



Institut universitaire romand de Santé au Travail  
Institut für Arbeit und Gesundheit  
Institute for Work and Health



**reha** schweiz  
■ suisse ■ svizzera ■ svizra  
Schweizerische Gesellschaft für  
Physikalische Medizin und Rehabilitation

# Fit For Work?

## Les troubles musculo-squelettiques et le marché suisse du travail

Tatiana Quadrello  
Stephen Bevan  
Robin McGee



**Rheumaliga Schweiz**  
Ligue suisse contre le rhumatisme  
Lega svizzera contro il reumatismo

Société  
Suisse de  
Rhumatologie **R**

**SGARM**  
**SSMT**





# Table des matières

---

<b>1. Résumé</b>	<b>5</b>
<b>2. Introduction</b>	<b>9</b>
2.1 Pourquoi la santé de l'ensemble des actifs importe-t-elle en Suisse?	9
2.2 TMS: le contexte européen	12
2.3 Objectifs de l'étude	12
2.4 Remarque sur la définition	14
2.5 Structure du rapport	15
<b>3. Travail et TMS en Suisse</b>	<b>17</b>
3.1 Une image limitée des données	17
3.2 Impact des TMS sur la capacité de travail	19
3.3 Impact du lieu de travail sur les TMS	27
3.4 Impact économique et social global des TMS	30
3.5 Résumé	37
<b>4. Interventions</b>	<b>39</b>
4.1 Arguments en faveur d'une intervention précoce	39
4.2 Régime de sécurité sociale pour les personnes en incapacité de travail	42
4.3 Interventions spécifiques	44
4.4 Modèle biopsychosocial et travail	47
4.5 Rôle des employeurs	50
4.6 Résumé	54
<b>5. Conclusions et recommandations</b>	<b>55</b>
5.1 Recommandations aux employeurs	55
5.2 Recommandations aux employés	57
5.3 Recommandations aux médecins de famille	58
5.4 Recommandations aux professionnels de la santé au travail	58
5.5 Recommandations au gouvernement	59
<b>Références</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 1: Interviews et consultation avec les experts</b>	<b>70</b>
<b>Annexe 2: Tables d'évaluation des performances</b>	<b>72</b>
<b>Annexe 3: Travail de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante</b>	<b>82</b>

## Liste des encadrés, des figures et des tables

---

Encadré 1: Principes de prise en charge des TMS non spécifiques	52
Figure 1: Projections démographiques pour la population suisse âgée de plus de 65 ans et de plus de 80 ans	19
Figure 2: Modèle CIF appliqué à l'incapacité de travail dans la PR	48
Tableau 1: Résumé des facteurs de risque intrinsèques pour les TMS non spécifiques	27
Tableau 2: Coûts directs associés aux TMS, à la PR et aux lombalgies	34
Tableau 3: Taux d'absences (en%) des salariés occupés à plein temps selon les sections économiques en 2007	36

# 1. Résumé

---

Bien que la Suisse ait connu pendant de nombreuses années une expansion économique soutenue, le niveau de la productivité y est bien inférieur à celui observé dans les pays les plus performants, ce qui traduit une productivité relativement faible dans les secteurs qui ne sont pas exposés à la concurrence internationale. A l'heure où la croissance économique globale marque le pas et où le dynamisme du marché suisse du travail pourrait être en train de diminuer, la nécessité de maximaliser la productivité au travail et de faire en sorte que la population active soit prête à profiter pleinement de la reprise économique s'est encore intensifiée. Toutefois, la santé des travailleurs suisses laisse sérieusement à désirer. Environ un million de personnes vivent en Suisse avec un problème de santé qui les handicape plus ou moins fortement; par ailleurs, la durée moyenne d'incapacité de travail des Suisses est de neuf jours par an. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent la principale cause des absences pour raisons de santé. Ces affections peuvent être intermittentes (comme les dorsalgies ou les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur liés au travail) ou dégénératives (par exemple la polyarthrite rhumatoïde ou les spondylarthropathies) et sont à l'origine d'un tiers des consultations chez les médecins généralistes (MG). Le coût annuel des TMS liés au travail en Suisse a été estimé à plus de quatre milliards de francs, cette somme n'incluant que la perte de productivité et les absences pour cause de maladie. La mise en place de mesures appropriées, en particulier dans les lieux de travail liés à un risque accru de TMS, permettrait aux entreprises suisses d'économiser environ 5,5 milliards de francs par an.

---

## **Le projet «Fit for Work?»**

Le présent rapport fait partie d'un vaste programme de travail mené dans 24 pays européens et non européens. Basé sur une revue des récents travaux de recherche universitaire et scientifique et sur des interviews avec des experts reconnus, ce rapport analyse l'impact économique et social que certains TMS épisodiques (douleurs dorsales et troubles musculo-squelettiques du membre supérieur liés au travail) et dégénératifs (polyarthrite rhumatoïde et spondylarthropathies) ont sur la vie professionnelle de milliers de travailleurs suisses. Finalement, il présente un certain nombre de recommandations pour quelques-uns des intéressés afin d'inciter les principaux acteurs à l'action et de faire en sorte que les actifs suisses restent «fit for work», autrement dit aptes au travail.

---

## **Impact des TMS sur les travailleurs suisses**

Les TMS exercent un impact important sur la capacité de travail, non seulement au niveau individuel, mais aussi global. Les données présentées dans ce rapport montrent que:

- On estime que 670 000 employés souffrent de douleurs dorsales d'origine en partie professionnelle. Ceci correspond à 18% de la population active suisse.
- 13% environ des travailleurs suisses signalent qu'ils ressentent des douleurs musculaires au niveau du cou, des épaules et des membres supérieurs.

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) touche entre 49 000 et 70 000 personnes en Suisse. La PR rend compte de 0,96% des DALY (*disability adjusted life years* ou années de vie ajustées sur l'incapacité) perdues en Suisse; au bas mot, le coût de cette pathologie pour la société suisse est énorme: 23'982 Euros (CHF 35'973) par patient et par an, soit le coût le plus élevé après l'Islande.
- Les données issues du registre du Swiss Clinical Quality Management montrent que parmi les patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA, une pathologie rhumatismale appartenant à la famille des spondylarthropathies) 78% sont employés, dont la moitié environ à plein temps. Parmi les 23% travaillant à temps partiel, 56% ont réduit leur durée de travail en raison de leurs troubles, tandis que 6% suivent une formation ou sont à la recherche d'un travail; la SA explique en outre que 14% aient dû se recycler, 24% changer d'emploi et que 14% aient rencontré des difficultés pour trouver un nouveau travail.
- En moyenne, 24% de la population active masculine et 16% de la population active féminine souffrent de TMS d'origine en partie professionnelle.
- Une personne souffrant de TMS sur cinq dépose une demande d'assurance-invalidité.
- 26% de l'ensemble des absences maladie sont dues aux TMS. Ceux-ci constituent une cause majeure d'absence professionnelle pour raisons de santé.

A l'avenir, compte tenu des prévisions concernant le vieillissement de la population active, l'augmentation de l'incidence de l'obésité, ainsi que la diminution de l'exercice, de l'activité physique et de la condition physique dans la population générale, on doit plutôt s'attendre à moyen et à long terme à un renforcement et une aggravation de l'incidence des effets des TMS plutôt qu'à leur réduction. Nous craignons que cela influera sur la qualité de vie professionnelle de nombre de travailleurs suisses, et que la capacité productive des actifs suisses sera affectée au moment même où nous aurons besoin qu'elle soit à son meilleur niveau.

---

### Que peut-on faire?

Cinq grands principes doivent guider l'action des MG, des employeurs, des employés et du gouvernement si l'on souhaite améliorer la vie professionnelle de la population active souffrant de TMS.

- **La précocité de l'intervention est essentielle.** Tout montre que de longues périodes d'absence du travail nuisent généralement aux patients souffrant de TMS – plus l'absence est longue, plus le retour est difficile. Une intervention précoce, de préférence sous la forme d'un partenariat entre le MG, le patient et son employeur, peut aider les individus atteints de TMS à conserver leur travail et à trouver un équilibre entre le besoin de répit et la nécessité de travailler. Pour certains patients souffrant de TMS,

---

l'accès précoce à la physiothérapie ou à la chimiothérapie peut diminuer la sévérité, l'impact ou la progression de la maladie – un retard au diagnostic ou au traitement peut rendre la guérison, le maintien au travail ou la réadaptation beaucoup plus difficile. Lorsque la reprise économique surviendra – ce qui ne saurait manquer de se produire – l'économie Suisse ne pourra pas se permettre pour son redressement d'être entravée par un manque de travailleurs qualifiés, motivés et en bonne santé.

- **Mettre l'accent sur les capacités, pas sur l'incapacité.** Les employeurs et les employés peuvent «catastrophiser» les TMS en imaginant que leurs effets sont bien plus sérieux ou insurmontables qu'ils ne le sont en réalité. La plupart des travailleurs souffrant de TMS peuvent continuer à apporter une contribution professionnelle non négligeable s'ils y sont autorisés. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient aptes à 100% à reprendre le travail – une approche un peu originale doit permettre à leur hiérarchie de leur confier un travail utile qui les aide à retrouver une pleine capacité productive. On comprendrait mieux les tâches que les travailleurs peuvent encore effectuer à leur poste de travail si les MG devaient délivrer par exemple une attestation d'aptitude plutôt qu'un certificat de maladie. Cette approche est en train d'être introduite au Royaume-Uni et devrait également être envisagée en Suisse.
- **La clef de la réadaptation passe par une conception souple du travail.** Les cadres dirigeants peuvent, avec l'aide de spécialistes de la médecine du travail, changer les façons dont le travail est organisé (y compris de simples changements de la disposition des lieux ou des horaires de travail) pour contribuer à prévenir une dégradation des TMS et pour aider les personnes souffrant de TMS à rester travailler ou à reprendre le travail. Ils doivent faire cela d'une manière qui préserve la qualité du travail, qui évite les contraintes professionnelles excessives ou préjudiciables, et tienne compte des bonnes pratiques ergonomiques.
- **Penser au-delà des symptômes physiques.** Les cliniciens devraient intégrer leur compréhension du modèle biopsychosocial et les limitations du modèle biomédical dans leur diagnostic et leur traitement du patient, et – par-dessus tout – dans leur évaluation du rôle que le travail peut jouer pour aider un individu à rester actif et à éviter l'isolement. Les MG occupent une position idéale pour identifier les signes précoces de beaucoup de TMS. Ils devraient, lorsque cela est approprié, adresser dès que possible leurs patients à des équipes spécialisées afin de commencer sans tarder une prise en charge.
- **Evaluer les coûts directs et indirects des TMS.** Afin de permettre au gouvernement suisse d'évaluer et de contrôler plus conjointement l'impact des TMS à la fois sur le plan clinique et sur le marché du travail, il est nécessaire de disposer de meilleures mesures pour évaluer l'impact social, économique et professionnel des TMS.

Ce rapport montre clairement qu'une grande partie des personnes en âge de travailler en Suisse sont ou seront directement affectées par des maladies ou troubles musculo-squelettiques (TMS) dans les années à venir. Cela peut avoir de très sérieuses conséquences sociales et économiques pour les intéressés et leur famille, gêner la productivité de l'ensemble des actifs et de certains secteurs de l'industrie suisse, et grever les ressources à la fois du système de santé et du régime des prestations sociales.

Les experts que nous avons interrogés et les importantes données d'ordre clinique, épidémiologique, psychologique et économique que nous avons mises en lumière nous renseignent sur la nature, l'ampleur et les conséquences du problème des TMS en Suisse. Toutefois, il semble qu'il y ait encore un manque de cohérence, ou de réflexion et d'action conjointes centrées sur le **patient** souffrant de TMS **en tant que travailleur**. Bien que le nombre de partisans du modèle biopsychosocial tel qu'il s'applique à tous les TMS soit en augmentation, nous avons noté que certains de ceux qui peuvent avoir le plus d'impact sur la participation des travailleurs souffrant de TMS au marché du travail n'ont pas encore adopté ses principes autant qu'ils le pourraient.



## 2. Introduction

---

**2.1 Pourquoi la santé de l'ensemble des travailleurs importe-t-elle en Suisse?** La Suisse a connu une vigoureuse expansion économique qui a bénéficié d'une activité soutenue sur les marchés financiers, d'une forte demande étrangère et d'une dépréciation de sa monnaie (Organisation de coopération et de développements économiques ou OCDE, 2007). Soutenu par un fort taux d'emploi (79,5% contre 65,9% pour l'UE-27 selon les chiffres de l'Office statistique de l'UE ou Eurostat pour 2008), le produit intérieur brut (PIB) par habitant y est beaucoup plus élevé que dans la plupart des pays européens (en 2008, 138,1 contre 100 dans l'UE-27 selon les chiffres d'Eurostat). Cependant, le niveau de la productivité économique générale y est bien inférieur à ceux observés dans les pays les plus performants, ce qui traduit une productivité relativement faible dans les secteurs qui ne sont pas exposés à la concurrence internationale. Qui plus est, alors que le budget de l'État est demeuré bénéficiaire au cours des années passées, une forte croissance des dépenses destinées aux programmes sociaux pose un risque pour la capacité de la politique fiscale à contribuer au développement de la prospérité (OCDE, 2007).

La santé et le bien-être des actifs constituent, avec les aptitudes, la formation et les qualifications, un des facteurs les plus importants pour la productivité du travail. Le fait d'avoir une proportion significative de la population active temporairement ou en permanence incapable de travailler pour des raisons de santé – même dans un environnement économique favorable – peut diminuer le niveau global de la productivité du travail dans une économie, et nuire à la compétitivité et à l'efficacité des employeurs des secteurs privé et public. Il va de soi qu'une population en mauvaise santé ou une prévalence élevée de maladies chroniques peut aussi avoir un certain nombre de conséquences sociales préjudiciables.

A l'heure où la croissance économique globale marque le pas et où le dynamisme du marché suisse du travail pourrait être en train de faiblir, la nécessité de maximaliser la productivité du travail et de faire en sorte que les actifs soient préparés pour profiter pleinement de la reprise économique s'est encore intensifiée. Le chômage en Suisse pouvant augmenter dans les années à venir, il importe de faire en sorte que les personnes malades ou souffrant d'affections au long cours ne soient pas trop défavorisées. Ce retournement de tendance a un certain nombre d'implications importantes.

Primo, le chômage et la perte d'emploi entraînent de sérieuses conséquences financières et sanitaires pour les individus concernés. Plusieurs études ont montré une détérioration importante du bien-être physique et psychique parmi ceux ayant perdu leur emploi, détérioration qui peut persister pendant plusieurs mois (Armstrong, 2006; Brinkley, Clayton, Coats, Hutton and Overell, 2008).

