise et le salarié peuvent en outre à tout moment s'adresser au conseiller pour l'emploi de la commune en cas de modification des conditions, sur le plan de la santé comme du travail.

Une période de stage en entreprise d'une durée de 4 à 8 semaines est possible préalablement à une embauche, ce qui permet de clarifier les détails relatifs à la définition du poste et aux conditions de travail, ainsi que de vérifier l'adéquation employeur-salarié. La période de stage est sans coût pour l'entreprise. L'intéressé est alors couvert par l'assurance accident et responsabilité civile de la commune de résidence.

Conditions pour le salarié

²³ Source : <http://www.arbejdsevnetode.dk/aktorer/>. Site sous l'égide de la direction pour le marché de l'emploi (Arbejdsmarkedsstyrelsen)

La personne est employée dans l'entreprise conformément à la convention collective en vigueur. L'entreprise établit le contrat de travail. Le conseiller pour l'emploi de la commune établit les différents documents d'octroi d'un emploi flexible. Les conditions de travail spécifiques à l'individu y sont indiquées, par exemple, le besoin de pauses supplémentaires, le rythme de travail propre, l'exécution de certaines tâches spécifiques, le travail à temps partiel, etc. La commune de résidence peut octroyer un appareillage spécifique ou un mentor en cas de besoin.²⁴

VII – La loi sur l'absentéisme de mai 2009

Suite à l'accord tripartite sur l'absentéisme conclu par le gouvernement et les partenaires sociaux à l'automne 2008, le Parlement danois a adopté, en mai 2009, une loi sur l'absentéisme pour maladie. Cette loi repose sur l'idée qu'il faut aider les personnes malades à maintenir le lien avec leur lieu de travail, et ce par un dialogue accru avec l'employeur et par des initiatives permettant aux malades d'être plus actifs durant leur arrêt de travail. Ces initiatives renforcent l'action des entreprises, des communes, des caisses d'assurance chômage et des médecins traitants pour maintenir les malades dans l'emploi.

Au niveau des entreprises

Depuis le 4 janvier 2010, l'employeur doit s'entretenir avec le salarié malade au plus tard au cours de la quatrième semaine d'arrêt de travail afin de déterminer comment et quand il pourra retravailler. Le but est de déterminer ce que le salarié peut faire, combien de temps il va être arrêté et quels aménagements peuvent être envisagés pour lui pendant un certain temps (autres fonctions, possibilités de repos, travail à domicile, etc.). L'employeur doit rapporter certaines informations issues de cet entretien aux services de la commune afin que le centre d'emploi ait une indication, à un stade précoce, de l'éventuelle nécessité de mettre en œuvre une action d'aide au retour à l'emploi.

L'employeur peut également demander un nouveau type de document médical, une "déclaration de capacité" qui, au lieu d'indiquer que le salarié est en incapacité de travail, précise ses perspectives de retour à l'emploi à temps complet ou partiel, éventuellement à son domicile, ou dans des fonctions différentes de celles qu'il occupe habituellement. Cette déclaration peut être utilisée en cas d'incertitude quant aux fonctions que le salarié peut exercer ou quant aux mesures à prendre pour qu'il reprenne le travail à temps complet ou partiel.

La déclaration de capacité se compose de deux parties: la première partie, à remplir conjointement par l'employeur et le salarié sur la base d'un entretien, décrit la réduction des capacités du salarié du fait de la maladie, les fonctions qui sont mises en cause par la maladie et les initiatives dont l'employeur et le salarié sont éventuellement convenus pour prendre en compte l'état de santé du salarié.

²⁴ <http://www.dch.dk/publ/fleksjob/index.html> (site du Conseil central pour le handicap)
<http://www.trollesbro.dk/brochurer/brochure-om-fleksjob.pdf> (site de Reva Trollesbro, société prestataire de services de réadaptation)

La deuxième partie de la déclaration est à remplir par le médecin traitant, sur la base d'un entretien avec le salarié et des informations indiquées dans la première partie. Le médecin évalue la description de la réduction de la capacité de travail du salarié et de son potentiel de travail. Il évalue la durée prévue des aménagements et la durée nécessaire de l'arrêt de travail partiel ou total.

L'employeur peut exiger l'élaboration d'une déclaration de capacité de travail à tout moment. L'employé est tenu de se rendre à l'entretien si son état de santé le permet.

Les partenaires sociaux ont participé à l'élaboration de cette déclaration.

Au niveau des communes

La commune (le centre d'emploi) doit, à l'occasion du premier entretien de suivi avant la fin de la 8^e semaine d'arrêt de travail, prendre contact avec l'employeur afin d'envisager, en concertation avec lui, les perspectives de retour (éventuellement progressif) à l'emploi du salarié.

Afin de renforcer le caractère précoce et ciblé de l'action des communes en faveur du retour à l'emploi de toutes les personnes malades ne pouvant reprendre leur activité à temps complet ou partiel, des mesures en faveur du maintien sur le marché du travail peuvent être proposées. Il peut s'agir d'actions d'information, de mesures de qualification ou de stages en entreprise. L'exercice physique, le coaching et l'aide psychologique peuvent également être envisagés pour mettre la personne malade sur la voie d'un retour à l'emploi.

Pour les communes, les nouveaux éléments apportés par la loi sont que les centres d'emploi doivent évaluer les possibilités d'un retour progressif à l'emploi dès la 8^e semaine d'arrêt de travail et qu'ils peuvent proposer des mesures "actives" d'insertion à toutes les personnes arrêtées.

Enfin, des mesures d'incitation sont mises en place de l'Etat vers les communes. Par exemple, l'Etat rembourse normalement à la commune 35% des charges communales d'indemnités journalières de la 9^e semaine d'arrêt à la 52^e semaine, mais si la personne arrêtée a progressivement repris le travail ou fait l'objet de mesures "actives" d'insertion, l'Etat prend en charge 65% desdites charges à compter de la date à laquelle la personne arrêtée reprend le travail ou commence une mesure d'insertion.

Enfin, outre la loi, une campagne d'information intitulée "Etre malade et travailler - La maladie et le travail ne sont pas nécessairement inconciliables" (Syg med job – sygdom og arbejde behøver ikke at udelukke hinanden) a été lancée le 15 mars 2010 par le ministère de l'Emploi et de nombreuses organisations patronales et syndicales.

VIII – Le projet de retour à l'emploi

Le projet de retour à l'emploi (*Tilbage til Arbejdet – TTA*), qui faisait partie de l'accord tripartite de 2008 sur la réduction de l'absentéisme, vise à réduire les arrêts maladie de longue durée et à contribuer au retour rapide et durable à l'emploi des personnes touchant des indemnités journalières qui, lors de l'entretien de suivi de la 8^e semaine avec les services de la commune, sont

classés dans la catégorie 2 des personnes présentant « un risque d'arrêt maladie de longue durée ou de remise en cause de leur capacité de travail » (risque de désinsertion professionnelle). Il va se dérouler d'avril 2010 à avril 2012 et 22 communes (sur 98) vont y participer.

Ce projet se fonde sur l'expérience acquise par des actions de retour à l'emploi danoises et étrangères ayant mis en évidence l'importance d'une approche pluridisciplinaire, d'une coordination accrue et d'une action précoce. Il doit permettre :

- d'acquérir de l'expérience sur les actions visant les personnes en arrêt maladie de longue durée qui présentent des problèmes de santé psychique
- de vérifier si le modèle de retour à l'emploi décrit peut être adapté aux structures des communes.

Des coordonnateurs ayant reçu une formation spécialisée de trois semaines assumeront la responsabilité de la coordination entre les acteurs concernés, notamment l'employeur, le système de santé et en particulier le médecin traitant du malade, les syndicats, les caisses d'assurance chômage et l'équipe chargée du retour à l'emploi.

L'enveloppe budgétaire allouée par le Fonds de prévention est de 240 millions de DKK (32,39 millions d'euros) pour les communes et de 32,5 millions de DKK (4,38 millions d'euros) pour le secrétariat du projet.

(Cf. Annexe pour une présentation plus détaillée du projet).

IX – Deux exemples de bonnes pratiques

Le Centre de recherche national pour l'environnement de travail (*Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø*) a rédigé en 2007 une note sur les initiatives danoises en matière de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi. Les exemples présentés ci-dessous figurent dans cette note.

A – Action coordonnée en faveur du maintien dans l'emploi de travailleurs en arrêt de travail souffrant de troubles musculosquelettiques durables

Cette action, qui s'est déroulée de 2003 à 2006 a ciblé les travailleurs en arrêt de travail pendant quatre à douze semaines en raison de TMS. Elle s'appuie sur les idées dégagées par le modèle de Sherbrooke²⁵.