Secundo, il est essentiel que la perte d'emploi n'affecte pas la partie la plus vulnérable de la population active, en particulier les personnes souffrant d'un handicap ou d'une maladie chronique. Dans la mesure où l'on sait qu'une fois sortis du marché du travail, ces travailleurs n'ont guère de chance de retrouver un travail sérieux, il est indispensable de faire en sorte qu'ils soient plus assurés de conserver leur travail.

Tertio, lorsque la reprise économique surviendra – ce qui ne saurait manquer de se produire – l'économie Suisse ne pourra pas se permettre pour son redressement d'être entravée par un manque de travailleurs qualifiés, motivés et en bonne santé. C'est sur ce dernier point que le présent rapport est essentiellement axé.

Malgré des conditions économiques favorables, la santé et le bien-être des actifs suisses sont depuis quelques années préoccupants, et compte tenu à la fois du ralentissement économique et du vieillissement de la population active suisse, cette inquiétude ne va pas cesser. Un certain nombre d'autres indicateurs suggèrent que dans un avenir prévisible la santé de la population active demeurera une priorité importante pour les décideurs et les employeurs:

- Environ un million de personnes vivent en Suisse avec un problème de santé qui les handicape plus ou moins fortement.<sup>1</sup>
- La participation des personnes handicapées au marché du travail est plus importante en Suisse que dans les autres pays; cependant, elle reste moindre que celle du reste de la population (respectivement 64% versus 84%). Les personnes handicapées suisses craignent également davantage pour leur emploi que la population générale.<sup>2</sup>
- En 2007, 40,8% des chômeurs étaient des chômeurs de longue durée (Office fédéral de la statistique, 2009a).
- En 2006, les dépenses de sécurité sociale représentaient 28,4% du PIB contre 26,9% pour l'UE-27 (Eurostat).
- La durée moyenne d'incapacité de travail des Suisses est de neuf jours par an (Office fédéral de la statistique, 2009a).
- Entre 1994 et 2002, le nombre de rentiers AI (assurance-invalidité) a crû de 59,4%. Cette augmentation était de 17,5% en Belgique et de 21,2% en Suède (Office fédéral des assurances sociales, 2005).
- Quatre personnes sur dix demandant à bénéficier de prestations d'invalidité de l'AI invoquent des problèmes de santé mentale (Office fédéral des assurances sociales, 2005).

---

<sup>1</sup> <http://www.edi.admin.ch/aktuell/00705/00724/index.html?lang=en&msg-id=23450>

<sup>2</sup> Voir note 1

- En 2007, le déficit annuel de l'assurance-invalidité était de 1,6 milliard de francs suisses (CHF); l'endettement total s'élevait à CHF 9,3 milliards.<sup>3</sup>
- En 2007, les dépenses afférentes aux rentes d'invalidité s'élevaient à CHF 2 275 millions (soit une augmentation de 1,2% par rapport à 2006) pour un total de 134 620 bénéficiaires (Office fédéral de la statistique, 2009b).
- En moyenne, 24% de la population active masculine et 16% de la population active féminine souffrent de TMS d'origine en partie professionnelle (Läubli et Müller, 2009).
- Une personne souffrant de TMS sur cinq dépose une demande d'assurance-invalidité (Rieker, 2007).
- Le coût annuel des TMS liés au travail en Suisse a été estimé à une valeur comprise entre CHF 2 à 4 milliards.<sup>4</sup> Un récent rapport fait même état de chiffres plus élevés: CHF 3.3 milliards par an en termes de perte de productivité et CHF 0,97 milliard par an en termes d'absences professionnelles causées par les TMS (Läubli et Müller, 2009).
- La perte de productivité pour les situations de travail comportant un risque de TMS accru (calculé pour les 1,8 millions de Suisses qui occupent des postes de travail comportant un risque de TMS accru) a été estimée à CHF 5,5 milliards par an (Läubli et Müller, 2009).
- 26% de l'ensemble des absences professionnelles pour raisons de santé sont attribuées aux TMS. Les TMS constituent une cause majeure d'absence professionnelle pour raisons de santé (Läubli et Müller, 2009).
- En Suisse, les TMS sont à l'origine d'un tiers des consultations chez les MG.<sup>5</sup>

Ces chiffres sont significatifs, car les statistiques de l'assurance-invalidité montrent que les personnes souffrant de TMS représentent le deuxième groupe le plus important de bénéficiaires après ceux atteints de maladies mentales (Office fédéral des assurances sociales, 2008). Cependant, l'assurance sociale suisse ne reconnaît que quelques TMS, même s'ils n'appartiennent pas à la catégorie générale des maladies professionnelles (Conne-Perréard, Glardon, Parrat et Usel, 2001). C'est ainsi qu'en 2003-2004 par exemple, 31% des TMS signalés n'ont pas été reconnus (Rieker, 2007). La santé mentale constitue clairement un problème majeur et d'importance croissante dans la population suisse. Toutefois, le fait que les TMS représentent le plus important problème de santé des actifs en Suisse justifie de mener des recherches plus approfondies.

---

<sup>3</sup> [http://www.swissnews.ch/backissues/2007/06\\_07/sn0607\\_politics.pdf](http://www.swissnews.ch/backissues/2007/06_07/sn0607_politics.pdf)

<sup>4</sup> <http://www.i-s-t.ch/fr/recherche/projets-de-recherche.html>

<sup>5</sup> [http://www.nfp53.ch/files/download/PNR53\\_Newsletter\\_5\\_f.pdf](http://www.nfp53.ch/files/download/PNR53_Newsletter_5_f.pdf)

**2.2** Dans le contexte de l'Union Européenne, la Commission européenne et les partenaires sociaux se soucient de plus en plus depuis quelques années de la prévalence et de l'impact des TMS liés au travail. On estime que les douleurs musculo-squelettiques chroniques affectent 100 millions de personnes en Europe (Veale, Woolf and Carr, 2008). Les TMS touchent plus de 40 millions de travailleurs dans l'UE; ils rendent compte de près de la moitié de l'ensemble des troubles liés au travail dans les pays de l'UE (European Trade Union Institute, 2007), et l'on estime qu'ils coûtent à la société entre 0,5 et 2,0% du produit intérieur brut ou PIB (Cammarota, 2005). La quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (EECT, European Working Conditions Survey ou EWCS), publiée par la Fondation européenne (Parent-Thirion, Fernandez Macias, Hurley and Vermeylen, 2007), a montré que 24,7% des actifs dans l'UE souffrent de douleurs dorsales et 22,8% de douleurs musculaires. A vrai dire, la Commission européenne estime que les TMS sont à l'origine de 49,9% des absences professionnelles de trois jours ou plus, et de 60% des incapacités permanentes de travail. Si l'économie européenne basée sur les connaissances veut se redresser et se montrer compétitive face aux États-Unis et aux économies asiatiques en pleine expansion, alors la santé et la productivité de la population active de l'UE doit devenir une priorité politique. Le présent rapport analyse la situation en Suisse, dans le contexte plus large de l'UE, et cherche à dégager les domaines où la Suisse est bien placée ainsi que ceux où elle a des défis à relever.

**2.3** De façon plus spécifique, ce projet visait à aborder chacune des questions suivantes:

**Objectifs de l'étude**

1. Quel est l'impact des TMS sur l'emploi et sur les performances économiques en Suisse? Dans quelle mesure cela est-il susceptible de changer dans le contexte de l'évolution démographique, de l'évolution de la population active et du mode de vie?
2. Quelle est le lien entre le travail et les TMS? Quel impact les facteurs biologiques, sociologiques et sociaux, y compris les facteurs liés au poste de travail, ont-ils sur les TMS?
3. Dans quelle mesure les employeurs, les institutions gouvernementales, les médecins généralistes (MG) et les professionnels de la santé au travail comprennent-ils et gèrent-ils correctement les TMS en relation avec le poste de travail? Dans quelle mesure le secteur de la santé est-il bien équipé pour assurer intervention précoce, rééducation et autres mesures de soutien pour les personnes souffrant de ces pathologies?
4. Quelles mesures précoces décideurs et employeurs peuvent-ils adopter pour faire en sorte que les personnes souffrant de TMS a) conservent leur emploi, b) optimisent leur qualité de vie professionnelle et leur contribution à la société et c) continuent à avoir accès à (et à reprendre) une activité rémunérée?

Ces divers points ont été abordés en ayant recours aux approches suivantes:

1. Recherche documentaire: nous nous sommes servis des travaux de recherche déjà publiés dans le domaine de la médecine, de la santé au travail et de l'économie de la santé. Cela nous a permis de colliger des données sur la nature, l'ampleur, l'impact et les coûts des TMS pour l'économie helvétique, pour les employeurs et pour les individus concernés. Nous avons examiné un éventail de TMS afin, d'une part, d'évaluer dans quelle mesure leur impact varie et, d'autre part, de déterminer où les réglementations et les moyens employés se sont avérés efficaces ou faibles en termes de prévention et d'intervention.
2. Analyse secondaire de données: nous avons utilisé des données provenant d'études et d'enquêtes nationales et européennes pour examiner la prévalence et les coûts des TMS dans la population active en Suisse.
3. Interviews d'experts: afin d'identifier les principaux domaines réglementaires et pratiques ayant besoin d'être abordés par les décideurs, les professionnels de la santé et les employeurs, nous avons interrogé des experts de différentes disciplines (notamment la médecine du travail, l'évaluation des handicaps, les maladies rhumatismales et les douleurs dorsales).

A côté du cadre général de ces pathologies, nous avons choisi, pour focaliser la recherche, de nous concentrer sur les quatre catégories ou groupes de TMS suivants:

- Douleurs dorsales;
- Troubles du membre supérieur liés au travail (work-related upper limb disorders: WRULD);
- Polyarthrite rhumatoïde (PR);
- Spondylarthropathies (SpA).

Les douleurs dorsales et la majorité des WRULD appartiennent à la catégorie des pathologies non spécifiques et intermittentes pouvant fréquemment être provoquées ou aggravées par le travail. Elles se manifestent de façon très variable et peuvent être à l'origine de périodes de gêne et d'incapacité intenses qui sont en mesure d'affecter la capacité des travailleurs concernés à exercer leur activité. De longues périodes sans douleurs sont également possibles. Bien des personnes souffrant de ces pathologies, par exemple les douleurs dorsales, ne demandent pas à être traitées et la plupart se rétablissent spontanément; ces affections peuvent cependant être à l'origine d'absences professionnelles importantes et d'une perte de productivité. Les douleurs dorsales et les WRULD sont souvent intégrés aux directives sur

la santé au travail et la sécurité et à la littérature correspondante. Ce sont habituellement les médecins du travail qui sont amenés à les voir.

A l'inverse, la PR et les SpA constituent des maladies rhumatismales dégénératives spécifiques qui ne sont pas causées, mais peuvent être aggravées par le travail, et sont souvent prises en charge par les généralistes et les spécialistes, en dehors du cadre de la médecine du travail. En l'absence de traitement, ces pathologies, dont le diagnostic est clinique, évoluent d'une façon généralement prévisible. Elles peuvent avoir un impact important sur la capacité fonctionnelle au travail et, à long terme, la participation au marché du travail. La plupart des personnes souffrant de ces affections nécessitent une prise en charge médicale au long cours; chez les personnes actives, le traitement devrait inclure, outre les cliniciens, la participation fréquente et active des employeurs et des professionnels de la santé au travail.

Dans l'ensemble, ces TMS illustrent les conséquences de pathologies dont les travailleurs suisses peuvent faire état à tout moment. Améliorer notre compréhension des conséquences de ces affections, montrer comment le fait de ne pas s'absenter du travail peut être bénéfique, et développer ce qui peut être fait pour alléger leur impact peut s'avérer très profitable tant sur le plan social qu'économique.

---

**2.4** En l'absence de consensus sur la définition clinique de nombreux TMS, parcourir la littérature concernant leur prévalence, leur incidence, leur diagnostic, leur épidémiologie, leur traitement et leur coût pour la société suisse n'est pas chose aisée. L'absence de standardisation et de validation de la terminologie et de la classification des TMS est une des raisons des résultats contradictoires retrouvés dans la littérature en ce qui concerne le diagnostic, l'épidémiologie, le traitement et la réadaptation liés à ces maladies (WHO scientific group ou Groupe scientifique OMS, 2003). Certains cliniciens établissent une distinction entre «maladies musculo-squelettiques» et «troubles musculo-squelettiques». Les premières recouvrent toutes les maladies cliniques affectant le système musculo-squelettique, tandis que les seconds désignent, pour emprunter une définition de l'Institut syndical européen (European Trade Union Institute ou ETUI, 2007) «toute atteinte du système musculo-squelettique apparaissant au travail et responsable de gêne, de difficultés ou de douleurs durant la réalisation du travail».

En Suisse, la loi sur l'assurance-accidents (Loi fédérale sur l'assurance-accidents, LAA) rend obligatoire la publication de statistiques des accidents et des maladies professionnelles, afin de quantifier les coûts directs et d'élaborer des mesures de prévention (SUVA, 2004). Cependant,

---

comme on peut en juger ci-après, seuls quelques TMS figurent dans la liste des maladies professionnelles précisées à l'art. 14, annexe 1.2 de l'OLAA:<sup>6</sup>

- Ampoules et cassins, crevasses, excoriations, éraflures, durillons;
- Bursites chroniques par pression constante;
- Paralysies nerveuses périphériques par pression;
- Tendovaginites (Peritendinitis crepitans);
- Lésions importantes de l'ouïe;
- Gelures, à l'exception des engelures;
- Coup de soleil, insolation, coup de chaleur;
- Maladies dues aux vibrations;
- Maladies dues à des radiations non ionisantes.

Les cas de TMS reconnus par les assureurs (SUVA et autres) ne représentent que la partie visible de l'iceberg (Conne-Perréard *et al.*, 2001). Dans la mesure où, selon l'article 9.2 de la LAA, une maladie est réputée professionnelle si elle est due de manière prépondérante (c'est-à-dire au moins pendant 75% du temps de travail) à l'activité professionnelle exercée, le lien de causalité doit souvent être examiné au cas par cas. Si la pathologie est d'origine multifactorielle, comme c'est par exemple le cas des TMS, elle doit être évaluée sur la base de critères épidémiologiques. Dans de tels cas, le risque statistique de contracter la maladie doit être au moins quatre fois plus élevé que celui observé dans un groupe comparable n'ayant pas été exposé à des substances nocives ou au travail incriminé (SUVA, 2004). Comme l'ont suggéré d'autres commentateurs (EUROGIP, 2004), la définition officielle suisse des maladies professionnelles en général, et des TMS en particulier, est sans doute malheureusement trop étroite pour être à même de fournir une image complète de la prévalence et de l'impact des TMS.