L'objectif était de décrire l'action de réadaptation pluridisciplinaire et d'en documenter les effets et les coûts.

Toutes les personnes en arrêt de travail des communes participant au projet ont été tirées au sort en vue d'être réparties entre un groupe expérimental et un groupe témoin. Le groupe témoin a bénéficié des actions normales de la commune en faveur des personnes en arrêt de travail. L'action nouvelle de réadaptation s'est appuyée sur une identification systématique (après quatre à

²⁵ Le modèle de Sherbrooke, élaboré au Québec, a démontré son efficacité en prévention de l'incapacité au travail en développant une prise en charge précoce des salariés lombalgiques dans leur milieu de travail habituel.

douze semaines d'arrêt) des obstacles à un retour au travail et sur un effort ciblé avec une intervention active comportant notamment une action sur le lieu de travail de l'assuré.

L'équipe était composée d'un médecin du travail, d'un ostéopathe, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue et d'un assistant social (qui servait aussi de coordinateur).

Au total, 396 personnes en arrêt de travail ont été invitées à participer à l'action, 183 ont accepté, 113 ont été réparties entre le groupe expérimental (66 personnes) et le groupe témoin (47 personnes).

Il a été observé une réduction statistiquement significative de l'absentéisme de 341 heures par personne arrêtée du groupe expérimental par rapport au groupe témoin, soit une réduction relative de 34%. Cela s'est traduit par une économie nette pour la collectivité d'environ 7400 euros par personne suivie. Il y a eu une réduction des douleurs ressenties par les personnes du groupe expérimental (37%) et un taux de satisfaction de 87% dans le groupe expérimental contre 41% dans le groupe témoin.

B - Meilleure coopération - Action rapide : un projet pour le maintien dans l'emploi

Ce projet, qui s'est déroulé du 1^{er} mai 2005 au 30 avril 2007, a ciblé les personnes en longue maladie exposées à des facteurs psychosociaux. L'objectif était de renforcer l'action en faveur du maintien dans l'emploi et de développer de nouvelles méthodes de coopération entre les acteurs en vue d'agir mieux et plus vite en faveur de personnes exposées à des contraintes psychosociales.

- Action menée dans le cadre du projet « Meilleure coopération » : établissement d'un certificat dans l'entreprise que l'intéressé apportait à son médecin traitant ; mise en œuvre d'une stratégie en vue de reprendre le travail dans l'entreprise (une seule entreprise concernée : Grundfos) ; proposition de mesure de protection par le médecin traitant ; examen du dossier des patients adressés à la médecine du travail ; entretiens avec des assistantes sociales de Grundfos, des conseillers du centre d'emploi communal, entretiens téléphoniques avec les entreprises partenaires du centre d'emploi local et avec les médecins traitants.

Dans le cadre du projet « meilleure coopération », 28 personnes ont reçu une mesure de protection. Dans 75% des cas traités, le salarié a été maintenu dans son emploi. Pour les autres, le dossier a été traité plus rapidement par les services sociaux de la commune.

- Action menée dans le cadre du projet « Action rapide » : les personnes souffrant de pathologies dues au stress ont été adressées à la médecine du travail par leur médecin traitant, leur conseiller social ou l'entreprise. Ces personnes ont eu un entretien dans les deux semaines puis se sont vu proposer des entretiens avec un psychologue du travail et éventuellement un médecin. Des questionnaires ont été remis aux personnes ayant terminé leur suivi.

Dans le cadre du projet « Action rapide » 166 personnes ont commencé un traitement. La durée moyenne du suivi a été de vingt semaines avec environ quatre entretiens. Dans 65% des cas, les personnes ont repris leur travail et ont été maintenues dans leur emploi. Les personnes restées en arrêt maladie avaient eu auparavant un arrêt de longue maladie. Les médecins traitants, les conseillers sociaux de la commune et les participants ont exprimé une grande satisfaction.

Dans les deux domaines d'action, des guides ont été rédigés et une *hotline* a été mise en place.

Dans le cadre de sa politique d'ouverture du marché de l'emploi à tous, le Danemark a pris, depuis le début des années 2000, de nombreuses initiatives pour dynamiser sa politique sociale et notamment pour prévenir la désinsertion professionnelle et promouvoir le maintien dans l'emploi. A cet égard, l'instauration de la méthode de la capacité de travail joue un rôle primordial puisqu'elle met l'accent non plus sur le handicap d'un individu mais sur sa capacité de travail. Les diverses actions mises en œuvre, notamment celles portant sur un retour graduel au marché de l'emploi, ont commencé à porter leurs fruits. Les communes ont en effet largement adopté les mesures permettant de retravailler à temps partiel comme un moyen de maintenir le malade en contact avec son lieu de travail.



4 - Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, une loi a posé le principe de l'indemnisation de la perte de salaire des personnes en incapacité de travail suite à un accident du travail dès 1901 et suite à une maladie professionnelle dès 1928. Mais les dispositions très favorables de cette loi ont conduit à une explosion du nombre des bénéficiaires et finalement à l'abolition, en 1966, du traitement spécifique du risque professionnel dans la législation néerlandaise. La loi sur l'incapacité de travail (*Wet Arbeidsongeschiktheid – WAO*) est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1967. Elle couvrait tous les cas d'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause, et l'assurance était intégrée au système général de sécurité sociale. Dans les années 1980, 25% de la population en âge de travailler touchait une allocation au titre de la WAO. Une série de réformes sociales ont été entreprises dans les années 1990 en vue de réaménager le système. La proportion de personnes bénéficiaires de la WAO a diminué pour s'établir à 9% en 2003. A l'issue des réformes, la WAO a été remplacée, en 2006, par la loi relative au travail et au revenu selon la capacité de travail (*Wet Werk Inkomen naar Arbeidsvermogen – WIA*).

I – La loi WIA et la responsabilité conjointe employeur/employé dans le retour à l'emploi

Les réformes sociales ne se sont pas limitées à protéger les emplois et à transférer la charge financière des accidents du travail et des maladies professionnelles du secteur public aux employeurs. Elles visaient également à responsabiliser les employeurs en leur conférant un rôle actif en matière de réinsertion des salariés en arrêt maladie. Les employeurs sont désormais tenus d'adopter une politique de prévention des maladies et de l'absentéisme.

La WIA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 et s'applique à tous les salariés en congé pour invalidité depuis le 1^{er} janvier 2004. Cette loi privilégie les capacités de travail du travailleur handicapé, ce qui permet de prendre en compte les capacités de travail des personnes partiellement handicapées. Elle permet de limiter fortement l'accès à l'invalidité, notamment par des visites médicales beaucoup plus sévères. Les Pays-Bas sont le seul pays à avoir procédé récemment à une réévaluation des droits de nombreux bénéficiaires de prestations d'invalidité. Sur les 332 000 bénéficiaires qui ont fait l'objet d'une réévaluation, 37% ont perdu leurs droits aux prestations pour invalidité ou ont vu leurs prestations réduites. Deux études de cohortes ont été menées auprès des personnes soumises à une réévaluation en 2005 et 2006. Ces études montrent que, fin 2008, la proportion des personnes qui retravaillaient était de 60% pour les personnes réexaminées en 2005 et de 65% pour celles réexaminées en 2006²⁶.

²⁶ « Les résultats encourageants d'une profonde réévaluation des droits des bénéficiaires actuels des prestations d'invalidité » : intervention de Madame Irène Nijboer, Vice-directeur général, ministère néerlandais de l'Emploi et des Affaires sociales, lors du Forum à haut niveau sur la

Comme dans le régime de la WAO, l'employeur continue de verser 70% du salaire au travailleur au cours des deux premières années du congé d'invalidité pour accident ou maladie mais employeur et salarié sont désormais responsables conjointement des actions ayant pour objectif le retour à l'emploi. Pendant ces deux premières années, l'employeur ne peut pas mettre fin au contrat de travail du salarié mais il peut être dérogé à cette disposition par voie de convention collective.

Il existe maintenant deux régimes :

1. L'IVA (*Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten* : versement d'un revenu aux personnes totalement inaptes au travail) applicable aux personnes ayant une incapacité de travail comprise entre 80 et 100%
2. Le WGA (*Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten* : retour à l'emploi des personnes partiellement inaptes au travail) applicable aux personnes ayant une incapacité de travail comprise entre 35 et 80%.

Dans le second cas, l'organisme prestataire de sécurité sociale doit vérifier au bout des deux ans de congé que le salarié comme l'employeur ont fait tout leur possible pour permettre le retour à l'emploi.

Si le salarié bénéficiaire de ce régime retravaille, il perçoit un complément salarial au titre du régime WGA tandis que son employeur n'est plus tenu de lui verser un salaire en cas de nouveau congé (accident ou maladie), la sécurité sociale prenant le relais et lui versant directement l'équivalent de son salaire.

Si, au bout des deux ans de congé initial, le salarié n'a pas retrouvé de travail malgré ses efforts et ceux de son employeur, il perçoit l'intégralité de la prestation WGA.

Il existe également un régime destiné aux jeunes handicapés âgés de 17 à 27 ans (*Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten* – WAJONG – Assurance incapacité de travail des jeunes handicapés).

II – La SUWI et le rôle des communes

La loi relative à la mise en œuvre du travail et des revenus (*Structuur Uitvoering Werk en Inkomen* – SUWI), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, donne priorité à la prévention et à la réinsertion. Conformément à cette loi, des tâches comme l'évaluation du droit à l'indemnité et la détection des mauvaises pratiques, qui ne doivent pas être influencées par des intérêts commerciaux, incombent à des organismes publics alors que d'autres tâches, comme la prévention de l'invalidité et la réinsertion, qui se prêtent à la concurrence, sont transférées au secteur privé. L'objectif visé est de parvenir à une meilleure efficacité et à un allègement des formalités.

maladie, l'invalidité et le travail organisé conjointement par le Gouvernement de la Suède et l'OCDE à Stockholm les 14 et 15 mai 2009.

La loi a prévu la création de deux organismes qui dépendent du ministère des Affaires sociales et du Bien-être (*Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid* – SZW) :

1. COWI (*Centrale Organisatie voor Werk en Inkomen* – Organisation centrale pour le travail et les revenus)

2. UWV (*Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen* – Institut pour les régimes d'indemnisation des travailleurs), qui est responsable de la collecte des cotisations, de l'exécution des évaluations d'incapacité de travail, du règlement des indemnités et qui doit favoriser la réinsertion professionnelle.

Au niveau local, les *UWV WERKbedrijven* (Pôles EMPLOI de l'UWV, nouvelle dénomination depuis le 1^{er} janvier 2009 des CWI – *Centra Werk en Inkomen* – Centres pour le travail et les revenus qui avaient été institués en 2002 par la SUWI), regroupent les structures locales de ces deux organismes et font office de guichets uniques pour l'accueil des personnes demandant une prestation (chômeurs ou handicapés). Les *UWV WERKbedrijven* aident ces personnes à trouver un travail (placement et reclassement) et, à cette fin, peuvent faire appel à des partenaires privés. Ils servent aussi d'intermédiaires avec les organismes payeurs de prestations.

Au niveau local toujours, les communes utilisent des budgets de réinsertion pour acheter, au terme d'un appel d'offres et de la signature d'un contrat avec une agence de placement privée, des services de réinsertion.

Les communes sont également tenues d'assurer les soins infirmiers de longue durée.

Les autorités locales conservent la responsabilité de la mise en œuvre des régimes d'aide nationale.

On observe aujourd'hui une reprise en main de l'Etat, une volonté de mieux contrôler l'action sociale. Ces dernières années, le gouvernement néerlandais avait privilégié le jeu de l'offre et de la demande en matière d'emploi, confiant au secteur privé (*arbodiensten*²⁷, agences d'intérim, organismes sociaux privés...) le soin de réguler la prévention de la désinsertion professionnelle. Actuellement, l'Etat laisse toujours la priorité au secteur privé mais tient à corriger les abus des privatisations dans le domaine de la réintégration, de la santé et de la prévention. En effet, de nombreuses structures privées créées depuis 2005 (services de réintégration, intérim...) ont fait faillite dans le contexte de la crise de 2008, bien souvent en raison d'une mauvaise gestion. Désormais, l'Etat se soucie davantage du contrôle sur les structures privées existantes et du partenariat public-privé afin que les excès des années 2005-2008 ne se prolongent pas.

²⁷ Cf. III – Le rôle des *arbodiensten*

III – Le rôle des *arbodiensten*

Au niveau des grandes et moyennes entreprises, les *arbodiensten* jouent un rôle de prévention et de conseil déterminant pour favoriser la réinsertion d'un salarié en incapacité ou le maintien au travail d'un handicapé.

Les *arbodiensten* ne sont pas réductibles aux CHSCT mais, dans leurs activités de conseil, ils jouent un rôle analogue et *arbo* correspond à l'ensemble recouvert par HSCT. L'analogie s'arrête là, car les *arbodiensten* ont des fonctions correspondant à divers intervenants en France (associations de médecine du travail, services de santé et sécurité au travail, services techniques divers...).

Le système a été réformé après l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2005, de la nouvelle loi sur la santé et la sécurité au travail (*Arbowet*). Mais l'essentiel des modalités de fonctionnement des *arbodiensten* a été repris.

Avant la réforme de 2005, qui visait avant tout à assouplir le système et permettre entre autres aux très petites entreprises (TPE : moins de 10 salariés) de ne pas avoir de charges trop lourdes en matière de HSCT, les tâches et responsabilités des *arbodiensten*, au titre de la loi sur la santé et la sécurité au travail de 1998, étaient les suivantes :

- « encadrement de l'absentéisme » : prévention, évaluation, suivi et administration des congés maladie, accidents du travail, incapacités...
- inventaire et évaluation des risques (*Risico Inventarisatie en Evaluatie = RIE*) : chaque chef d'entreprise doit l'établir en interne (avec son propre *arbodienst* ou spécialiste HSCT) ou en externe (*arbodienst* externe) à l'aide d'une *checklist* individualisée, adaptée à chaque entreprise
- visites médicales à l'embauche
- visites médicales et entretiens liés aux conditions de travail en cas de besoin : les salariés doivent pouvoir avoir accès à une permanence HSCT en cas de douleurs ou de problèmes liés aux conditions de travail
- visites médicales périodiques.

Un *arbodienst* devait - et doit toujours - disposer au moins d'un :

- médecin du travail/médecin d'entreprise
- hygiéniste du travail
- spécialiste de l'organisation du travail
- spécialiste de la sécurité.

Depuis la réforme de 2005, le chef d'entreprise est directement responsable de l'« encadrement de l'absentéisme » et des conditions de travail. Le recours à un *arbodienst* n'est plus obligatoire, mais le recours à un « spécialiste HSCT » (*arbodeskundige*) est nécessaire, soit en interne soit en externe. Dans les faits, le système ne change pratiquement pas car les entreprises, y compris les PME, préfèrent continuer de recourir à un *arbodienst*. Les TPE n'effectuent plus l'inventaire et l'évaluation des risques à l'aide d'une *checklist* individualisée, dont la définition et la mise en œuvre par un *arbodienst* coûte cher, mais à l'aide

d'une *checklist* standard, adaptée selon l'activité. Le recours à un *arbodienst* s'impose donc beaucoup moins pour ces TPE.

IV – Les ateliers protégés pour les personnes partiellement handicapées

La loi sur les ateliers protégés (*Wet Sociale Werkplaatsen - WSW*), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998, vise à restreindre l'accès au travail protégé afin de réduire les listes d'attente qui existaient dans les années 1990 et à soumettre les bénéficiaires à des réorientations périodiques tous les deux ans. En 2003, 22 % des travailleurs néerlandais bénéficiaient d'un emploi protégé, ce qui est un record européen. Les ateliers protégés existent dans tous les secteurs : administratif, social, culturel et industriel. Une partie du budget du travail protégé est géré par l'Etat (coûts de modernisation du système) et le reste, plus important en valeur, par les communes (coûts de fonctionnement). Toutefois, la situation nécessite une amélioration permanente. Dans un communiqué du 7 décembre 2006, le ministre des Affaires sociales et du Bien-être s'inquiétait du rapport transmis par l'Inspection du travail, qui avait noté qu'aux Pays-Bas 64 ateliers sur 90 « n'étaient pas sûrs », en raison de machines dangereuses, notamment.

V – Les prestations offertes aux salariés

Le système d'indemnisation de l'invalidité a été entièrement refondu en 2006.

La WIA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, ne s'applique qu'aux AT-MP survenus depuis le 1^{er} janvier 2004.

Ce nouveau système a deux composantes : une indemnisation permanente pour les personnes qui ne peuvent plus travailler et une autre pour celles dont l'invalidité est partielle ou non permanente.

Les personnes qui ont une capacité de gain réduite²⁸ d'au moins 80% perçoivent une prestation égale à 75% de leur dernier salaire.

Les personnes qui ont une capacité de gain réduite de 35 à 79% et pour celles qui sont totalement mais temporairement invalidées, l'indemnisation est plus élevée lorsque la personne exerce une activité à hauteur d'au moins 50% de la capacité dont elle dispose. Au bout de cinq ans, cette indemnisation est ramenée à un niveau forfaitaire si la personne n'utilise pas sa capacité de travail résiduelle.