---

**2.5** Ce rapport est structuré de la façon suivante:

**Structure du rapport**

- La 3e partie examine l'importance des TMS en Suisse et leur impact sur la productivité et la présence au travail, sur la participation au marché du travail et sur l'économie suisse en général.
- La 4e partie passe en revue l'éventail des interventions, y compris la réinsertion professionnelle, permettant d'améliorer le maintien au travail et la participation au marché du travail chez les personnes atteintes de TMS.

---

<sup>6</sup> [http://www.admin.ch/ch/f/rs/832\\_202/app1.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_202/app1.html)

- La 5e partie présente nos recommandations à l'intention des employeurs, des employés, des MG, des professionnels de la santé au travail et du gouvernement suisse.
- L'annexe 1 mentionne les noms des experts suisses qui ont très obligeamment accepté de nous aider dans ce projet.
- L'annexe 2 fournit une table d'évaluation des performances dans laquelle un certain nombre d'indicateurs couvrant le marché du travail, le système social et le système de santé sont présentés pour chaque pays impliqué dans le projet Fit for Work.
- L'annexe 3 présente le travail accompli par la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante (SSSA) pour aider les personnes souffrant de SA à se maintenir au travail.



## 3. Travail et TMS en Suisse

---

Cette partie présente l'état de nos connaissances sur l'impact des TMS sur les personnes en âge de travailler en Suisse. Elle se base pour ce faire sur des éléments (données, recherches et interviews) tirés, lorsqu'ils étaient disponibles, de sources suisses, et dresse un tableau des défis que doivent ou devront affronter les travailleurs suisses actuels et à venir, leurs familles, leurs employeurs et, finalement, les organismes étatiques. Elle porte sur quatre thèmes principaux:

1. L'insuffisance des données sur les TMS en Suisse et ses conséquences;
2. L'impact des TMS sur la capacité de travail;
3. L'impact que le travail peut avoir sur les TMS;
4. L'impact économique et social global des TMS en Suisse.

Nous nous sommes intéressés, pour commencer, à la qualité des données.

---

### 3.1 Une image limitée des données

Malgré de nombreuses tentatives en ce sens, l'importance des TMS dans la population active suisse reste difficile à quantifier avec précision. La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (EUROFOUND) a éprouvé à maintes reprises des difficultés pour dresser un portrait statistique fiable des TMS en Suisse. Les TMS ne figurent pas sur les statistiques officielles des absences telles que la SVOLTA (Statistique du volume du travail)<sup>7</sup>, laquelle ne montre qu'une catégorie maladie/lésion parmi les causes d'absence. L'Enquête suisse sur la santé 2002 rend compte de certaines statistiques sur les douleurs dorsales, tandis que l'Enquête suisse sur la santé 2007<sup>8,9</sup> fait état de quelques chiffres sur les douleurs articulaires intenses. Le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) a récemment publié un rapport basé sur des données recueillies en 2005 par la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail pour estimer le nombre de cas et les coûts des TMS associés au travail pour la société suisse (Läubli et Müller, 2009). Cependant, tous les experts que nous avons interviewés soulignent que la plupart, sinon toutes les données actuellement disponibles proviennent des compagnies d'assurance. Ces données ne sont malheureusement pas destinées à des fins scientifiques et manquent donc d'exactitude. Ce manque de données pourrait notamment s'expliquer par le très faible niveau de la couverture du territoire suisse par les spécialistes de la santé au travail, en particulier les médecins et les ergonomistes.<sup>10</sup>

Bien que des recherches en ce domaine aient récemment débuté, et que CHF 12 millions aient été investis dans un projet (PNR 53) du Fonds national suisse de la recherche scientifique

---

<sup>7</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.112665.pdf>

<sup>8</sup> [http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2\\_5\\_2/2002/d/252.pdf](http://www.obsandaten.ch/indikatoren/2_5_2/2002/d/252.pdf)

<sup>9</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/news/publikationen.Document.112191.pdf>

<sup>10</sup> Interview d'un expert

d'une durée de cinq ans intitulé «Santé musculo-squelettique - douleurs chroniques» (dont le but est de dresser un état des lieux, ainsi que d'évaluer les stratégies de prévention des TMS et les mesures de réinsertion), le manque actuel de données est troublant pour un certain nombre de raisons:

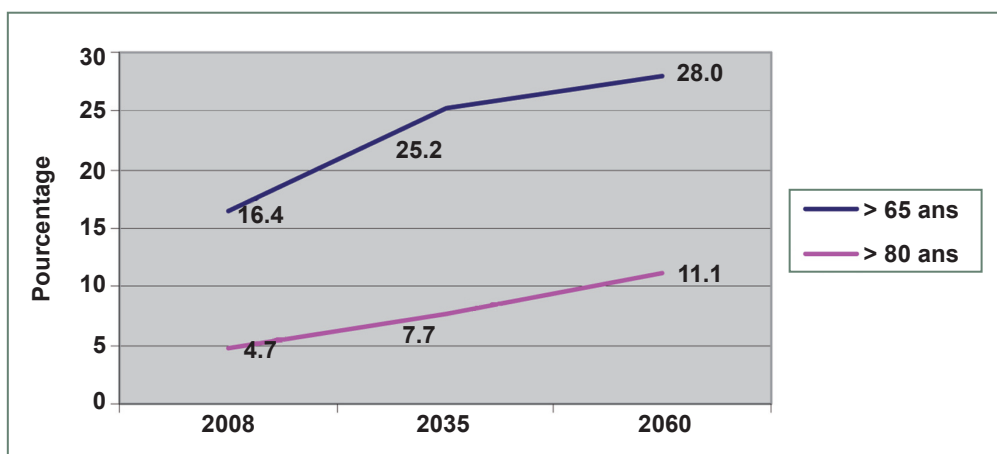
- Il est impossible d'être précis quand on traite des conséquences économiques des TMS, de leur impact sur la productivité ou de leurs coûts sociaux pour le pays, ses actifs et leurs familles.
- Si, comme il est probable, la prévalence des TMS augmente avec l'âge moyen de la population active suisse, l'absence actuelle de données de base fiables fait qu'il est très difficile de prévoir l'impact futur des TMS.
- La médiocrité des données disponibles n'aide pas à présenter les choses de façon persuasive aux employeurs ou aux décideurs suisses afin qu'ils adoptent les mesures nécessaires.
- Il est d'autant plus difficile de quantifier (ou de justifier) le bénéfice des interventions – au niveau clinique, sur le marché du travail ou au poste de travail - qu'on ne dispose pas de données fiables ou globales sur l'étendue ou l'impact des TMS dans la population active suisse.

Malgré tout, La Work Foundation est confiante qu'il existe suffisamment de données en Suisse pour faire ardemment campagne afin que les TMS deviennent une priorité politique dans les années à venir.

Ce que nous savons avec certitude, c'est que par rapport aux pays membres de l'UE, seule une proportion relativement faible de la population active suisse signale à l'heure actuelle souffrir régulièrement de douleurs dorsales ou musculaires (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2007). Cependant, dans la mesure où la proportion d'individus en surpoids continue de croître – comme le montre l'Enquête suisse sur la santé 2007 – et où la population helvétique vieillit (cf. figure 1), l'impact économique et social des TMS augmentera sensiblement (Mermod, Fischer, Staub and Busato, 2008).

La Suisse doit être prête à anticiper et à gérer l'augmentation quasi certaine dans les années à venir de ce que certains commentateurs ont appelé une «pandémie mal comprise» (ETUI, 2007).

**Figure 1: Projections démographiques pour la population suisse âgée de plus de 65 ans et de plus de 80 ans**



Source: Eurostat, 2008

### 3.2 Impact des TMS sur la capacité de travail

L'impact des TMS sur les individus et leur capacité de travail varie considérablement d'une personne à l'autre. Les tentatives de mesure de l'incapacité relative de travail diffèrent selon les méthodes de recueil des données, la sélection des personnes interrogées et les définitions de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail désigne habituellement la cessation du travail, une réduction du nombre d'heures de travail ou une demande de prestations d'invalidité. Ces évaluations incluent rarement les estimations de la perte de productivité pendant le travail.

En Suisse, lorsqu'un travailleur souffre d'un problème de santé responsable d'une diminution substantielle prolongée de sa capacité à exercer une activité rémunérée, il peut demander des prestations d'invalidité (Cassis, Dupriez, Burnand and Vader, 1996). En 2008, 51 271 travailleurs suisses se sont vus allouer une rente d'invalidité en raison de pathologies osseuses et musculo-squelettiques (Office fédéral des assurances sociales, 2008). Selon Rieker (2007), une personne sur cinq arrêtées pour TMS fait une annonce à l'assurance-invalidité. Dans leur enquête sur les douleurs chroniques en Europe, Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen et Gallacher (2006) ont trouvé que parmi les 274 Suisses interrogés 16% avaient perdu leur travail en raison des douleurs chroniques, 15% avaient changé de poste de travail, 12% avaient changé d'affectation, et 18% souffraient d'une dépression dûment diagnostiquée.

Les TMS peuvent entraîner des douleurs gênant le travail et de la fatigue, mais nombre de personnes ne se sentent pas capables de le révéler. Des études montrent que jusqu'à 30% des travailleurs souffrant de pathologies telles que la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont peu enclins à révéler leur affection à leurs collègues et à leurs supérieurs par peur d'être victimes

de discrimination (Gignac, Cao, Lacaille, Anis and Badley 2008), et que 22% des employés n'informent pas leur employeur de leur affection (Gignac *et al.*, 2004).

Ainsi que nous l'avons souligné au chapitre 2, les TMS peuvent être spécifiques ou non spécifiques. Les effets des TMS spécifiques sont discutés ci-après, tout particulièrement pour la PR et les spondylarthropathies (SpA). D'autres TMS, surtout non spécifiques, sont décrits en relation avec deux grandes catégories, les douleurs dorsales et les troubles du membre supérieur liés au travail. Les conséquences des douleurs dues aux TMS peuvent ainsi affecter les aspects suivants de la productivité:

- Vigueur et ressources;
- Capacités cognitives ou concentration;
- Rationalité/humeur;
- Fatigue;
- Mobilité;
- Agilité.

Un TMS peut aussi avoir des conséquences sur la sécurité au travail. Si la concentration ou les mouvements sont affectés par la maladie ou les douleurs associées, certains aspects du travail peuvent alors devenir dangereux. Il importe également de signaler qu'à la suite du diagnostic, certains traitements peuvent entraîner d'importants effets secondaires affectant la capacité des individus à travailler. En cas de risques particuliers (machines lourdes, conduite), les aspects liés à la sécurité au travail sont aussi à prendre en considération.

### **3.2.1 Troubles du membre supérieur liés au travail**

Selon la quatrième EECT (Parent-Thirion *et al.*, 2007), environ 13% des actifs suisses signalent qu'ils ont ressenti des douleurs musculaires au niveau de la nuque, des épaules et des membres supérieurs. Dans une étude portant sur 145 entreprises et un échantillon total de 6100 employés, Rieker (2007) a retrouvé 883 cas de TMS, dont 70 consistaient en douleurs nucales et scapulaires. Par ailleurs, un des experts que nous avons interrogé a souligné que selon une enquête menée à l'hôpital Beau-Séjour de Genève et portant sur 1 200 personnes âgées principalement de 30 à 60 ans, la prévalence des douleurs nucales et/ou lombaires au cours de la vie était de 78%, soit une augmentation de 11% par rapport à l'année précédente.

Les WRULD sont des TMS touchant la partie supérieure du corps, et causés ou aggravés par le travail ou l'environnement professionnel. Cependant, la définition et les critères diagnostiques des WRULD – encore connus sous les appellations de «sprains or strains» (foules ou

froissements), de «repetitive strain injuries or disorders» (lésions ou troubles liés aux efforts répétitifs), ou encore de «cumulative trauma disorders» (traumatismes cumulatifs) - sont très controversés. Cette catégorie peut comprendre à la fois des troubles et symptômes spécifiques et non spécifiques. Van Eerd *et al.* (2003) ont identifié 27 systèmes différents de classification pour les TMS liés au travail, dont pas deux ne concordent. Le fait qu'un trouble donné soit souvent décrit de différentes façons ne fait qu'amplifier le problème. Pour faire bonne mesure, Van Eerd *et al.* (2003) ont constaté que les divers systèmes de classification ne s'accordent pas sur les troubles à inclure. Cette problématique de définition ne facilite pas le calcul du nombre de personnes souffrant de WRULD ni le développement d'une compréhension commune des facteurs de risque associés.

S'il n'existe pas de classification qui fasse l'unanimité, un consensus prévaut en revanche pour dire que les symptômes des WRULD peuvent se manifester au niveau des tendons, des muscles, des articulations, des vaisseaux sanguins et/ou des nerfs, et peuvent comprendre des douleurs, une gêne, un engourdissement et des picotements dans la région concernée. Les WRULD peuvent être des affections spécifiques ou non spécifiques (Aptel, Aublet-Cuvelier and Cnockaert, 2002); les tentatives de classification tendent à se faire soit selon la région du corps affectée, soit selon le facteur causal. Les exemples de WRULD classés par région du corps incluent les pathologies suivantes:

- Coude: épicondylite (tennis-elbow ou golf-elbow);
- Main, poignet et avant-bras: syndrome du canal carpien, repetitive strain injuries (RSI), ténosynovite de de Quervain;
- Epaule: tendinite de l'épaule;
- Nuque: douleurs cervicales.

La classification par causes professionnelles renvoie à des facteurs tels que les vibrations de la main et du bras, qui peuvent provoquer par exemple un syndrome de Raynaud. L'étendue de la catégorie des WRULD signifie que presque tous les symptômes et les retentissements sur le travail liés aux TMS sont associés aux WRULD. Les symptômes spécifiques et les retentissements des TMS sont par conséquent discutés plus en détail ci-après, notamment en ce qui concerne les douleurs dorsales, la PR et les SpA.

### 3.2.2 Douleurs dorsales

Bien que les douleurs dorsales soient un motif courant de plainte en Suisse, il n'existe cependant pas de recueil systématique de données sérieuses sur la prévalence. L'Enquête suisse sur la santé 2002 montre que près d'un tiers des Suisses souffrent de douleurs dorsales

modérées, tandis que 10% environ ressentent des douleurs intenses au niveau du dos ou en diverses régions du corps. Läubli et Müller (2009) estiment que les douleurs liées au travail concernent 670 000 actifs; selon une étude commandée par la SUVA (SUVA, 2004), le risque de souffrir de lombalgies est 1,2 fois moindre chez les employés de bureau que chez les autres personnes actives. L'étude de Monnin *et al.* (2008) réalisée parmi le personnel des hôpitaux retrouve une prévalence totale des lombalgies de 74%, mais celle-ci atteint 82,2% chez les infirmières et 81,5% chez le personnel administratif. Qui plus est, elle montre que les femmes et le personnel âgé de moins de 40 ans sont plus susceptibles de présenter des lombalgies chroniques.

La quatrième EECT (Parent-Thirion *et al.*, 2007) montre qu'environ 18% de la population active suisse font état de douleurs dorsales liées au travail, et les lombalgies constituent le premier motif d'absence en Suisse.<sup>11</sup> Dans la vaste majorité des cas, l'incertitude est la règle plutôt que l'exception quand il s'agit de définir les causes sous-jacentes des lombalgies «communes» ou «non spécifiques» (Cedraschi, Nordin, Nachemson, Vischer, 1998).

Les douleurs dorsales sont communes, intermittentes, souvent récurrentes et régressent en général spontanément. Par définition, les douleurs sont dites récurrentes si elles surviennent plusieurs fois par an et durent moins de six mois, aiguës si un épisode dure moins de six semaines, subaiguës si elles durent entre 7 et 12 semaines, et chroniques si elles se prolongent au-delà de 12 semaines. Les douleurs dorsales constituent un problème récurrent pour nombre de personnes, mais cela ne signifie pas nécessairement que les symptômes vont s'aggraver. Dans la plupart des cas, les douleurs disparaissent spontanément en l'espace de quatre à six semaines. Selon une étude européenne réalisée chez des patients consultant leur médecin de famille pour des douleurs dorsales, 65% étaient asymptomatiques au bout de 12 semaines (van der Hoogen *et al.*, 1998 in Bekkering *et al.*, 2003). C'est parmi la minorité d'individus dont l'évolution est chronique ou récurrente que l'on enregistre les absences les plus importantes. La plupart des personnes souffrant de douleurs dorsales continuent à travailler ou bien reprennent rapidement le travail. Environ 85% des personnes souffrant de douleurs dorsales s'absentent moins de sept jours, ce qui ne représente toutefois que la moitié du nombre des journées de travail perdues. Le reste est constitué par les 15% qui sont absents pendant plus d'un mois (Bekkering *et al.*, 2003).

Il importe de reconnaître que le fait d'éprouver des symptômes, la demande de soins, la perte de productivité et l'invalidité, ainsi que les facteurs qui y contribuent constituent des éléments distincts (Burton, 2005). Cela signifie que bien que des individus puissent souffrir de douleurs

---

<sup>11</sup> Interview d'un expert

musculo-squelettiques (par exemple au niveau du dos), il est impossible de prédire leur stratégie pour faire face à la maladie ou à la lésion (demander un avis médical par exemple), la façon dont cela affectera leur productivité, s'ils demanderont un arrêt maladie et si, finalement, ils feront partie de cette infime minorité que leur maladie rendra définitivement inapte au travail. La question importante est donc de savoir pourquoi, lorsque tant de personnes souffrent de douleurs dorsales, seules quelques-unes sont si sévèrement affectées et pas les autres ? Un consensus croissant est en train de se dégager selon lequel les facteurs psychologiques constituent le facteur qui fait la différence; en effet, ces facteurs sont fortement associés à l'évolution des douleurs dorsales d'une affection aiguë à un état chronique touchant 2 à 7% des individus (Burton, 2005) – et finalement à l'invalidité (Burton, 2005; Bekkering *et al.*, 2003).

### 3.2.3 Polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un exemple de TMS chronique et inflammatoire. Il s'agit d'une forme d'arthrite inflammatoire dont la prévalence oscille entre 0,3% et 1% dans la plupart des pays industrialisés (WHO Scientific group, 2003). Les données sur la prévalence de la PR proviennent essentiellement d'études menées aux États-Unis et en Europe. Selon une récente estimation basée sur un taux de prévalence de 0,66%, il y aurait 49 000 personnes atteintes de PR en Suisse (Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008). Cependant, la Ligue suisse contre le rhumatisme fait état d'une prévalence de 1% dans la population, soit près de 70 000 Suisses.<sup>12</sup> La maladie touche les personnes de tous les âges, mais on observe un pic d'incidence dans la population active d'âge moyen, entre 25 et 55 ans. Les études épidémiologiques ont montré que la PR réduit l'espérance de vie d'environ 6 à 10 ans.

La cause exacte de la PR demeure inconnue. Un faisceau d'indices suggère qu'il s'agit d'une réaction immunitaire qui se présente comme une inflammation touchant les articulations ainsi que d'autres tissus. Les facteurs de risque comprennent notamment le sexe, les antécédents familiaux de PR et un antigène leucocytaire spécifique (HLA) (WHO Scientific group, 2003). L'évolution clinique de la PR est extrêmement variable au niveau individuel; les principaux symptômes consistent en des douleurs, une raideur articulaire et de la fatigue, en particulier le matin ou après des périodes d'inactivité, une perte de poids ainsi qu'une fièvre ou des symptômes pseudo-grippaux. Cette entité morbide qui affecte les articulations synoviales entraîne des douleurs et finalement des déformations et un handicap. La maladie peut progresser très rapidement, causant une inflammation et provoquant des destructions au niveau des cartilages et des os péri-articulaires. Toutes les articulations peuvent être touchées, mais ce sont souvent les mains, les pieds et les poignets qui sont affectés en premier lieu. Le cœur, les yeux, les poumons, le sang et la peau peuvent également être touchés par la PR.

---

<sup>12</sup> <http://www.rheumaliga.ch/ch/Arthritis?language=fr>

L'évolution de la PR est variable; en pratique, cela peut aller d'une forme légère voire spontanément résolutive de la maladie à une forme sévère et destructive à court terme (Young *et al.*, 2000). La PR évolue habituellement sur le mode chronique (persistant); les personnes atteintes ont souvent des poussées de douleurs intenses fréquemment associées à de la fatigue, bien que la cause de ces poussées soit inconnue. Concrètement, les poussées signifient qu'une personne peut exercer ses fonctions un jour, et en être incapable le lendemain. Ceci peut être difficile à comprendre pour les collègues et pour les supérieurs et compliquer la planification du travail. La gestion de ces poussées dans le cadre du travail demande une étroite communication et une bonne compréhension entre employés et employeurs.

Les conséquences de cette maladie peuvent donc rendre difficile l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, et contraignent souvent bien des personnes à renoncer à travailler. Chez la plupart des individus, la capacité de travail est affectée en l'espace de cinq ans (WHO Scientific group, 2003). Une revue portant sur la perte de productivité au travail due à la PR a estimé que les absences professionnelles avaient concerné au cours de l'année précédente 36 à 85% des individus souffrant de PR, avec en moyenne (médiane) 39 jours d'arrêt de travail (Burton, Morrison, Maclean and Ruderman, 2006). Selon Young *et al.* (2002) 22% des personnes atteintes de PR cessent de travailler à cause de leur maladie cinq ans après qu'elle a été diagnostiquée. Toutefois, dans certains cas, l'affection elle-même n'est pas la principale ou la seule raison qui oblige à quitter le travail. De fait, Young *et al.* (2002) ont trouvé un autre groupe de sondés ayant cessé de travailler en raison d'une combinaison de PR et d'autres facteurs personnels. Ces auteurs estiment que 40% des personnes atteintes de PR quittent leur travail du fait de leur maladie.

### 3.2.4 Spondylarthropathies

Les spondylarthropathies (SpA) représentent un ensemble d'affections inflammatoires chroniques apparentées qui regroupe notamment:

- La spondylarthrite ankylosante (SA);
- L'arthrite réactionnelle (AR)/ Syndrome de Reiter (SR);
- Le rhumatisme psoriasique (RP);
- Le rhumatisme associé à une maladie inflammatoire de l'intestin (MII);
- Les spondylarthropathies indifférenciées (SpAI).

De récentes recherches sur la fréquence des SpA dans la population européenne font apparaître que leur prévalence a été longtemps sous-estimée et pourrait être similaire à celle de la PR (Akkoc, 2008).



**La spondylarthrite ankylosante (SA)** est une affection rhumatismale spécifique dégénérative et chronique qui touche avant tout la colonne vertébrale, mais peut aussi concerner d'autres articulations, tendons et ligaments. Sa prévalence dans la population générale est le plus souvent estimée à 0,1-0,2%, avec un sex-ratio variant de 2 à 3 hommes pour 1 femme (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge and Kvien, 2004). La maladie est souvent diagnostiquée pour la première fois à l'adolescence ou au début de la troisième décennie de vie (l'âge moyen de début est de 26 ans). Les recherches suggèrent que l'étiologie de la SA est marquée par une forte composante génétique. Même si chacun peut souffrir de SA, la maladie affecte les hommes, les femmes et les enfants de façon légèrement différente (Dagfinrud *et al.*, 2004). Chez l'homme, ce sont le bassin et la colonne vertébrale qui sont le plus souvent touchés, de même que la cage thoracique, les hanches, les épaules et les pieds. Chez la femme, la maladie se caractérise généralement par un âge de début plus avancé, une évolution plus modérée, de plus longues périodes asymptomatiques mais aussi davantage d'atteintes extra-vertébrales. Il n'est pas rare que le diagnostic précis soit posé avec retard car les premiers symptômes sont souvent pris à tort pour des lésions sportives; selon Sieper, Braun, Rudwaleit, Boonen et Zink (2002), le délai moyen entre le début de la maladie et son diagnostic serait de sept ans. Les symptômes typiques de SA comprennent des douleurs (en particulier tôt le matin), une perte de poids (surtout aux premiers stades de la maladie), de la fatigue, de la fièvre, des sueurs nocturnes ainsi qu'une amélioration après un exercice physique. Là encore, comme avec la PR, les aspects temporels de la maladie nécessitent une bonne prise en charge pour faire en sorte que les individus puissent exercer leur activité professionnelle, mais ne rendent pas le travail impossible.

Une moitié environ des patients est sévèrement affectée par la maladie, tandis que l'autre n'éprouve guère de symptômes. Bien que la SA soit généralement considérée comme une affection n'entraînant qu'un retentissement relativement léger sur la capacité fonctionnelle (Chorus, Boonen, Miedema und van der Linden, 2002), les taux de chômage observés sont triples parmi les individus souffrant de SA que dans la population générale (Boonen *et al.*, 2001). En Suisse, les données provenant du Swiss Clinical Quality Management indiquent que sur les 380 personnes inscrites au registre, 78% sont employées dont environ la moitié à plein temps. Parmi les 23% travaillant à temps partiel, 56% ont réduit leur temps de travail en raison de leur maladie tandis que 6% suivent une formation ou sont à la recherche d'un emploi. Par ailleurs, à cause de la SA, 14% ont dû se recycler, 24% changer de travail et 14% ont rencontré des problèmes pour trouver un nouvel emploi.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Vertical n.40/Mai 2009. <http://www.bechterew.ch/de/shop/zeitschrift.html>

De récentes recherches ont montré que le travail avait un effet positif sur la qualité de vie liée à la santé physique des personnes souffrant de PR (Chorus, Miedema, Boonen and van der Linden, 2003) et de SA (Gordeev *et al.*, 2009). Chorus *et al.* concluent que le travail «*pourrait constituer un facteur important par l'effet positif qu'il exerce sur la perception que les patients ont de leurs capacités physiques*». Ce résultat concorde avec celui de Waddell et Burton (2006a) pour qui, globalement, un travail de bonne qualité est bénéfique à la fois pour la santé et le rétablissement des travailleurs. Les conséquences positives ou négatives que le lieu de travail peut avoir sur le développement des TMS sont envisagées plus bas.

**Le rhumatisme psoriasique (RP)** est une forme d'inflammation articulaire qui touche entre 0,2 et 1% de la population générale (Wallenius *et al.*, 2008) et entre 10 et 20% des sujets souffrant de psoriasis. Nous n'avons pas trouvé de données suisses propres sur le RP. Lorsqu'elles sont enflammées, les articulations deviennent sensibles, enflées et douloureuses à la mobilisation. Les articulations sont typiquement raides après une phase de repos, tôt le matin ou lors du repos qu'on s'accorde en soirée. Les tissus tels que les ligaments et les tendons entourant les articulations peuvent également être touchés. L'inflammation de tendons ou de muscles (comme le tennis-elbow ou des douleurs autour du talon) est aussi un signe caractéristique chez les personnes atteintes d'arthropathie psoriasique. Dans environ 80% des cas, le rhumatisme se développe après l'apparition d'un psoriasis. La maladie semble toucher également les hommes et les femmes, et des études comparatives ont montré que, pour les patients, la gêne due au RP est comparable à celle liée à la PR ou à la SA (Wallenius *et al.*, 2008).

Le RP se distingue des autres formes d'arthrites par quelques caractéristiques: la maladie a une tendance prononcée à toucher les dernières articulations des doigts; un autre signe fortement évocateur est l'atteinte des articulations rachidiennes et des articulations sacro-iliaques, dénommée spondylite (similaire à la spondylarthrite ankylosante). Des douleurs cervicales et une raideur peuvent s'observer; tout un orteil ou un doigt peut devenir enflé ou enflammé (dactylite). Les articulations peuvent également avoir tendance à devenir raides et parfois à fusionner. De façon importante, le RP se différencie de la PR par l'absence du facteur rhumatoïde dans le sang. Le RP se manifeste habituellement à l'adolescence; chez la femme, l'incidence peut augmenter à la suite de la grossesse ou de la ménopause. La qualité de vie des personnes souffrant de RP est d'autant plus affectée que la maladie atteint à la fois la peau et les articulations. Les problèmes émotionnels font que les patients peuvent en réalité éprouver davantage de douleurs et de limitations fonctionnelles que dans la PR (Husted, Gladman, Farewell and Cook, 2001). Certaines études ont également fait état d'une mortalité accrue chez les patients souffrant de RP par rapport à la population générale (Wallenius *et al.*, 2008).

**3.3 Impact du lieu de travail sur les TMS** Les facteurs de risque des TMS sont très variés. S’il existe un large consensus parmi les experts pour affirmer que le travail constitue un facteur de risque de TMS, les activités non professionnelles telles que le sport et les travaux domestiques peuvent contribuer à des foulures au niveau de l’appareil locomoteur. Quelques études par exemple ont noté que la plus forte prévalence de douleurs musculo-squelettiques constatée chez les femmes exerçant une activité professionnelle pourrait être liée au fait que les femmes assument la majorité des travaux domestiques (Punnett and Wegman, 2004). Les facteurs de risque intrinsèques ont également un rôle à jouer dans la survenue et l’aggravation des TMS. Certains facteurs de risque peuvent être modifiés, d’autres (comme la prédisposition génétique) pas.

Le tableau 1 résume les facteurs de risque intrinsèques pour les TMS non spécifiques.