Cette disposition a pour objet d'améliorer l'incitation au travail.

Les personnes qui ont une capacité de gain réduite de 15 à 34% ne perçoivent plus de prestations d'invalidité. L'accent est mis, dans la mesure du possible, sur le maintien de la relation avec l'employeur, qui doit éventuellement aménager le lieu de travail.

²⁸ Aux Pays-Bas, l'invalidité se définit comme une perte de gain, c'est-à-dire l'écart entre la rémunération antérieure et la rémunération (éventuelle) postérieure à l'invalidité.

Dans le cadre de la WIA, il est possible d'accorder des facilités aux travailleurs handicapés qui parviennent à conserver, rétablir ou améliorer leur capacité de travail.

VI – Les mesures applicables aux employeurs

Les employeurs qui embauchent des personnes partiellement inaptes peuvent bénéficier de mesures spécifiques telles que :

- le remboursement du salaire de l'assuré en cas d'arrêt maladie (sur 5 ans)
- l'octroi de subventions pour adapter le lieu/poste de travail des salariés concernés
- la possibilité de ne pas rémunérer les salariés concernés sur une période d'essai de 3 mois pendant laquelle ils continuent de percevoir leur allocation pour incapacité
- une réduction sur les cotisations sociales des salariés concernés
- une réduction des cotisations sociales s'ils emploient des bénéficiaires de plus de 50 ans.

Cependant, si l'employeur ne prend pas toutes les mesures nécessaires à la réinsertion du salarié, des sanctions financières peuvent lui être infligées :

- au bout de 4 mois, si le salarié est toujours absent
- au bout de 6 mois, si la question du retour au travail n'a pas été suffisamment prise en compte
- au bout de 9 mois, si aucune mesure de réinsertion n'a été mise en œuvre.

Depuis les années 1990, le monde du travail et des assurances sociales a connu un bouleversement quasi continu aux Pays-Bas en raison des vastes réformes sociales lancées en vue de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité du système. Ces réformes ont notamment contribué à responsabiliser davantage l'employeur en matière de réinsertion professionnelle et de prévention de l'absentéisme. Divers dispositifs ont été mis en place pour promouvoir le retour au travail et les critères d'évaluation du degré d'incapacité de travail ont été resserrés. Avec la mise en œuvre de la WIA, c'est désormais la capacité de travail résiduelle du salarié qui est privilégiée plutôt qu'une protection des revenus, comme c'était le cas dans le système précédent.

5 - La Suède

A l'automne 2006, en Suède, plus de 500 000 personnes dépendaient de prestations d'invalidité et 80 000 étaient en arrêt maladie depuis plus d'un an, sur une population active de 5 millions de personnes, ce qui représentait 12% des personnes en âge de travailler²⁹. Face à cette situation, le gouvernement arrivé au pouvoir en octobre 2006 a élaboré, en 2006-2007, une grande réforme des régimes de maladie et d'invalidité afin de réduire le taux élevé d'absentéisme pour maladie. Cette réforme, qui est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008, vise à lutter contre l'attribution d'aides « passives » et à mettre en œuvre des mesures « actives » pour prévenir la désinsertion professionnelle. En vue de réduire le coût des arrêts de travail et de renforcer les mesures incitatives et les possibilités de retour au travail des assurés, elle prévoit notamment des modalités plus actives d'octroi du congé maladie.

I – Les principaux acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle

Le dispositif mis en place dans le cadre de la réforme s'organise autour de trois acteurs principaux qui ont des obligations spécifiques en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

A – La Caisse d'assurance sociale (Försäkringskassan)

La Caisse d'assurance sociale joue un rôle central de coordination en matière de prévention de la désinsertion professionnelle car elle supervise globalement tous les secteurs concernés. Elle travaille de près avec l'employeur qui est tenu de lui fournir toutes les informations nécessaires pour établir les besoins et possibilités de réinsertion professionnelle du salarié. Elle organise aussi des réunions de suivi avec l'employeur, le médecin et le malade.

La Caisse d'assurance sociale identifie quel est le besoin de réadaptation du salarié pour qu'il puisse reprendre le travail, elle prend l'initiative des mesures nécessaires et les coordonne.

D'autres acteurs participent à ce réseau, sous la coordination de la Caisse d'assurance sociale :

- Le secteur des soins médicaux est responsable du traitement médical et de la réadaptation fonctionnelle ;
- l'employeur, l'agence pour l'emploi, les syndicats sont responsables des mesures relatives à la vie professionnelle ;

²⁹ Discours de Madame Christina Husmark Pehrsson, ministre suédoise de la Sécurité sociale, lors du Forum à haut niveau sur la maladie, l'invalidité et le travail organisé conjointement par le Gouvernement de la Suède et l'OCDE à Stockholm les 14 et 15 mai 2009

- La commune et les conseils généraux (municipalité) sont responsables de l'accompagnement social.

B – L'employeur

La responsabilité de l'employeur est décrite dans la loi sur l'assurance sociale générale (*Lag om allmän försäkring*) et la loi sur l'environnement de travail (*Arbetsmiljölagen*). Conformément à cette dernière, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'employeur est responsable de la réinsertion professionnelle du salarié³⁰. Il doit, par différentes mesures, faciliter la réinsertion professionnelle de manière à ce que le salarié puisse soit retrouver son poste au sein de l'entreprise, soit travailler à un autre poste adapté à son état de santé.

De plus, l'Agence suédoise pour la santé et la sécurité au travail (*Arbetsmiljöverket*) a publié une ordonnance intitulée « Réadaptation et réinsertion professionnelles » qui précise les mesures principales exigées de l'employeur pour permettre au salarié de retravailler dans les meilleures conditions et les meilleurs délais.

En application de ces textes, il incombe à l'employeur de fournir toutes les ressources nécessaires à la réadaptation médicale du salarié pour lui permettre de retrouver sa capacité de travail et d'adapter son poste de travail et/ou ses tâches pour faciliter sa réinsertion professionnelle.

L'employeur est notamment tenu :

- de documenter³¹ le travail de réadaptation/réinsertion professionnelle ;
- d'organiser, planifier le travail de réadaptation/réinsertion professionnelle afin de pouvoir le mener en coopération avec la Caisse d'assurance sociale et les autres autorités concernées ;
- d'adapter l'environnement de travail pour faciliter la réadaptation/réinsertion professionnelle (adapter le travail aux conditions physiques ou psychologiques du salarié, modifier les tâches de travail, les horaires, par exemple) ;
- d'effectuer des aménagements de poste dans le but d'une réadaptation/réinsertion professionnelle ;
- d'appliquer et financer des mesures de réadaptation/réinsertion professionnelle (formation, orientation, mais aussi rééducation médicale, par exemple) ;
- d'établir des « routines »³² afin de garder un contact régulier avec le malade tout au long de son congé maladie.

³⁰ Cette obligation ne découle pas de la réforme de 2006-2007, la loi sur l'environnement de travail étant antérieure à la réforme.

³¹ L'employeur doit établir un dossier pour le plan d'action du salarié. Ces documents permettent de prouver, à l'issue de la réadaptation/réinsertion, que l'employeur a bien rempli ses obligations. Toutes les étapes, les réunions, les mesures prises...sont documentées dans ce dossier afin de fournir un suivi complet et détaillé.

³² Il s'agit de toutes les étapes qui permettent d'établir un plan d'action à suivre. Cela permet à l'employeur et au salarié d'avoir un aperçu clair et détaillé de tout le travail de réadaptation/réinsertion. Les routines englobent par exemple : les différentes prises de contact

C – La médecine du travail

Pour prévenir la désinsertion professionnelle, une coordination systématique et efficace de toutes les parties impliquées dans ce réseau d'action est essentielle. C'est pourquoi, le gouvernement suédois a décidé, dans le cadre de la réforme, la création d'une « chaîne de réadaptation professionnelle »³³ qui introduit de nouvelles règles pour le processus d'arrêt de travail et de mise en congé maladie. Ces mesures n'impliquent pas uniquement de nouvelles exigences ou réglementations portant sur la réduction des congés maladie, elles sont également destinées, dans une assez large mesure, à prévenir la désinsertion professionnelle. Un des objectifs principaux est, à long terme, de renforcer le réseau des acteurs en matière de réadaptation professionnelle en attribuant une mission plus importante aux services de soins de la médecine du travail (*Företagshälsovården*).