**Tableau 1: Résumé des facteurs de risque intrinsèques des TMS non spécifiques**

Facteurs intrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obésité, taille</li> <li>• Anomalies rachidiennes</li> <li>• Prédisposition génétique</li> <li>• Grossesse</li> <li>• Stress psychosocial: perception de soi</li> <li>• Croyances concernant la santé: locus de contrôle, perception de ses propres capacités, perception du handicap et attentes</li> <li>• Stress familial</li> <li>• Stress psychologique: somatisation, anxiété et dépression</li> <li>• Vieillesse</li> </ul>

*Source: Adapté du WHO Scientific group (2003)*

Il est nécessaire de distinguer les «troubles liés au travail» des «troubles professionnels» quand on aborde les preuves et les facteurs de risque pour l’impact du travail sur les TMS (Punnett and Wegman, 2004). Certains TMS sont reconnus comme maladies professionnelles par quelques gouvernements européens; il s’agit par exemple des ténosynovites du poignet, de l’épicondylite du coude, du syndrome de Raynaud secondaire aux vibrations ou maladie des

vibrations, et du syndrome du canal carpien (Eurostat, 2004). Le fait même que le travail puisse causer ou favoriser ces affections est largement reconnu, et l'évaluation du risque lié au lieu de travail constitue une pratique bien établie destinée à réduire leur incidence.

Il est clair que le travail n'est pas la cause de maladies rhumatismales telle que la PR et la SA. Cependant, on sait que les contraintes liées au travail physique, le manque de soutien, la dévalorisation de soi et le manque de flexibilité des horaires de travail peuvent chacun contribuer à rendre plus difficile le maintien au travail ou la reprise du travail (der Tempel and van der Linden, 2001; Gignac *et al.*, 2004).

Les données associant les autres TMS non professionnels au travail ne sont pas concluantes, et il n'est pas facile d'établir un rapport de cause à effet entre certains aspects spécifiques du travail et des zones particulières du corps. Toutefois, bien des facteurs de risques reconnus pouvant contribuer au développement de TMS non spécifiques peuvent se rencontrer dans un environnement professionnel. Même si le travail n'est pas la cause d'une maladie, il peut avoir un effet sur elle. Si l'on considère en outre les facteurs de risque au delà de leurs répercussions somatiques, il est très probable que l'influence du lieu de travail sur les TMS est alors beaucoup plus grande.

Les facteurs de risque les plus souvent cités pour les TMS rencontrés sur le lieu de travail comprennent les éléments suivants:

- Rythme de travail rapide et gestes répétitifs;
- Levage de charges lourdes et efforts manuels intenses;
- Postures corporelles non neutres (dynamiques ou statiques), mouvements fréquents de flexion et de rotation;
- Concentrations de pressions mécaniques;
- Exposition à des vibrations sur certaines parties du corps ou sur tout le corps;
- Exposition au froid de certaines parties du corps ou de tout le corps;
- Temps de récupération insuffisant (Punnett and Wegman, 2004).

Les TMS affectent les employés dans toutes sortes d'industries et de professions; toutefois, certaines comportent un beaucoup plus grand risque que d'autres et certaines professions sont associées à une sollicitation de certaines parties spécifiques de l'appareil locomoteur.

Beaucoup de travaux comportent des activités pouvant représenter un facteur de risque de TMS. Selon l'EECT, 17% des travailleurs européens font état d'une exposition à des vibrations

d'outils manuels ou de machines pendant au moins la moitié de leurs heures de travail, 33% sont exposés à des positions douloureuses ou fatigantes pendant la même durée, 23% au port ou au déplacement de charges lourdes, 46% à des mouvements répétitifs des bras ou des mains et 31% à un travail à l'ordinateur (Parent-Thirion *et al.*, 2007).

Une grande part de l'attention que les employeurs prêtent au problème des TMS et de l'impact du lieu de travail sur leur survenue ou leur aggravation est mue par le souci d'éviter ou de limiter les litiges, et de faire en sorte d'assurer leur devoir de soins envers leurs employés (par exemple en effectuant des évaluations des postes de travail ou en donnant des instructions de maniement). Cependant, cette attitude néglige une question plus vaste, à savoir que d'autres facteurs associés au travail peuvent également contribuer aux TMS. Ces aspects sont souvent omis dans la littérature et dans les conseils en matière de santé et de sécurité. Même lorsqu'il est question de «stress», le lien entre facteurs psychosociaux et affections somatiques manque, ce qui ne fait que renforcer l'accent premier mis sur la sécurité.

De façon générale, le risque d'atteinte à la santé est augmenté en cas de combinaison de n'importe lesquels des facteurs de risque physique précités, ou en présence de facteurs psychosociaux défavorables, qu'ils soient d'ordre personnel ou professionnel (Devereux, Rydstedt, Kelly, Weston and Buckle, 2004; Läubli et Müller, 2009). Les facteurs psychologiques et organisationnels peuvent aussi se combiner aux facteurs physiques pour influencer sur la probabilité d'un individu de quitter son travail prématurément. Les études menées sur les lombalgies montrent que la croyance d'un employé selon laquelle le travail lui-même est responsable des douleurs précède la maladie et constitue un facteur de risque d'incapacité de travail chronique (Werner, Lærum, Wormgoor, Lindh and Indhal, 2007). En analysant 15 études, Sokka et Pincus (2001) ont montré qu'un travail physiquement astreignant, un manque d'autonomie, des douleurs intenses, un emploi subalterne et un faible niveau de formation étaient prédictifs d'une cessation précoce du travail chez les personnes souffrant d'une PR. Les résultats du travail de Sokka et Pincus (2001) font ressortir que les éléments physiques du travail ne sont pas les seuls à pouvoir influencer sur la capacité fonctionnelle de travail d'un individu et sa probabilité de demeurer sur le marché du travail. Les facteurs psychosociaux et organisationnels du travail doivent également être pris en considération.

Les facteurs psychosociaux et organisationnels associés aux TMS comprennent:

- Un rythme de travail rapide ou une intensification de la charge de travail;
- Un travail perçu comme monotone;
- Une faible satisfaction au travail;

- Une faible latitude de décision/un faible contrôle du travail;
- Un soutien social médiocre;
- Stress professionnel.

Le stress au travail est un terme au sens large; il peut être dû à diverses causes telles que de fortes contraintes au travail ou une inadéquation entre les aptitudes de la personne et les exigences du poste. Qui plus est, le stress peut résulter d'un abus de pouvoir ou de violence au travail, aussi bien que d'une discrimination.

Encore une fois, il importe de reconnaître le lien entre les facteurs psychologiques et les facteurs physiques. Alors que le stress au travail, y compris la violence et la discrimination, peut être responsable d'une perte de productivité due au stress ou à des problèmes courants de santé mentale, il peut également entraîner des TMS dus à la tension ou à une foulure. Katz (2002) signale également une corrélation entre un faible soutien social, un faible ancrage social ou une faible participation à la vie sociale et une probabilité accrue d'éprouver des douleurs intenses. «Un bon travail» et l'accès à des emplois de grande qualité sont par conséquent cruciaux (Coats and Max, 2005, Coats and Lehki, 2008).

---

**3.4**  
**Impact**  
**économique**  
**et social**  
**global des**  
**TMS**

L'effet que les TMS peuvent avoir sur la capacité de travail des individus et la durée des absences professionnelles qu'ils peuvent occasionner signifient qu'ils entraînent des coûts associés importants pour les individus, leur famille, l'employeur et l'économie en général. Le calcul des coûts précis n'est pas simple (Lundkvist *et al.*, 2008). Plusieurs facteurs doivent être pris en considération et il est presque impossible d'obtenir des chiffres exacts, fiables et cohérents. Différentes sources fournissent différentes estimations des coûts des TMS pour la société suisse. Rieker (2007) a calculé que les TMS coûtent plus de CHF 7000 par personne; les coûts annoncés en 2006 par l'assurance-accidents pour les TMS reconnus était de plus de CHF 1,6 milliards (Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA, 2008). Par ailleurs, la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) signale que chaque année, les arrêts pour cause de maladie due aux douleurs dorsales et cervicales pèsent à hauteur de 2,5 à 3 milliards de francs sur l'économie suisse.<sup>14</sup> Un récent rapport du SECO (Läubli et Müller, 2009) estime le coût des TMS associés au travail à plus de 4 milliards de francs. Cette estimation ne prend toutefois pas en compte les soins médicaux, l'assurance médicale et les coûts de traitement associés aux TMS, car ces données ne sont pas disponibles en Suisse. Finalement, selon un des experts que nous avons interrogé, les maladies rhumatismales grèveraient le gouvernement suisse de quelques 6,5 milliards de francs pour les seules pensions d'invalidité.

---

<sup>14</sup> Information aux médias JSST 07. Available at <http://www.ekas.admin.ch/index-fr.php?frameset=53&page=551>

Le calcul du coût des TMS (ou de toute autre affection) nécessite d'évaluer les facteurs suivants:

- **Coûts directs**, y compris dépenses médicales telles que coût de la prévention, de la détection, du traitement, de la réadaptation, des soins au long cours, ainsi que dépenses médicales et privées habituelles. Ils sont souvent subdivisés en coûts médicaux intervenant dans le secteur des soins médicaux et en coûts non médicaux ayant lieu dans d'autres secteurs (Lundkvist *et al.*, 2008).
- **Coûts indirects**, y compris la perte de rendement attribuable à la diminution de la capacité de travail telle que la perte de productivité, la perte de revenus, la perte d'opportunité pour les membres de la famille, la perte de revenus des membres de la famille et la perte de recettes fiscales.
- **Coûts intangibles**, comprenant notamment le poids psychosocial, qui se traduit par une diminution de la qualité de vie sous forme de stress professionnel, économique et familial, et de souffrance (WHO Scientific group, 2003).

Ces coûts varient considérablement en fonction de l'affection en cause et de la gravité des symptômes, mais aussi selon que ceux-ci sont responsables d'une absence brève ou prolongée ou d'une invalidité. Ils varient de surcroît en fonction des méthodes utilisées pour le calcul des coûts. Parmi les facteurs affectant les calculs, on retiendra en particulier:

- Gravité des affections dont souffre le patient;
- Mélange des caractéristiques démographiques des patients dans une étude;
- Méthode de calcul utilisée pour la productivité;
- Définitions de l'incapacité de travail;
- Changements des systèmes de financement des soins médicaux;
- Coûts du traitement ou résultats dus aux traitements (l'année de calcul des coûts joue aussi un rôle, d'autant plus que les procédés de traitement peuvent changer);
- Estimation des coûts basée sur l'incidence ou la prévalence.

Dans la mesure où il est presque impossible de convertir correctement les coûts intangibles en valeur pécuniaire, ceux-ci sont rarement inclus dans le calcul des coûts (Sieper *et al.*, 2002). Cependant, l'évaluation des coûts intangibles fournit de précieuses informations sur le prix payé par les personnes atteintes de TMS en termes de qualité de vie (QdV), et les mesures de la QdV devraient être utilisées comme indicateurs additionnels pour apprécier l'efficacité des interventions (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli and Canesi, 2002).

Deux mesures sont largement utilisées à l'heure actuelle:

- 1. Années de vie ajustées sur l'incapacité (Disability adjusted life years ou DALY).** Il s'agit d'une mesure de la charge globale d'une maladie qui essaye de calculer la gêne totale qu'une affection donnée inflige. Les éléments-clés incluent l'âge de survenue de la maladie ou de l'incapacité, la durée de ses effets, et son impact sur la qualité de vie. Un DALY représente par conséquent la perte d'une année équivalente de bonne santé. A titre d'exemple, la PR est responsable de 0,96% de tous les DALY perdus en Suisse (Lundkvist *et al.*, 2008).
- 2. Années de vie ajustées sur la qualité (Quality adjusted life years ou QALY).** Le QALY mesure également la charge globale de la maladie, en prenant notamment en compte à la fois la qualité de vie et la quantité des années vécues. Il est utilisé pour évaluer la valeur pécuniaire des interventions médicales et est basé sur le nombre d'années de vie qui serait gagné par une intervention. Un QALY donne une mesure du nombre de mois ou d'années supplémentaires de vie d'une qualité raisonnable qu'une personne pourrait gagner grâce au traitement; il contribue à évaluer le rapport coût-efficacité de ce traitement.

Quoique ces deux outils de mesure fassent encore l'objet de discussions, leur utilité pour comparer différentes affections médicales et faire des comparaisons au niveau international est désormais reconnue.

### 3.4.1 Coûts directs

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les estimations du coût des maladies nécessitent de tenir compte de divers facteurs, et il existe de grandes variations d'une étude à l'autre. Pour les lombalgies, les coûts directs les plus importants sont liés à la physiothérapie, aux soins hospitaliers, aux médicaments et aux soins de premier recours (Dagenais, Caro and Haldeman, 2008). Nachemson, Waddell et Norlund (2000) ont calculé qu'environ 80% des coûts médicaux étaient générés par 10% des personnes souffrant de douleurs dorsales chroniques et étant en incapacité de travail. En ce qui concerne la PR, bien que les coûts directs des soins médicaux aient été relativement modestes dans le passé (Lundkvist *et al.*, 2008), un certain nombre d'études indiquent qu'ils augmentent en raison inverse de la capacité fonctionnelle – ce qui fait de la capacité fonctionnelle un facteur majeur de coûts (Huscher, Merkesdal, Thiele, Schneider and Zink, 2006; Kobelt, 2007; Leardini *et al.*, 2002).

Comparés aux coûts indirects, les coûts directs représentent habituellement une petite partie des coûts totaux (Dagenais *et al.*, 2008; Kavanaugh, 2005; Kobelt, 2007; Lundkvist *et al.*, 2008).



Cependant, dans le cas de la PR, les différences des traitements employés dans chaque pays expliquent les grandes variations dans le calcul des coûts directs d'un pays à l'autre observées dans la littérature (Lundkvist *et al.*, 2008).

Le tableau 2 à la page suivante présente quelques-uns des coûts directs spécifiques associés aux troubles musculo-squelettiques en général, et à la PR et aux lombalgies en particulier, tels qu'on les trouve dans la littérature (Woolf, 2004 comme cité in *The Bone and Joint Decade*, 2005; Kavanaugh, 2005; Dagenais *et al.*, 2008).

Les calculs des coûts de traitement tendent à évaluer les coûts cliniques et l'utilité des traitements. Lorsque des personnes souffrant de TMS continuent néanmoins à travailler ou reprennent le travail précocement, l'impact global de leur décision s'étend – du fait de travailler – aux effets biopsychosociaux et économiques pour l'individu; il se traduit aussi par une réduction des coûts pour les pouvoirs publics suisses. Une approche plus large, liant les aspects psychosociaux et économiques, de l'analyse des coûts des traitements des maladies en général, et des TMS en particulier, pourrait fournir une évaluation différente et sans doute plus réaliste des coûts et de l'utilité des traitements.