L'État a donc prévu une subvention de 3,4 milliards de couronnes suédoises (340 millions d'euros environ) pour renforcer le rôle de la médecine du travail. Le gouvernement a également signé un contrat-cadre avec les communes et conseils régionaux de Suède pour définir ce nouveau rôle attribué à la médecine du travail (répartition des tâches et des mesures, exigences demandées aux unités de médecine du travail...). La médecine du travail deviendra ainsi l'organisme de contact principal au niveau du secteur des soins et sera entre autres responsable du jugement d'aptitude au travail des salariés. Elle sera financée par L'État, les municipalités et les employeurs.

Actuellement, la médecine du travail a principalement un rôle préventif. Mais le gouvernement souhaite renforcer son rôle dans le domaine de la réadaptation. L'Etat a décidé d'accorder, depuis le 1^{er} janvier 2010, des subventions à la médecine du travail pour les mesures de détection précoce (visites médicales, examens dès le début de la maladie) ainsi que pour les initiatives favorisant un retour au travail (examen de la capacité de travail, des besoins et des possibilités d'adaptation du poste de travail ou des tâches du salarié).

Des coordinateurs de la médecine du travail seront chargés de suivre le salarié tout au long de sa maladie afin de mieux pouvoir évaluer ses aptitudes et possibilités de travail. La médecine du travail servira donc de lien entre l'employeur, le secteur des soins et la Caisse d'assurance sociale, devenant ainsi un maillon central de la « chaîne de réadaptation professionnelle ».

Les méthodes de prévention de la désinsertion professionnelle utilisées par ces différents acteurs reposent notamment sur l'application des « routines » qui permettent de garder un contact permanent et régulier avec le salarié malade afin qu'il ne se sente pas – ou ne devienne pas – marginalisé. La fréquence et la précocité des interventions sont deux facteurs déterminants pour lutter contre le risque de désinsertion professionnelle.

avec le salarié, les autorités, la Caisse d'assurance sociale ; les étapes du plan d'action sur lesquelles l'employeur et le salarié se sont mis d'accord ; la durée prévue du plan d'action ; la répartition des tâches entre le salarié, la Caisse d'assurance sociale, les ressources médicales...

³³ Cette « chaîne de réadaptation professionnelle » existe depuis le 1^{er} juillet 2008.

En outre, de nouvelles règles ont été introduites en matière de prestations dans le cadre de la « chaîne de réadaptation professionnelle ». Elles visent à agir le plus tôt possible pour favoriser le retour du salarié dans l'entreprise afin d'éviter qu'il ne bascule trop facilement dans le régime de l'invalidité.

II – Les mesures incitatives et le concept de modalités actives d'octroi du congé maladie

Dans le but d'optimiser le coût des arrêts de travail et de renforcer les mesures incitatives et les possibilités de reprise du travail de l'assuré, des modalités plus actives d'octroi du congé maladie sont en application depuis le 1^{er} juillet 2008.

Les modalités prévoient des délais déterminés en vue d'évaluer la capacité de travail de l'assuré. Au cours des 90 premiers jours du congé maladie, la Caisse d'assurance sociale évalue si l'assuré peut accomplir son travail habituel ou tout autre travail convenable proposé de manière temporaire par l'employeur (aménagement de poste, adaptation des conditions de travail, par exemple). Pour avoir droit aux indemnités de maladie à partir du 91^e jour, la Caisse d'assurance sociale examine si la personne assurée peut exécuter tout autre travail proposé par l'employeur (possibilité d'occuper un autre poste dans l'entreprise ou dans une autre entreprise, formation, par exemple). A partir du 181^e jour de la période de congé maladie, l'évaluation se fait par rapport à l'ensemble du marché du travail et l'octroi des indemnités journalières n'est maintenu que si le bénéficiaire est dans l'incapacité totale d'effectuer un travail. Au-delà d'une période d'un an indemnisée à 80% du salaire (avec un plafond de 2000€ par mois), prolongeables de 550 jours indemnisés à 75%, les personnes perdent le droit à l'assurance maladie.

Par ailleurs, il est à noter qu'une mesure intitulée « Special New Start Jobs » a été mise en place pour favoriser le retour au travail. Cette mesure permet aux employeurs qui embauchent une personne ayant été en invalidité ou en congé maladie de longue durée de se voir octroyer une subvention dont le montant est égal au double des charges patronales.

III – Initiatives autour de la prévention de la désinsertion professionnelle

A – Le projet « Satsa friskt »

D'une manière générale, les méthodes employées pour prévenir la désinsertion professionnelle et pour réduire les congés maladie vont de pair.

La plupart des cas de congés maladie de longue durée qui risquent de déboucher sur la désinsertion professionnelle sont souvent liés à des problèmes physiques, c'est pourquoi un grand nombre de mesures sont prises au niveau de la planification de la rééducation médicale. Le projet « Satsa friskt » (Miser sur la santé) est issu d'un accord entre les partenaires sociaux et vise à améliorer la

santé au travail en général en obtenant des changements positifs mesurables et à réduire les congés maladie.

Ce projet a été mis en oeuvre de 2004 et s'est terminé fin 2009. Il a consisté à :

- aider les autorités concernées à établir des « routines » visant à mettre en place des programmes de rééducation réalisables en appliquant diverses méthodes de rééducation,
- subventionner les projets qui ont permis de réinsérer avec succès les malades dans le monde du travail.

La plupart des autorités qui ont participé aux différents projets ont publié des rapports qui décrivent et évaluent ces projets. Un bilan final est prévu en 2010 car certains projets sont encore en cours.

B – La mise en place d'équipes pluridisciplinaires

Grâce à la mise sur pied d'équipes pluridisciplinaires (ou « équipes ressources »), il a été possible, sur plusieurs lieux de travail, de réduire de moitié le nombre et la durée des congés maladie. Cette réussite est due en partie à une action précoce destinée à aider les malades à retravailler le plus tôt possible.

Ces équipes de spécialistes sont généralement composées d'un médecin, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'une assistante sociale, d'un représentant de la Caisse d'assurance sociale et, dans certains cas, d'un représentant de l'agence pour l'emploi. Le salarié dispose ainsi de nombreux soutiens et l'équipe peut de son côté discuter du cas du salarié chaque semaine afin d'analyser et de mieux cibler ses besoins. Elle peut ensuite décider des mesures à prendre et les adapter à chaque individu. Les salariés ayant été pris en charge par une équipe pluridisciplinaire se sont sentis plus impliqués dans leur réinsertion professionnelle et mieux soutenus par les spécialistes mis à leur disposition. Ce projet permet une réadaptation « sur mesure » pour chaque salarié.

Plusieurs centres de soins, primaires ou spécialisés, ont testé cette méthode et l'ont ensuite intégrée de manière permanente. Elle est aujourd'hui mise en oeuvre dans plusieurs régions.

La décision de mettre en place ces équipes ressources dans les centres de soins est prise au niveau régional. Le but est que ces équipes soient présentes dans tous les centres de soins primaires. La « garantie de réadaptation », qui fait partie de la réforme gouvernementale, accorde une subvention de 40 000 SEK (environ 4000€) aux régions pour chaque procédure de réadaptation (entamée ou terminée) à l'aide de ces équipes pluridisciplinaires.

C – Exemple de projet initié au niveau de la commune

La commune et le conseil général de Blekinge participent à un projet de réadaptation professionnelle appelé « La maison des possibilités ».

Ce projet a démarré en 2006 avec des malades de longue durée. Le projet dure douze semaines et est organisé sous forme de stage (informations pratiques sur le marché du travail, les formations, discussions de groupe avec un

psychothérapeute, activités physiques...). Le but principal est de redonner confiance à ces personnes afin qu'elles puissent reprendre une vie active. L'objectif visé est que 80% des participants retrouvent un travail à temps plein ou à temps partiel.

Les premiers résultats obtenus ont été positifs et le projet est devenu permanent.

Il est encore trop tôt pour faire un bilan global de la récente réforme entreprise par la Suède concernant ses régimes de maladie et d'invalidité. Toutefois, certains résultats financiers sont, semble-t-il, très positifs. En effet, depuis 2006, le taux d'absence pour maladie a diminué de 40% et le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'assurance invalidité a diminué de plus de 25%³⁴. En revanche, il semblerait qu'en vue des élections de septembre 2010, le débat sur cette réforme soit relancé. Beaucoup de Suédois trouvent les critères d'éligibilité aux indemnités de maladie trop rigides. Les détracteurs de la réforme critiquent généralement le fait que les bénéficiaires se retrouvent rapidement exclus du système d'indemnisation. En raison de l'introduction en 2008 des modalités actives d'octroi du congé maladie, en 2010, 54 000 personnes en arrêt pour longue maladie seront reversées, au-delà d'un certain temps, dans le régime de l'assurance chômage, aux règles plus sévères³⁵.

³⁴ Cf. note 25

³⁵ Le Monde du 12.12.2009 : « Le gouvernement suédois veut limiter la durée des congés pour longue maladie »

6 - Le Québec

Depuis de nombreuses années, le Québec mène des actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle et à favoriser le maintien dans l'emploi. La loi québécoise sur les accidents du travail et les maladies professionnelles garantit aux accidentés du travail deux droits fondamentaux : le droit au retour au travail, qui donne au travailleur blessé le droit de conserver son travail et de le réintégrer aussitôt que possible et le droit à la réadaptation, qui impose de fournir les services de santé nécessaires au travailleur blessé et de l'aider à retrouver rapidement son autonomie³⁶. En outre, en matière d'indemnisation, le principe du revenu de remplacement est assuré par la loi dès lors que le salarié devient incapable d'exercer son emploi.

I - Le cadre juridique

Au Québec, en 1985, la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), complémentaire de la loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST), a remplacé la loi sur les accidents du travail. Elle inclut deux droits importants : le droit au retour au travail après un accident du travail ou une maladie professionnelle, en vertu duquel l'employeur est astreint à une obligation de réembauche du salarié sur le même poste ou, en cas d'impossibilité, sur un autre emploi et le droit à la réadaptation si le salarié est atteint de façon permanente dans son intégrité physique ou psychique au point de compromettre sa réinsertion. Dans ce cas, la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail (CSST) élabore un plan individualisé de réadaptation. L'employeur ne peut légalement ni licencier, ni suspendre ou déplacer un travailleur, exercer à son encontre des mesures discriminatoires ou de représailles ou lui imposer toute autre sanction parce qu'il a été victime d'une lésion liée au travail. Si un licenciement intervient, le travailleur a la possibilité de saisir la CSST qui peut ordonner sa réintégration.

Le système mis en place au Québec garantit aux accidentés du travail la protection du revenu, le retour au travail, l'assistance médicale et la réadaptation.

II - Les prestations

En cas d'incapacité temporaire ou permanente, la victime perçoit une indemnité de remplacement de revenu court terme ou long terme sous forme de rente. Le jour de l'accident est payé par l'employeur et reste à sa charge. Les 14 jours suivants, l'employeur verse au travailleur 90% de son salaire net, qui lui sera remboursé par la CSST. Puis, tant que la lésion n'est pas guérie ou que la réadaptation est nécessaire pour rendre le travailleur capable d'exercer son

³⁶ EUROGIPinfos n°63 – mars 2009 – Grand Angle – « Québec : approche des systèmes d'assurance et de prévention des risques professionnels »

http://www.eurogip.fr/docs/Eurogipinfos63_systemeATMP_Quebec_Eurogip_infos.pdf

emploi ou un emploi convenable³⁷, la CSST verse l'indemnité journalière qui est égale à 90% du salaire net, dans la limite du maximum assurable. Le salaire brut considéré ne peut dépasser le maximum annuel fixé (62 500 \$ en 2010).

Tous les frais d'assistance médicale liés à une lésion professionnelle sont à la charge de la CSST (médecins, dentistes, hôpitaux, médicaments, prothèses, etc.).

Le travailleur qui redevient capable d'exercer son emploi dans les deux ans suivant l'accident – un an pour les entreprises de vingt salariés ou moins – doit être réintégré par son employeur. Si le travailleur ne peut pas occuper le même emploi qu'au moment de l'accident en raison de sa lésion professionnelle, il a le droit d'occuper le premier emploi convenable qui devient disponible dans un établissement de son employeur. S'il perçoit alors un salaire moins élevé, la CSST verse un complément différentiel. Si le travailleur est incapable d'occuper quelque emploi que ce soit, il a droit à la pleine indemnité de remplacement de revenu jusqu'à 65 ans. L'indemnité est ensuite réduite de 25% à chaque anniversaire pour cesser complètement et définitivement à 68 ans.

III – La réadaptation

Un plan de réadaptation physique, sociale ou professionnelle est élaboré pour les travailleurs qui conservent une atteinte permanente à leur intégrité physique ou psychique en raison de leur lésion professionnelle.

Afin de permettre l'exercice du droit à la réadaptation physique, sociale et professionnelle, la CSST fait de l'intervention en réadaptation la pièce maîtresse du traitement à accorder au travailleur. A cette fin, elle privilégie :

- une intervention axée sur la réinsertion sociale et professionnelle du travailleur
- une intervention rapide et au moment opportun, qui fait appel à la collaboration des parties
- une intervention dont l'une des préoccupations majeures demeure l'exercice par le travailleur de son droit au retour au travail.

La CSST prend contact très tôt dans le processus avec l'employeur pour l'informer de ses obligations, du droit au retour au travail et étudier avec lui les différents programmes pouvant faciliter la réinsertion professionnelle du travailleur.

Un conseiller en réadaptation est le lien entre le travailleur, son représentant et l'employeur dans la recherche de solutions.

Le plan individualisé de réadaptation

³⁷ Un emploi convenable est un « emploi approprié qui permet au travailleur victime d'une lésion professionnelle d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles, qui présente une possibilité raisonnable d'embauche et dont les conditions d'exercice ne comportent pas de danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion ». (Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles).

Pour assurer au travailleur l'exercice de son droit à la réadaptation, la CSST prépare et met en œuvre, avec la collaboration de celui-ci, un plan individualisé de réadaptation (PIR). Ce plan peut comprendre, selon les besoins du travailleur, un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle.

Élaboration du plan individualisé de réadaptation

C'est le conseiller en réadaptation qui est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du plan individualisé de réadaptation. Toutefois, l'élaboration du plan individualisé de réadaptation se fait avec la collaboration du travailleur, tout en favorisant la participation de son représentant et de l'employeur, particulièrement en ce qui a trait à la réadaptation professionnelle. Si le travailleur refuse ou néglige de fournir à la CSST les informations nécessaires à l'élaboration du plan individualisé de réadaptation, la Commission peut suspendre l'indemnité de remplacement du revenu.

Chaque programme de réadaptation est composé d'une ou plusieurs mesures ayant des objectifs précis :

1) la réadaptation physique : elle a pour but d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique du travailleur et de lui permettre de développer sa capacité résiduelle afin de pallier les limitations fonctionnelles qui résultent de sa lésion professionnelle.

2) la réadaptation sociale afin de permettre au travailleur de surmonter dans la mesure du possible les conséquences personnelles et sociales de sa lésion professionnelle et de redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles. La réadaptation sociale joue également un rôle de support pendant toute la démarche de réadaptation physique et professionnelle. Cette intervention peut être faite par le conseiller en réadaptation ou par un professionnel spécialisé.

La réadaptation sociale vise aussi à ce que le travailleur soit le plus autonome possible dans ses activités quotidiennes. Des mesures telles que l'adaptation du domicile, l'adaptation du véhicule principal, l'aide personnelle à domicile et le remboursement des frais de garde d'enfants et d'entretien du domicile sont prévues principalement à cet effet.

3) la réadaptation professionnelle : dont l'objectif est de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi, dans un emploi équivalent ou de lui permettre d'accéder à un emploi convenable.

Différentes mesures peuvent favoriser la réinsertion professionnelle du travailleur, notamment le recyclage, l'adaptation d'un poste de travail, la subvention à l'employeur, l'évaluation des possibilités professionnelles, la formation, le support en recherche d'emploi.

IV – Les programmes de subventions de la CSST

La Commission, dans le but de stimuler l'embauche de travailleurs victimes de lésions professionnelles et d'encourager la créativité des travailleurs, offre des

programmes de subventions pour la réadaptation du travailleur à son emploi, pour son adaptation à un nouvel emploi (ou lui permettre d'acquérir une nouvelle compétence professionnelle), pour la création d'emploi ou pour l'acquisition d'une entreprise qui constitue un emploi convenable.

Subventions à l'employeur/aux entreprises

Subvention pour embauche

La subvention pour embauche couvre une période ne pouvant excéder un an pendant laquelle le travailleur embauché ne peut satisfaire aux exigences normales de l'emploi ; cette subvention ne peut excéder 80% du salaire versé au travailleur et elle ne doit pas dépasser le maximum annuel assurable. Elle a pour but d'assurer au travailleur une période de réadaptation à son emploi, d'adaptation à son nouvel emploi ou de lui permettre d'acquérir une nouvelle compétence professionnelle.

Subvention pour création d'emploi

Lorsqu'un employeur crée un ou des emplois à caractère permanent pour des travailleurs qui ont subi une atteinte permanente à leur intégrité physique ou psychique en raison d'une lésion professionnelle, la CSST peut octroyer une subvention pour chaque emploi créé. Il est possible pour un même employeur de cumuler une subvention pour création d'emploi et une subvention pour embauche.