### 3.4.2 Coûts indirects

Deux types principaux de coûts indirects sont le plus souvent mesurés en relation avec les problèmes de santé des employés. Il s'agit des absences professionnelles et de ce que l'on nomme «présentéisme», autrement dit le fait pour un employé d'être physiquement présent au travail sans avoir la productivité attendue, suite à des problèmes de santé ou d'incapacité de travail. Le présentéisme est extrêmement difficile à mesurer et il n'existe pas de données suisses sur ses coûts; on dispose seulement de mesures au cas par cas dans le cadre d'études particulières. Dans ces conditions, la plupart des calculs de coûts indirects se basent donc sur des données d'absences professionnelles. Il est cependant bon de garder à l'esprit quelques-unes des limites des données sur les absences professionnelles. Le recueil des absences pour maladie est rarement correct. Différents organismes ont différentes manières d'enregistrer les absences: dans certains cas, les employés remplissent eux-mêmes les registres, dans d'autres cas, ce sont les supérieurs hiérarchiques qui sont chargés de noter les absences pour eux. Les enquêtes menées auprès des employeurs exigent que les professionnels des RH remplissent le questionnaire sur leur entreprise en se basant sur leurs propres registres. Dans les enquêtes par auto-questionnaire, on demande à chaque employé de remplir le questionnaire concernant une période de référence déterminée, par exemple les deux ou quatre dernières semaines écoulées. Chaque méthode a ses limites; c'est ainsi que dans les enquêtes par auto-questionnaire, les employés peuvent déclarer une maladie lors de journées où ils ne devaient

**Tableau 2: Coûts directs associés aux TMS, à la PR et aux lombalgies**

	<b>TMS</b>	<b>PR</b>	<b>Lombalgies</b>
<b>Coûts des soins médicaux</b>	<p>Consultations médicales</p> <p>Chirurgie ambulatoire</p> <p>Urgences hospitalières</p> <p>Usage du service de réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, assistant social)</p> <p>Médicaments</p> <p>Mesures diagnostiques/ thérapeutiques et tests</p> <p>Appareillage et dispositifs</p> <p>Hôpitaux de court séjour (avec et sans chirurgie)</p> <p>Prestations d'hôpitaux autres que de court séjour</p>	<p>Consultations médicales</p> <p>Consultations d'autres professionnels de la santé</p> <p>Chirurgie ambulatoire</p> <p>Urgences hospitalières</p> <p>Médicaments (y compris frais administratifs)</p> <p>Imagerie médicale Analyses biologiques Toxicité (diagnostic, traitement)</p> <p>Accessoires médicaux</p> <p>Hospitalisations (liées à la PR ou à son traitement): chirurgie orthopédique, soins prolongés /prestations de réadaptation</p>	<p>Consultations médicales</p> <p>Visites chez le chiropracteur</p> <p>Chirurgie ambulatoire</p> <p>Urgences hospitalières</p> <p>Physiothérapie et usage du service de réadaptation</p> <p>Médecine alternative et complémentaire</p> <p>Médicaments</p> <p>Imagerie médicale</p>
<b>Coûts de personnel</b>	<p>Transport</p> <p>Temps du patient</p> <p>Temps de l'aide à domicile</p>		
<b>Autres coûts liés à la maladie</b>	<p>Services de soins médicaux à domicile</p> <p>Adaptations de l'environnement</p> <p>Equipement médical</p> <p>Spécialistes non médicaux, thérapie alternative</p>		<p>Prestations de santé mentale</p>

Source: Woolf, 2004 comme cité dans *The Bone and Joint Decade 2005*; Kavanaugh, 2005; Dagenais et al., 2008

de toute façon pas travailler. Dans les enquêtes conduites auprès des employeurs, les réponses sont limitées par la qualité des registres d'absences tenus par les employeurs (par exemple, les employés ne notent pas toujours les absences avec précision ou bien les catégories des causes à consigner ne sont pas appropriées). Les enquêtes menées auprès des employeurs peuvent également souffrir de biais de réponse, car seules les organismes disposant de bonnes méthodes de mesure des absences sont susceptibles de répondre rapidement à la demande d'enquête. Dans tous les cas, les registres et les rapports peuvent être biaisés. Les supérieurs hiérarchiques, par exemple, ont tendance à sous-déclarer leurs absences.

Les coûts indirects sont liés non seulement aux absences pour maladie et au présentéisme, mais aussi aux départs précoces en retraite chez les personnes souffrant de TMS (Dagenais *et al.*, 2008; Alavinia and Burdorf, 2008). Selon les pays, l'année de l'étude et l'échantillon étudié, on constate dans la littérature de grandes variations concernant le taux de retraite anticipée. Cependant, dans la plupart des pays, celui-ci varie entre 30 et 50% (Lundkvist *et al.*, 2008).

En Suisse, Breivik *et al.* (2006) ont trouvé que les douleurs chroniques étaient responsables de la perte de 7,4 journées de travail, tandis que Rieker (2007) signale que dans les 145 entreprises suisses étudiées, les TMS associés au travail sont à l'origine de 57 804 journées de travail perdues. Ceci correspond à environ 44% de l'ensemble des journées d'absence (129 664 en tout); la durée moyenne d'absence était de 65,5 jours. Une des expertes que nous avons interviewée a cité des données provenant d'une de ses études, menée dans une entreprise de vente au détail. Parmi les absences de plus de trois semaines, 26% étaient dues à des TMS.

Les données sur les absences provenant de la Statistique du volume du travail (SVOLTA) 2007<sup>15</sup> montrent que les travailleurs du secteur de la construction ont le plus fort taux d'absences de tous les secteurs, et que les femmes ont en moyenne des taux d'absences supérieurs aux hommes (voir Tableau 3).

En outre, bien que l'ensemble des données de la SVOLTA ne nous permette pas de distinguer les maladies des accidents ni les différentes catégories de maladies et d'accidents, on sait qu'en 2007, le total annuel des absences pour cause de maladie/accident en Suisse était de 240 millions d'heures.

---

<sup>15</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/06.html>

**Tableau 3: Taux d'absences (en %) des salariés occupés à plein temps selon les sections économiques en 2007**

	Hommes	Femmes	Total
Agriculture, sylviculture	5.7	(1.9)	5.1
Industries, production d'énergie	3.7	4.3	3.8
Construction	5.7	(4.5)	5.7
Commerce et réparations	3.5	4.3	3.8
Hôtellerie et restauration	3.2	4.2	3.6
Transport et communication	3.9	4.3	3.9
Activités financières, assurances	2.5	4.0	3.0
Immobilier, informatique, R&D	2.8	3.0	2.8
Administration publique	3.4	4.1	3.6
Santé et activités sociales	3.0	4.1	3.7
Services collectifs et personnels	3.4	5.0	3.9
Services domestiques	(1.5)	(2.7)	2.2
<b>Total</b>	<b>3.6</b>	<b>4.0</b>	<b>3.7</b>

source: Statistique du volume du travail (SVOLTA)

Cependant, ces chiffres sous-estiment encore le vrai coût d'affections telles que les TMS. La plupart des personnes souffrant de TMS ne deviennent pas inaptes au travail. En réalité, bien que la prévalence de fond des TMS soit relativement élevée, la majorité des individus (même ceux dont l'affection a été diagnostiquée) continuent à travailler (Waddell and Burton, 2006a). Il existe pourtant toujours des coûts potentiellement importants associés à une perte de productivité, où les gens demeurent au travail mais souffrants ou angoissés en attendant des mesures spécifiques ou des adaptations du poste de travail. Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, les coûts indirects d'une mauvaise santé vont au-delà de la perte de productivité d'un individu et affectent souvent la participation au travail des membres de la famille (Pugner, Scott, Holmes and Hieke, 2000). Les coûts additionnels associés au recrutement d'une aide ménagère (Kavanaugh, 2005) et aux prestations de soins informels constituent une autre extension des coûts indirects liés au travail. Bien que les soins informels soient difficiles à identifier, à quantifier et à évaluer (ce qui est considéré comme «soins informels» par certains peut être considéré comme «normal» par d'autres), Lundkvist *et al.* (2008) ont estimé que le coût annuel des soins informels pour la PR en Europe équivalait à 2 562 euros par patient. Ce chiffre varie sensiblement en fonction des services fournis par

le système de santé ou le système social et des caractéristiques du marché du travail dans chaque pays. En Suisse, Lundquist *et al.* (2008) ont estimé que le coût des soins informels chez les patients atteints de PR, soit 5121 euros (CHF 7681) par patient et par an, était bien plus important que la moyenne européenne.

### 3.4.3 Coûts totaux

Le calcul des coûts pour les TMS spécifiques s'avère aussi difficile que pour les TMS en général. La majorité des études ayant calculé la charge économique de la PR ont fourni des estimations de coûts spécifiques à la population et au système de santé américain (Cooper, 2000). Les coûts de la SA pour la société sont moins bien connus (Chorus *et al.*, 2002). Les estimations des coûts ont fait l'objet de davantage de recherches aux États-Unis, au Canada et dans d'autres pays européens – en particulier les Pays-Bas, la France et la Belgique – qu'en Suisse. Cependant, les résultats concernant les taux d'incapacité de travail observés dans les différents pays ne sont généralement pas directement comparables en raison des différences concernant la législation du travail, notamment la durée et les conditions de versement des indemnités journalières pour cause de maladie prévues par la loi (Sieper *et al.*, 2002).

En se basant sur une prévalence de 0,66%, Lundkvist *et al.* (2008) ont estimé que le coût total du traitement des patients souffrant de PR en Suisse était de CHF 35 973 par patient et par an – soit le coût le plus élevé après l'Islande – ce qui correspond en tout à CHF 1771 millions. Ce calcul incluait les coûts médicaux, les coûts des médicaments, les coûts non médicaux, les coûts des soins informels et autres coûts indirects, mais ne faisait pas la différence entre les coûts engendrés chez les actifs et chez les personnes ayant dépassé l'âge de la retraite.

Les limites du recueil des données indiquées précédemment soulignent quelques-unes des difficultés rencontrées dans les tentatives entreprises pour déterminer l'impact des TMS pour les employeurs et la société.

---

### 3.5 Résumé

Nous avons envisagé, dans ce chapitre, l'impact des TMS sur la capacité de travail des individus, à la fois sur le plan physique (répercussions de la maladie elle-même) et sur celui des effets associés, comme le manque de concentration induit par les douleurs. Nous nous sommes également intéressés à l'impact que le lieu de travail peut avoir sur les TMS, tant lors de leur survenue que pendant l'évolution de cette affection. S'il existe beaucoup de facteurs de risque intrinsèques de TMS, il est clair que le lieu de travail peut exposer les employés à d'autres facteurs de risque, aussi bien de nature physique que psychosociale. Quelques-uns des facteurs de risque bien documentés liés au lieu de travail, tels que les vibrations et l'ergonomie du poste de travail, sont déjà reconnus par de nombreux employeurs et évalués

afin de minimiser leur effet. Cependant, l'impact d'autres facteurs de risque liés au lieu de travail (comme la qualité du travail) ne sont pas aussi largement compris.

Nous avons aussi souligné qu'il importe de distinguer les facteurs de risque de survenue des TMS de ceux de maladie chronique et d'incapacité. Alors que les conditions physiques de travail peuvent occasionner ou aggraver des symptômes musculo-squelettiques, l'impact ou le résultat sur les individus (absence professionnelle et incapacité de travail) est intimement lié aux facteurs psychosociaux (Waddell and Burton, 2006b).

Finalement, nous avons étudié l'impact économique et social des TMS et avons discuté de leurs coûts directs, indirects et totaux. Les calculs des coûts totaux tels qu'on les trouve dans la littérature ne prennent malheureusement pas en compte les énormes coûts intangibles supportés par les personnes souffrant de TMS. Cela résulte de la difficulté de convertir les coûts intangibles en valeur pécuniaire. Cependant, les données sur la PR en particulier montrent la façon dont les coûts directs et indirects augmentent au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. En conséquence, il apparaît nécessaire de développer des stratégies et des interventions destinées à arrêter cette progression, et faire en sorte que les personnes souffrant de TMS puissent profiter pleinement d'une vie professionnelle productive. Le chapitre suivant envisage, pour chaque affection, les interventions les plus courantes et les plus appropriées sur le lieu de travail et au dehors de celui-ci.

## 4. Interventions

---

L'impact des TMS peut, on l'a vu, être important pour les personnes qui en souffrent, mais aussi pour les employeurs et la société dans son ensemble. Leur impact sur la population active commence depuis peu à être davantage reconnu. S'il est largement admis qu'une intervention précoce est un élément essentiel dans la prise en charge des TMS à leur début et des absences qui en découlent, il reste encore un certain chemin à parcourir avant que les individus atteints de TMS bénéficient du meilleur soutien possible pour se maintenir au travail ou le reprendre. Le manque de capacité de certains employeurs à gérer la maladie, le manque de connaissances des employés concernant les affections et leur prise en charge, ainsi que l'ambiguïté des messages sur l'efficacité des différentes stratégies d'intervention sur le lieu de travail ou des programmes de réinsertion professionnelle constituent autant de barrières pour qu'un travail bon et propice à la santé devienne une réalité pour ceux souffrant de TMS.

Ce chapitre se penche sur les types d'interventions les plus à même d'aider les actifs souffrant de TMS à demeurer au travail, à y retourner, à rester productifs, à tirer du travail un bénéfice pour la santé, et à continuer à apporter leur contribution à la société. L'annexe 2 fournit par ailleurs un grand nombre d'indicateurs pouvant aider à identifier à la fois les facteurs permettant une intervention précoce en Suisse et ceux y faisant obstacle, et à comparer la Suisse aux pays dont le marché du travail, le système social et le système de santé sont similaires ou différents.

---

**4.1** Faire en sorte que les actifs souffrant de TMS aient accès aussi vite que possible au traitement et au soutien appropriés doit constituer une priorité absolue pour les employeurs et pour les professionnels de la santé. Les études épidémiologiques menées auprès des employés dont l'absence est due à des lombalgies ont montré que plus l'arrêt maladie est long, plus il est difficile de reprendre le travail et plus le coût économique est élevé (Frank *et al.* 1998; Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj and Frings-Dresen, 2006). Il a également été prouvé que les arrêts pour cause de maladie ont un impact psychologique négatif sur les employés (Meijer, Sluiter and Frings-Dresen, 2005). Dans ces conditions, une intervention précoce est donc déterminante pour le rétablissement des individus et leur capacité à se prendre en main, et peut contribuer à limiter le nombre de journées de travail perdues et la diminution de la productivité due aux TMS (quoique les données sur la rentabilité des programmes spécifiques de reprise du travail ne soient pas concluantes). Bien que nous n'ayons pas pu trouver d'exemple d'intervention précoce chez les personnes souffrant de TMS en Suisse, des programmes spécifiques pour la PR au stade précoce sont proposés dans les hôpitaux universitaires de Zurich et de Berne. Les stades précoces de la PR sont traités dans tous les services de rhumatologie de Suisse, même en l'absence de programmes spécifiques. Nous rapportons ci-après quelques informations sur le service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de Berne (Hôpital de l'Île), telles qu'elles nous ont été communiquées par un des experts ayant contribué à ce projet. La Suisse aurait

beaucoup à gagner si des initiatives ou des programmes d'interventions précoces tels que celui présenté infra étaient encouragés et étendus à tous les TMS.