Subvention au salarié

Une subvention peut être octroyée pour la création et la gestion d'une entreprise avec pour but de permettre au travailleur d'acquérir une entreprise qui constitue pour lui un emploi convenable.

Cette mesure a un caractère exceptionnel. Il s'agit d'un dernier recours dans le processus de retour à l'emploi et elle doit être considérée après toutes les autres possibilités décrites au processus de détermination de l'emploi convenable. Le montant maximal de la subvention ne peut dépasser le maximum annuel assurable de l'année en cours.

V – Le programme PREVICAP

Le programme PREVICAP (Prévention de situations de handicap au travail) est proposé depuis 1997 aux travailleurs québécois atteints de lésions musculosquelettiques (LMS) à risque d'incapacité prolongée. Il vise un retour prompt, durable et en sécurité du travailleur à son poste en misant sur sa réadaptation en milieu de travail avec un traitement adapté à ses besoins.

Il s'agit d'un programme développé et géré par le Centre d'action en prévention de l'incapacité au travail, organisme affilié au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine et à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'université de Sherbrooke.

En 2001, la CSST a participé à un projet visant la création d'un Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ) par l'implantation du programme PREVICAP dans 4 centres de réadaptation du Québec. Ce projet a toutefois été abandonné en 2004 (pour des raisons organisationnelles et financières liées notamment à l'admission d'un nombre insuffisant d'assurés dans le dispositif).

Schématiquement, PREVICAP s'appuie sur la force d'une équipe interdisciplinaire constituée d'un large panel de professionnels : ergothérapeute, kinésiothérapeute, psychologue, ergonomiste, médecin, orthopédiste, des acteurs externes comprenant notamment le médecin traitant, l'employeur, le représentant syndical (selon les cas) et le réseau social de l'individu.

Il a pour objectifs de prévenir l'incapacité prolongée par la précocité de la prise en charge du travailleur, l'association d'une intervention clinique à une intervention en milieu de travail avec intégration rapide du travail réel dans le programme (Cf. Modèle opérationnel du programme PREVICAP³⁸).

Ce programme peut être proposé dès la 8^e semaine après l'accident du travail pour éviter que l'incapacité devienne complexe ou même irréversible. Un des critères d'admission au programme est l'existence d'un lien d'emploi pour le travailleur accidenté. Celui-ci doit avoir un poste de travail régulier qui lui est réservé chez un employeur pour une période de un à deux ans selon la taille de l'entreprise à partir de la déclaration de l'accident. Le but est donc moins de remettre le travailleur en forme afin d'améliorer son aptitude générale au travail que de rétablir la compatibilité d'un travailleur avec un poste ciblé et connu.

Une des clés de ce programme est l'utilisation du milieu réel de travail comme espace d'entraînement. Cela va à l'encontre de bon nombre d'interventions de réadaptation au travail qui privilégient l'approche de simulation des tâches de travail en milieu clinique.

La compétence de l'ergonome est essentielle pour analyser et formuler des recommandations sur les contraintes environnementales. Toutefois, certains employeurs ont du mal à s'adapter à cette nouvelle approche parce qu'ils souhaitent que les travailleurs reprennent leur travail à 100% de leurs capacités sans utiliser le retour progressif au travail.

L'approche requiert donc de la flexibilité de la part de l'employeur, souvent une réorganisation des tâches dans le milieu de travail et implique la collaboration temporaire des autres salariés.

Les chances de succès de PREVICAP reposent essentiellement sur la capacité des acteurs (organisations, professionnels, travailleurs, entreprises) impliqués à y participer activement.

³⁸ PREVICAP - « La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique » - Marie-José Durand, Patrick Loisel – Pistes © Vol. 3 N°2 Octobre 2001 – Réflexion sur la pratique

L'évaluation qui en a été faite³⁹ tend à montrer qu'il constitue un outil de détection utile pour identifier, à l'aide du diagnostic de la situation de handicap au travail, les travailleurs pouvant bénéficier de ce type de programme ; que ce dernier est efficace en termes de fréquence de retour au travail au poste pré-lésionnel et en termes de rapidité de retour au travail durable pour les personnes indemnisées depuis plusieurs mois.

³⁹ Compte rendu du séminaire AnEIS (Analyse et évaluation des interventions en santé) du 18 mars 2009 : « Efficacité et rentabilité du programme PREVICAP : méthodologie, résultats et enjeux de l'évaluation »



Conclusion

Les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle mises en place par les six pays présentés dans cette note thématique font toutes apparaître un changement radical d'approche vis-à-vis des problèmes de santé au travail : désormais, l'accent est mis davantage sur la capacité résiduelle de travail que sur le handicap.

Cette note souligne l'importance accordée à la détection précoce des risques de désinsertion professionnelle avec la mise en place de systèmes d'alerte dans certains pays pour éviter la chronicisation des maladies et le risque d'exclusion définitive du marché du travail.

Un fait nouveau mérite d'être souligné : le retour au travail ne se fait plus uniquement lorsque le salarié a récupéré sa capacité de travail à 100%. Il se fait souvent de manière progressive, par le biais d'un emploi flexible, aménagé ou à temps partiel.

Toutes les expériences montrent que plus les arrêts de travail se prolongent, plus le risque de perdre son emploi est important. Il apparaît qu'une action précoce et considérant l'individu dans sa globalité – sous l'angle de la santé mais aussi de la vie professionnelle, familiale et sociale – augmente sensiblement les chances de retour durable et réussi à l'emploi.

Liens utiles

ALLEMAGNE

Assurance accident allemande : www.dguv.de

Clinique des BG de Ludwigshafen spécialisée dans la réadaptation médico-professionnelle : <http://www.bgu-ludwigshafen.de>

SUISSE

Suva www.suva.ch

www.suva.ch/fr/suvacare.htm (réinsertion des personnes accidentées)

www.suva.ch/home/suvacare/versicherungsmedizin.htm (médecine des assurances)

Clinique de réadaptation de Bellikon : www.rehabellikon.ch

Clinique de réadaptation de Sion : www.crr-suva.ch

DANEMARK

Livre blanc sur l'absentéisme et le retour au travail en cas de TMS, causes et perspectives d'action (2008)

http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/boeger/hvidbog_sygefravaer.pdf

Conseil central pour le handicap : <http://www.dch.dk/publ/fleksjob/index.html>

Reva Trollesbro, société prestataire de services de réadaptation

<http://www.trollesbro.dk/brochurer/brochure-om-fleksjob.pdf>

PAYS-BAS

Ministère du Travail et des Affaires sociales : <http://english.szw.nl>

Le système hybride de recours par les pouvoirs publics à des opérateurs externes aux Pays-Bas : évolutions récentes sur le marché de la réinsertion – Rapport de Liesbeth Van Parys et Ludo Struyven

http://hiva.kuleuven.be/resources/pdf/anderepublicaties/P_R1306b_paper2_fr.pdf

SUEDE

www.av.se

www.regeringen.se

<http://www.satsafriskt.nu/>

<http://www.suntliv.nu/>

Caisse d'assurance sociale : <http://www.forsakringskassan.se/sprak/eng/>

QUEBEC

Commission de la santé et de la sécurité du travail : www.csst.qc.ca



Annexe

Le projet danois de retour à l'emploi (TTA)

- avril 2010 à avril 2012 dans 22 communes -

Le projet TTA (*Tilbage til Arbejdet = Retour à l'emploi*), qui faisait partie de l'accord tripartite de 2008 sur la réduction de l'absentéisme, vise à réduire les arrêts maladie de longue durée et à contribuer au retour rapide et durable à l'emploi des personnes touchant des indemnités journalières qui, lors de l'entretien de suivi de la 8^e semaine avec les services de la commune, sont classés dans la catégorie 2 des personnes présentant "un risque d'arrêt maladie de longue durée ou de remise en cause de leur capacité de travail". Vingt-deux communes participent à ce projet (sur un total de 98 communes).

Le projet se fonde sur l'expérience acquise par des actions de retour à l'emploi danoises et étrangères ayant mis en évidence l'importance d'une approche pluridisciplinaire, d'une coordination accrue et d'une action précoce.

La réduction de l'absentéisme doit passer par la mise en place et la formation de coordonnateurs et d'équipes pour le retour à l'emploi.

Le projet doit permettre :

- d'acquérir de l'expérience sur les actions visant les personnes en arrêt maladie de longue durée qui présentent des problèmes de santé psychiques
- de vérifier si le modèle de retour à l'emploi décrit peut être adapté aux structures des communes.