Comme c'est le cas dans d'autres hôpitaux universitaires, le service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de Berne propose un programme coordonné de soins pour l'arthrite précoce; pour ce faire, il dispose d'un centre médical structuré pour l'arthrite précoce consacré exclusivement aux procédures diagnostiques et thérapeutiques chez les patients présentant des symptômes récents d'arthrite débutante. Il comprend 35 rhumatologues installés en privé pour une population d'un million d'habitants environ; la base de données créée par ce réseau collaboratif a intégré des informations concernant quelque 200 patients au cours des trois premières années de fonctionnement. Les patients font l'objet d'une évaluation clinique dans n'importe quelle unité de ce réseau. De même que dans les autres hôpitaux suisses, les patients bénéficient également d'examens par imagerie médicale, centrés ici sur l'échographie articulaire. Cette procédure se déroule en accord avec les recommandations OMERACT. Des biopsies synoviales (sous guidage échographique) du genou ou de l'articulation de la cheville sont réalisées dans certains cas.

La PR avérée est traitée selon les mêmes directives que dans n'importe quel pays industrialisé, mais l'accès aux traitements coûteux, par ex. les biothérapies, semble moins limité que dans les pays où le système de santé est plus réglementé. Depuis que le Swiss Clinical Quality Management (SCQM) a été réorganisé afin de rendre le programme plus accessible et davantage orienté vers les maladies inflammatoires à un stade précoce et avéré, un nouveau système de documentation pour les échographies a été mis en place. Le récent lancement du système SCQM basé sur internet facilite grandement la documentation initiale des cas d'arthrite précoce en collaboration avec différents sites, ce qui permet d'effectuer une évaluation à long terme en commençant à un stade très précoce .

Une intervention précoce sert aussi au mieux les intérêts des employeurs s'ils veulent minimiser les coûts de la santé pour leurs employés et leur entreprise (grâce à une réduction des absences pour cause de maladie). La Société néerlandaise de médecine du travail (2003) recommande que les employeurs et les employés évaluent ou réévaluent les diagnostics après trois semaines de plaintes et d'absence dues à des TMS des membres supérieurs. En se basant sur une revue des données existantes, Breen *et al.* (2005) recommandent qu'employés et employeurs discutent du travail et procèdent à des ajustements des conditions de travail dès la première semaine. Si les employés s'inquiètent pour leur affection, ils doivent consulter un professionnel de la santé et, après avoir été adressé au spécialiste compétent ou une fois le diagnostic posé, les conseils reçus et les mesures envisagées, doivent être réexaminés dans les quatre semaines suivantes.



---

Les programmes de maintien au travail et de reprise du travail dépendent de la promptitude avec laquelle les soins médicaux appropriés sont prodigués aux patients. Cependant, dans la plupart des pays européens, les individus et les employeurs se plaignent souvent de la longueur des délais nécessaires pour être vu par un médecin. En Suisse, les délais d'attente ne constituent généralement pas un problème; ceci est dû au fait que les patients peuvent choisir librement leurs médecins et s'adresser eux-mêmes directement aux spécialistes (Leu, Rutten, Brouwer, Matter and Rüttschi, 2009), et aussi qu'un fort pourcentage du PIB est investi dans le système de santé suisse (11,3% en 2007 selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique, 2009a). Un des experts interrogés par nos soins a néanmoins fait remarquer que le système d'assurance fonctionne de telle sorte que les personnes possédant une assurance de base ne peuvent pas consulter directement un spécialiste, mais doivent lui être d'abord adressées par un MG. Par ailleurs, les données émanant du registre du Swiss Clinical Quality Management (SCQM Foundation 2007) montrent que le délai entre le début de la maladie et le diagnostic est encore trop long (la médiane était de huit mois dans un échantillon de 498 patients inclus dans le registre en 2006; elle était passée à 9,5 mois dans un échantillon de 388 patients inclus en 2007).

Qui plus est, dans la mesure où les MG sont les premiers points de contact pour la plupart des personnes atteintes de TMS et qu'ils signent les arrêts de travail, ils ont un rôle essentiel à jouer pour faire en sorte que les patients soient en mesure de gérer leur maladie et pour empêcher ou faciliter la reprise du travail. En dépit du fait qu'un tiers des consultations de MG soient motivées par des TMS et que la Suisse compte un grand nombre de praticiens (390 pour 100 000 habitants en 2007 selon l'Office fédérale de la statistique, 2009a), seuls 8% des étudiants en médecine déclarent vouloir se spécialiser en médecine générale. Il existe une pénurie de MG non seulement dans les zones rurales, mais aussi dans les villes, et la Société suisse de médecine générale estime que si cette tendance se poursuit, on manquera de 600 MG dans dix ans et de 1200 dans 15 ans.<sup>16</sup>

Une étude menée par Bollag, Rajeswaran, Ruffieux et Burnand (2007) sur la délivrance d'arrêts de travail pour cause de maladie en médecine de premier recours a montré que les médecins participant au Réseau de surveillance sentinelle suisse en 2005 ont délivré en moyenne quatre arrêts de travail pour 100 consultations. Des facteurs psychosociaux ou liés au travail étaient mentionnés dans un cinquième des certificats et étaient plus souvent associés à des absences professionnelles plus longues. Parmi les aspects négatifs des arrêts de travail pour cause de maladie, les 163 médecins de premier recours ayant participé à l'enquête de Bollag *et al.* signalent notamment ceci: «le système est tel qu'il peut faire l'objet d'un emploi abusif par tous

---

<sup>16</sup> Cf. note 6

les intéressés»; «la délivrance d'un arrêt de travail de longue durée est souvent problématique»; «il existe un risque de consultation inutile à seule fin d'obtenir un arrêt de travail»; «le médecin peut être mis sous pression par l'employeur»; et «le médecin ne possède pas suffisamment d'informations sur l'activité professionnelle du patient et hésite à contacter l'employeur». Parmi les modifications que les médecins de premier recours suggèrent d'apporter au système suisse, on retiendra en particulier celles-ci: «la durée pendant laquelle les employés n'ont pas besoin d'une attestation médicale pour justifier d'une absence devrait être portée de trois à sept jours»; «l'attitude des employeurs et des employés vis-à-vis de l'absentéisme doit s'améliorer»; «davantage d'attention doit être portée au développement d'un environnement de travail sain»; et «les médecins de premier recours doivent pouvoir accéder sans difficulté à une agence/un professionnel autorisé(e) pour déléguer les cas complexes».

En Suisse comme ailleurs, les MG assument des rôles contradictoires. Ils sont en effet à la fois l'avocat du patient et le garant d'une déclaration honnête à l'employeur ou à la compagnie d'assurance (Bollag *et al.*, 2007).

---

### **4.2** **Régime de** **sécurité** **sociale** **pour les** **personnes** **en incapacité** **de travail**

Il est clair que, dans la plupart des pays membres de l'UE, les mesures régies par le système de sécurité sociale peuvent changer grandement les choses pour les citoyens en activité qui souffrent de maladies au long cours, d'affections chroniques ou entraînant une incapacité de travail.

La sécurité sociale en Suisse est basée sur trois niveaux différents: outre les moyens propres de subsistance des individus (rémunération, fortune, etc.), le premier niveau comprend la couverture des besoins vitaux. Il est accessible à tous et englobe les systèmes éducatif et juridique ainsi que la sécurité publique. Le deuxième niveau comporte toutes les assurances sociales et est destiné à couvrir des risques tels que la vieillesse, la maladie, l'invalidité, le chômage et la maternité. Le troisième niveau inclut enfin toutes les allocations de sécurité sociale – l'aide sociale de l'État fournissant l'ultime mesure de sécurité et garantissant le droit à un niveau de vie minimum. Cette aide n'intervient que lorsqu'aucune autre prestation de sécurité sociale ne s'applique (principe de subsidiarité).

Avant de recourir à l'aide sociale et afin d'éviter une dépendance à celle-ci, le troisième niveau offre encore une série d'autres prestations. Elles peuvent être divisées en prestations garantissant les besoins vitaux (par ex. bourses ou aide juridictionnelle gratuite), et en prestations complémentaires venant augmenter des allocations de sécurité sociale insuffisantes ou arrivées en fin de droits ou bien une absence d'assurance privée. En 2006, les dépenses totales de sécurité sociale se sont élevées à 138,5 milliards de francs; 127 milliards ont été

---

attribués à des prestations sociales proprement dites, dont quatre cinquièmes environ à des assurances sociales (le deuxième niveau du système de sécurité sociale) (Office fédéral de la statistique, 2009a).

La forte croissance du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité au cours des dix dernières années - selon l'Office fédéral de la statistique (2005), le taux de croissance du nombre de bénéficiaires de ces prestations entre 1994 et 2002 a été de 59,4%, comparé à 17,5% en Belgique et à 21,2% en Suède – a forcé le gouvernement suisse à entreprendre une réforme du système. Une récente publication de l'OCDE sur la maladie et les dispositions législatives sur le handicap (OCDE, 2006) souligne notamment l'importance pour le gouvernement suisse de mettre plus tôt les individus en relation avec l'assurance-invalidité grâce à une détection précoce des problèmes de santé graves; cette publication insiste également sur la nécessité d'introduire une assurance maladie obligatoire pour tous les actifs, et ce, afin d'équilibrer le niveau de couverture des caisses maladie privées qui contribuent pour l'instant au maintien des inégalités dans la population.

A la suite de la publication des chiffres sur l'état de la caisse d'assurance-invalidité suisse en mars 2007 (déficit total de 1,6 milliards de francs avec un endettement atteignant l'effroyable montant de 9,3 milliards de francs), et conscient que les rentes d'invalidité proviennent des mêmes fonds que ceux servant à financer les rentes de l'assurance vieillesse et survivants (AVS), le gouvernement a averti la population d'une «catastrophe» si des changements drastiques n'étaient pas mis en œuvre immédiatement. En conséquence, un train de réformes en trois parties destiné à réduire les dépenses annuelles de CHF 498 millions en moyenne est entré en vigueur le 1er janvier 2008 (5e révision). Il était prévu d'économiser la moitié de cette somme en diminuant le nombre des nouveaux bénéficiaires de prestations, et l'autre moitié en réduisant le montant des rentes (Ledsom, 2007). La deuxième partie de la révision a été adoptée le 27 septembre 2009 et consiste en une hausse modérée (0,4%) de la taxe à la valeur ajoutée pour une période limitée de 7 ans; cette décision entrera en vigueur en 2011 et durera jusqu'en 2017. La troisième partie est la 6e révision qui a été mise en consultation.

A la suite de cette réforme, le gouvernement s'est attelé à quelques priorités: intervention et détection précoces; mesures de réintégration, en particulier pour les personnes atteintes de troubles psychiques; placement et orientation professionnelle, inclusion des employeurs; accélération des procédures; évaluation plus stricte des conditions d'octroi des prestations; et enfin mesures économiques ciblées.<sup>17</sup> Une des mesures introduites stipule que si un employé est absent du travail pendant plus de quatre semaines, il/elle doit suivre un programme de

---

<sup>17</sup> <http://www.oecd.org/dataoecd/30/57/39464024.pdf>

réinsertion. Cependant, selon un de nos experts, les programmes de gestion des absences ont prouvé qu'ils n'étaient pas efficaces pour deux raisons principales: 1. la détection précoce est problématique; 2. Au bout de 4 semaines, certaines personnes ne veulent pas prendre part à la réinsertion, car ils développent une sorte d'«aversion» vis-à-vis de la société, voire une dépression.

---

### 4.3 Interventions spécifiques

Il est habituellement indispensable que les personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques spécifiques soient rapidement prises en charge (examens et traitement) par un spécialiste compétent. Les personnes atteintes de TMS peuvent rencontrer nombre de problèmes liés aux soins à long terme, notamment endurer de longues attentes, négliger de suivre une approche multidisciplinaire, ne pas bénéficier de conseils avisés pour la gestion des douleurs et manquer de directives clairement structurées pour la prise en charge de leur affection. Malgré cela, un certain nombre de mesures spécifiques à chaque pathologie ont fait la preuve de leur efficacité pour l'amélioration du maintien au travail et de la réinsertion.

#### 4.3.1 Polyarthrite rhumatoïde

L'importance d'un traitement précoce et efficace de la PR pour diminuer les dommages articulaires et le handicap est maintenant largement établie (Pugner *et al.*, 2000). Dans la mesure où cette maladie n'est actuellement pas guérissable, le traitement vise à contrôler ses signes et ses symptômes, à permettre aux patients de gérer leur affection et à améliorer la qualité de vie. Les traitements médicamenteux de la PR cherchent à juguler l'un ou l'autre facteur des processus de destruction articulaire; l'efficacité de ces traitements s'est améliorée ces dernières années. Puisqu'il est démontré que les capacités fonctionnelles des patients souffrant de PR déclinent avec le temps, il est crucial qu'ils soient traités dès que possible par des médicaments capables de modifier le cours de la maladie (DMARDs ou disease modifying antirheumatic drugs), et ce, afin de contrôler les symptômes et de ralentir la progression de la maladie (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2000). Selon une étude, le risque de lésions érosives chez les patients qui laissent passer plus d'un an entre l'apparition des symptômes et leur première consultation chez un rhumatologue est de 73% (Irvine, 1999 *in* Luqmani *et al.*, 2006).

En outre, des données cliniques de plus en plus nombreuses montrent que le traitement par un anti-TNF $\alpha$  (inhibiteurs du tumor necrosis factor ou facteur de nécrose tumorale) peut être plus efficace sur la PR que celui par des DMARD, en particulier grâce à l'amélioration du maintien en fonction et de la participation au travail (Halpern, Cifaldi and Kvien, 2008).

---

Il ne faut toutefois pas oublier que les mesures médicales, qu'il s'agisse des traitements médicamenteux pour lutter contre l'inflammation et contrôler la progression de la maladie, ou de la chirurgie pour corriger les dommages structuraux, ne constituent qu'une partie de la prise en charge des patients souffrant de PR. Parmi les autres éléments importants, on retiendra notamment la nécessité de l'éducation des patients et du renforcement de leur pouvoir (*empowerment*), de leur autonomie pratique pour les aider à gérer leurs symptômes, et aussi du soutien des spécialistes pour faciliter leur vie avec la maladie et ses répercussions. Une prise en charge efficace de la PR suppose la participation non seulement d'une équipe clinique (comprenant en particulier MG, rhumatologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pédicures, pharmaciens, infirmières et chirurgiens orthopédiques), mais encore du patient et, dans l'idéal, de son employeur. Les assistants sociaux ont aussi leur rôle à jouer.