Le classement dans la catégorie 2 implique que le dossier de la personne sera transmis à un coordonnateur TTA, qui a en principe une certaine expérience dans le traitement de ces dossiers et aura reçu, dans le cadre du projet, une solide formation de trois semaines. Le coordonnateur TTA sera le pivot de toute la coordination entre les acteurs concernés, notamment l'employeur, le système de santé et en particulier le médecin traitant du malade, les syndicats, les caisses d'assurance chômage et l'équipe TTA ainsi que l'entité clinique (voir plus loin).

D'après l'expérience acquise en la matière, un coordonnateur TTA (ou plusieurs, selon la population concernée) pourra traiter la moitié des dossiers par la coordination, tandis que l'autre moitié des dossiers nécessitera une action pluridisciplinaire.

Les communes participant au projet doivent créer une équipe TTA et passer un contrat avec une entité clinique.

L'équipe TTA doit se composer d'au moins un psychologue ainsi que d'une personne ayant de l'expérience dans la physiologie du travail et la réadaptation, par exemple un kinésithérapeute ou un ergothérapeute. La commune peut recruter son équipe TTA dans le centre d'emploi mais peut aussi passer un

contrat avec un "autre acteur" qui lui fournira les compétences requises. L'équipe TTA recevra elle aussi une formation de trois semaines dans le cadre du projet.

L'entité clinique doit pouvoir fournir des conseils et des informations dans le domaine de la psychiatrie ainsi que l'un des domaines suivants: médecine du travail, médecine sociale ou médecine générale. La commune doit conclure un contrat avec un "autre acteur" qui fournira ces compétences.

L'autre acteur peut fournir à la fois l'équipe TTA et l'entité clinique.

Précocité de l'action: les communes participant au projet doivent adresser l'intéressé vers une action TTA et donc vers le coordonnateur TTA au plus tard après la 8^e semaine d'absence. Le coordonnateur TTA assume ensuite la responsabilité de la coordination de l'action. Du fait de sa formation, il disposera d'un certain nombre d'outils pour gérer sa rencontre avec le malade et pour coordonner l'action. Une partie de la *coordination* consiste à recourir à une action *pluridisciplinaire* de la part de professionnels de la psychologie, de la physiologie du travail et de la médecine. Un autre aspect de la coordination vise l'employeur, le médecin traitant du malade, les syndicats, les caisses d'assurance chômage et autres acteurs de la santé et du social.

Les précédents projets de retour à l'emploi visaient en particulier l'absentéisme dû aux troubles musculosquelettiques. Dans ce projet, peu importe la raison de l'arrêt maladie, mais les personnes doivent d'emblée être classées dans la catégorie 2 des personnes présentant "un risque d'arrêt maladie de longue durée ou de remise en cause de leur capacité de travail".

C'est le Fonds de prévention⁴⁰ qui octroie les subventions aux communes et qui verse les fonds en fonction des quatre rapports comptables que les communes participant au projet lui auront transmis.

Le NFA, Centre national de recherche sur l'environnement de travail (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø), élabore le projet, développe les outils destinés aux coordonnateurs TTA, aux équipes TTA et aux entités cliniques, et assure leur formation (élaboration de la formation, conception et impression du matériel pédagogique, enseignants et conférenciers). Le NFA coordonne le projet et procède à l'évaluation du processus et de ses effets.

Le NFA a créé un Secrétariat du projet qui constitue l'organisme de contact pour les communes participant au projet. Chaque commune a un interlocuteur fixe au sein du Secrétariat.

Le NFA a passé des accords avec notamment le CABI (Centre pour l'action en faveur de l'emploi, dépendant du ministère de l'Emploi), le Fonds pour la psychiatrie, le CAFI (Centre pour le maintien dans l'emploi), ainsi qu'avec d'autres organismes.

⁴⁰ Le Fonds de prévention a été créé en 2007. Chaque année, il alloue jusqu'à 350 millions de DKK (environ 47,23 millions d'euros) à des mesures innovantes destinées à améliorer la santé et la sécurité au travail.

<http://www.forebyggelsesfonden.dk/english/>

Deux groupes de communes participent au projet :

- les communes du projet (au nombre de douze), qui participent pendant deux ans, d'avril 2010 à avril 2012. Elles doivent avoir mis en place toute l'organisation requise avant le début de celui-ci. Elles doivent par ailleurs respecter le descriptif du projet, contribuer à son évaluation et veiller à ce que leur coordinateur TTA, leur équipe TTA et leur entité clinique suivent la formation TTA ;
- les communes « témoins », pour lesquelles le cadre formel est allégé la première année mais qui participeront pleinement au projet dès la 2^e année.

Calendrier :

- Formation des coordonnateurs et équipes TTA: février et mars 2010
- Début du projet: début avril 2010
- Fin du projet: avril 2012
- Fin de la première évaluation: octobre 2012
- Conférence nationale sur "Le grand projet TTA": novembre 2012.

Financement

Le Fonds de prévention alloue à chaque commune une enveloppe maximale sur la base du budget présenté ci-après.

Selon des études menées précédemment, environ 25% des dossiers de longue maladie relèvent de la catégorie 2 susmentionnée (risque de désinsertion professionnelle). Ces chiffres étant purement indicatifs et la conjoncture influant sur ces données, il appartient aux communes de donner une estimation motivée du nombre de dossiers qui relèveront de la catégorie 2 et qui formeront la base du budget alloué. Il s'agit dans un premier temps d'une estimation, car les fonds réellement versés sont calculés sur le nombre réel de dossiers classés en catégorie 2 durant le projet. Il convient de noter que les rapports comptables des communes devront être certifiés par un expert-comptable.

Calcul du budget alloué

Dans une commune comptant 680 dossiers de maladie de plus 8 semaines, soit environ 170 dossiers de catégorie 2, si l'on retient le taux de 25% susmentionné, le calcul se présente comme suit:

Coordonnateur TTA (employé dans le centre d'emploi. Salaires et frais liés au projet)	DKK	EUR (1 EUR = env. 7,41 DKK)
2 coordonnateurs TTA (salaires annuels y compris retraite)	850 000	
Frais administratifs (frais de réunion, déplacements, visites aux entreprises)	50 000	
Frais spéciaux (collecte et transmission de données pour évaluation)	25 000	
Total coordonnateurs TTA	925 000	124 831
Compétences des équipes TTA		
1 psychologue (salaire annuel y compris retraite)	700 000	
1 professionnel de la physiologie (kinésithérapeute, par ex.) (salaire annuel y compris retraite)	425 000	
Frais administratifs (frais de réunion, déplacements, visites aux entreprises)	50 000	
Frais spéciaux (collecte et transmission de données pour évaluation)	25 000	
Total compétences TTA	1 200 000	161 943
Compétences médicales (entité clinique) (estimation des prestations effectuées)		
Déclarations de spécialistes, consultations et entretiens entre le malade et le spécialiste (environ 12 heures par semaine pendant 45 semaines par an)	550 000	
Synthèse hebdomadaire (3 heures entre le coordonnateur et l'équipe. L'entité clinique doit fournir sa contribution sur les raisons somatiques et psychiques de l'arrêt maladie)	250 000	
Hotline (le coordonnateur TTA doit pouvoir consulter l'entité clinique environ 1 heure par jour pendant 45 semaines par an)	160 000	
Visites aux employeurs (10 employeurs sur les 170 dossiers traités par le coordonnateur)	50 000	
Frais administratifs	125 000	
Frais spéciaux	25 000	
Total compétences médicales (entité clinique)	1 160 000	
Coût total estimé pour 170 dossiers de catégorie 2	3 285 000	443 320

Par conséquent, **coût estimé par dossier de catégorie 2 : 19 324 DKK (2 608 EUR)**.

Source:

http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/Aktuel%20forskning/Det_store_TTA-projekt/Oplysninger/Projektbeskrivelse.aspx?lang=da

Un communiqué de presse du ministère de l'Emploi d'octobre 2009 indiquait que le Fonds de prévention allait allouer un budget de 240 millions de DKK (32,39 millions d'euros) au projet et que le ministère allait contribuer à hauteur de 40 millions de DKK (5,4 millions d'euros). Dans un document de présentation du NFA, il est dit que l'enveloppe budgétaire des communes sera de 240 millions de DKK et que 32,5 millions de DKK (4,38 millions d'euros) seront destinés au secrétariat du projet.





Eurogip est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de la Sécurité sociale française.

Ses activités s'articulent autour de 5 pôles : enquêtes, projets, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés.

Elles ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

www.eurogip.fr

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.

55, rue de la Fédération - F-75015 Paris
Tél. +33 0 1 40 56 30 40
Fax +33 0 1 40 56 36 66