#### 4.3.2 Spondylarthropathies

Là encore, il est essentiel que les patients atteints de SA ou d'autres affections rhumatismales soient adressés sans délai à des spécialistes pour confirmer le diagnostic et mettre en place un traitement. Tout comme pour la PR, il n'existe pas de traitement curatif de la SA; le but du traitement est donc de diminuer l'inflammation, de contrôler la douleur et la raideur, de soulager les symptômes généraux tels que la fatigue, et de ralentir ou de stopper l'évolution à long terme de la maladie. Le traitement actuel de la SA repose sur la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'anti-TNF couplée à une physiothérapie régulière.

La SA touchant typiquement des personnes relativement jeunes, elle est à même de perturber voire d'écourter la participation des individus au marché du travail. Ainsi que nous l'avons expliqué, les avantages cliniques, sociaux et économiques qu'il y a à maintenir ces patients au travail aussi longtemps et régulièrement que possible sont importants. Selon la gravité de leur maladie, ces patients peuvent bénéficier d'adaptations du poste de travail, d'aménagements de leurs horaires de travail, ainsi que de programmes d'exercice et de physiothérapie (Boonen *et al.*, 2001).

#### 4.3.3 TMS non spécifiques

Ce rapport visait avant tout à examiner les interventions et autres facteurs affectant le maintien au travail, la participation au marché du travail et la qualité du travail chez les personnes affectées par des TMS. Comme nous l'avons vu, la dégradation physique peut entraver chacun de ces aspects, mais nombreux sont ceux – même en cas d'incapacité sérieuse et chronique – qui peuvent et parviennent à mener une vie professionnelle remplie et épanouissante. Dans la mesure où les douleurs dorsales et la majorité des troubles du membre supérieur liés au travail ne sont pas curables, et où il n'existe guère de preuves que la prévention soit

possible, d'aucuns soutiennent que le traitement devrait viser à revenir au niveau d'activité et de participation le plus élevé ou au niveau souhaité, et à prévenir les plaintes et les récives chroniques (Burton, 2005; Bekkering *et al.*, 2003) – plutôt qu'à éradiquer la cause du problème ou à revenir à un fonctionnement normal.

Si le traitement destiné à réduire ou à soulager les symptômes des TMS non spécifiques demeure toujours une priorité, l'intervention médicale n'est pas nécessairement le seul ou le meilleur moyen de parvenir à la guérison ou d'aider les patients à gérer leur maladie. A vrai dire, dans le cas des affections non spécifiques, une surmédicalisation peut compromettre la guérison et les chances de reprise du travail. Les limitations imposées par les arrêts maladie, les périodes de congés de maladie prévues par la loi, et les programmes officialisés de réinsertion professionnelle peuvent servir à renforcer le patient dans le sentiment de sa «maladie» et à lier les mains des employeurs. Les données montrant que les facteurs psychosociaux constituent un élément déterminant de chronicité et de handicap chez les personnes souffrant de douleurs dorsales fournissent un solide argument pour reconceptualiser cette affection et son traitement – ce qui est riche d'enseignement pour les autres types de syndromes douloureux musculo-squelettiques non spécifiques (Burton, 2005).

Waddell et Burton (2006b) résument clairement ce défi dans leur travail sur la réadaptation professionnelle. Ils font remarquer que si, d'un côté, les TMS non spécifiques n'ont pas de caractéristiques cliniques bien définies et ont une prévalence élevée dans la population active, d'un autre côté, la plupart des épisodes sont spontanément résolutifs et presque toutes les personnes qui en sont atteintes ne quittent pas leur travail ou y retournent sans tarder. Selon eux, mettre l'accent sur la seule incapacité peut desservir le but recherché:

*«La question n'est pas de savoir ce qui fait que certaines personnes développent une incapacité de travail de longue durée, mais **pourquoi certaines présentant des problèmes de santé banals ne récupèrent-elles pas comme on pourrait s'y attendre?** Le fait que des facteurs biopsychosociaux contribuent au développement et à la persistance des douleurs chroniques et des handicaps est désormais largement reconnu. Point crucial toutefois, ils peuvent aussi s'avérer être des obstacles au rétablissement et à la reprise du travail. Dans ces conditions, la logique de la réadaptation se déplace et au lieu de s'intéresser à l'atteinte résiduelle, elle **aborde les obstacles biopsychosociaux qui retardent ou empêchent le rétablissement attendu.**»*

(Waddell and Burton, 2006b, p.7)

---

Le modèle biopsychosocial est un cadre explicatif qui reconnaît l'importance des facteurs psychologiques et sociaux dans la façon dont les personnes souffrant de TMS font face à leur maladie. Le chapitre suivant fournit un bref aperçu du modèle biopsychosocial et précise ses implications pour la population active.

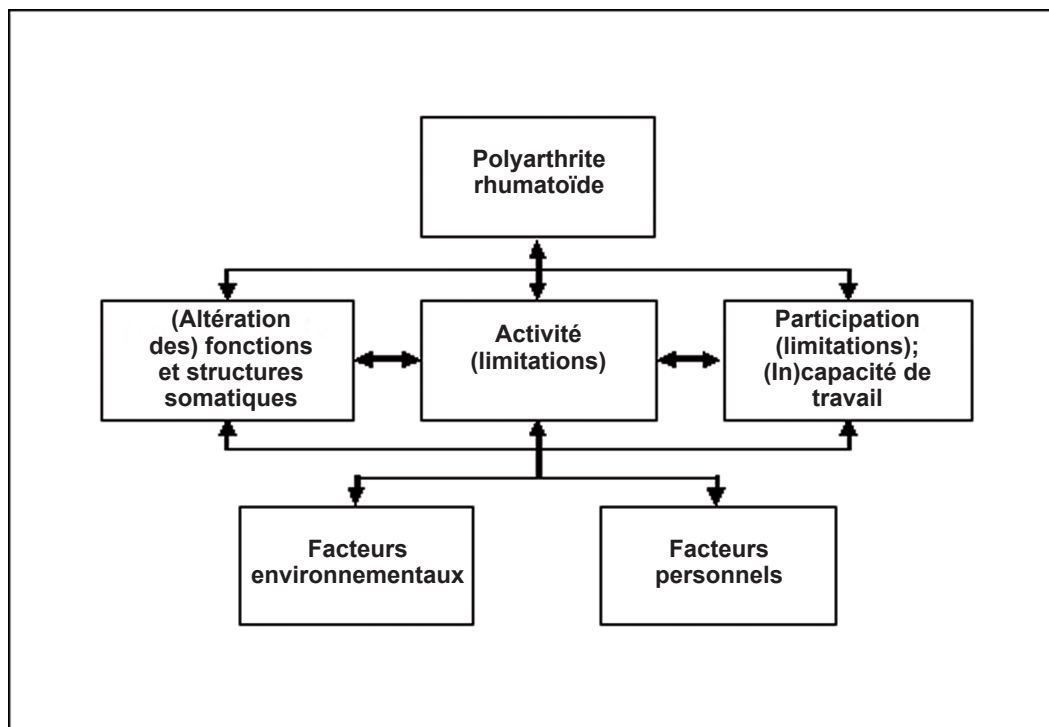
---

**4.4** Le modèle biopsychosocial préconise que les cliniciens, les professionnels de la santé au travail et les autres évaluent les interactions entre le **biologique** (par ex. maladie, dommages articulaires), le **psychologique** (humeur, anxiété), et le **social** (contraintes de travail, soutien familial notamment). Il est évident que la nature psychologique et le comportement d'un patient peuvent avoir un impact non négligeable sur la manière dont il aborde une «lésion» physique (comme des douleurs dorsales). Dans certains cas, le patient risque d'entrer dans un cycle d'auto-renforcement de l'incapacité, de retard du rétablissement et même de dépression si la réponse dominante à la douleur est de la «catastrophiser». Bien entendu, de nombreux facteurs peuvent affecter la disposition à «catastrophiser», y compris la personnalité, les antécédents médicaux, le niveau du soutien familial ou la satisfaction au travail (Sullivan and D'Eon, 1990). Il est évident que l'interaction des dimensions biologique, psychologique et sociale peut grandement influencer sur le développement, la progression et la réadaptation d'une affection musculo-squelettique.

Depuis qu'il a été proposé pour la première fois à la fin des années 1970, le modèle biopsychosocial a été étayé par un ensemble toujours croissant de preuves. C'est ainsi qu'une étude a montré que l'insatisfaction au travail peut être un important facteur prédictif d'une reprise rapide et réussie du travail (Bigos, Battie and Spengler, 1992). En ce qui concerne le soutien social, plusieurs études ont souligné que des limitations fonctionnelles dues aux TMS peuvent peser sur les systèmes familiaux, et être à l'origine de conflits familiaux si le patient n'est pas en mesure de s'acquitter de ses fonctions familiales habituelles (Hamberg, Johansson, Lindgren and Westman, 1997; MacGregor, Brandes, Eikermann and Giammarco, 2004; Kemler and Furnée, 2002). D'un autre côté, une famille excessivement anxieuse (ou, par extension, un supérieur ou un collègue) peut renforcer la passivité d'un patient souffrant de TMS et l'encourager à adopter un rôle de «handicapé» (Kerns, Haythornthwaite, Southwick and Giller, 1990; Block, Kremer and Gaylor, 1980).

De Croon *et al.* (2004) ont analysé les recherches sur l'incapacité de travail chez les personnes atteintes de PR; ils sont arrivés à la conclusion que les facteurs psychosociaux étaient souvent un meilleur facteur prédictif d'incapacité de travail que les facteurs bio-médicaux standard. Sur la figure 2 (voir page suivante), les auteurs soulignent comment les facteurs environnementaux et personnels au sens large amplifient le pouvoir explicatif de la Classification internationale du

Figure 2: Modèle CIF appliqué à l'incapacité de travail dans la PR



Source: de Croon et al., 2004

fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) dans le cas de l'incapacité de travail dans la PR.

Certains critiques du modèle biopsychosocial (McLaren, 2006) ont mis l'accent sur ce dernier point, se montrant préoccupés par le fait que cette approche puisse encourager ou «permettre» une attitude d'impuissance chez certains patients ou que, dans d'autres circonstances, elle puisse rebuter des patients ayant l'impression qu'on leur dit que leur maladie est «toute dans leur tête». Il va de soi que les cliniciens et les autres professionnels doivent faire attention à la façon dont ils pondèrent ces risques, mais l'équilibre des forces dans la littérature – et aussi les avis des experts recueillis au cours de nos interviews – penche très clairement en faveur du modèle biopsychosocial et de sa contribution à la prise en charge des TMS, à la fois dans le cadre clinique et professionnel (Smyth, Stone, Hurewitz and Kaell, 1999; Carter, McNeil and Vowles, 2002; Zampolini, Bernardinello and Tesio, 2007). Ce modèle est du reste à la base de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé, qui a été largement adoptée comme guide de référence pour la réadaptation professionnelle (WHO Scientific Group, 2001).



---

Ektor-Andersen, Ingvarsson, Kullendorff et Ørbæk (2008) offrent un exemple d'intervention réussie fondée sur le modèle biopsychosocial pour réduire les absences maladie. Dans leur étude, ces auteurs ont développé un instrument, basé sur la théorie comportementaliste cognitive (TCC), d'analyse comportementale fonctionnelle selon laquelle les facteurs de risque pour les congés de maladie de longue durée dus à des symptômes musculo-squelettiques étaient identifiés dans quatre domaines distincts: la société, le lieu de travail, la famille/temps libre et le système de santé. Les demandeurs de soins étaient examinés par chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire et les facteurs de risque identifiés et classés comme stables ou dynamiques. Ces derniers étaient ceux sur lesquels les demandeurs de soins et l'équipe étaient convenus d'intervenir. Certaines de ces interventions incluaient des sessions de TCC, tandis que d'autres étaient davantage centrées sur des séances de physiothérapie qui se poursuivaient alors pendant un an. Les résultats de cette étude montrent que ce type d'intervention est efficace pour réduire sensiblement les congés de maladie et les dépenses de sécurité sociale quatre mois seulement après le début de l'intervention. Bien que l'analyse coût-efficacité présentée par Ektor-Andersen *et al.* (2008) sous-estime l'économie totale réalisée en ne prenant en compte que les coûts de sécurité sociale, les coûts de ce genre d'intervention sont cependant compensés par la diminution des coûts des indemnités journalières pendant la première année.

L'efficacité d'une stratégie d'intervention interdisciplinaire pour le traitement des TMS chroniques fait également l'objet, à l'heure actuelle, d'une étude cas-témoins en Suisse, dans le cadre du PNR 53 (Programme national de recherche). Les patients, recrutés au sein d'entreprises disposant d'un système de gestion des absences, sont répartis en deux groupes: un groupe témoin et un groupe d'intervention. Celui-ci bénéficie d'une stratégie d'intervention interdisciplinaire (qui comprend un conditionnement physique, un entraînement cognitif et un suivi psychosocial) directement adaptée à la situation de travail réelle et aux nécessités des participants.<sup>18</sup>

Comme Waddell et Burton (2006b) l'ont souligné, l'objectif du modèle biomédical est de soulager les symptômes, tandis que celui de la gestion clinique imprégnée du modèle biopsychosocial – en particulier en milieu professionnel – devrait être de contrôler les symptômes et de restaurer la fonction. Ceci signifie que les employeurs se rangent dans la partie «sociale» du modèle biopsychosocial et que leurs actions peuvent influencer de façon décisive sur le résultat pour les individus souffrant de TMS.

---

<sup>18</sup> [http://www.nfp53.ch/e\\_module.cfm?Projects.Command=details&get=9](http://www.nfp53.ch/e_module.cfm?Projects.Command=details&get=9)

### 4.5 4.5.1 Sensibilisation aux maladies et à leur gestion

#### Rôle des employeurs

Nombre d'employeurs n'ont toujours pas conscience de la nature des TMS, aussi bien en ce qui concerne leur impact immédiat sur la capacité fonctionnelle au travail que, le cas échéant, leurs manifestations et l'évolution des maladies. On sait par exemple que les patients atteints de PR ou de SA peuvent être sujets à des poussées périodiques d'inflammation et de douleurs intenses, suivies par de la fatigue et parfois une humeur dépressive. A moins de savoir que ces symptômes sont prévus ou «typiques», les employeurs risquent d'avoir une approche peu coopérative ou trop prudente par rapport à la reprise du travail.

Si le message concernant la manipulation d'objets et l'aménagement des postes de travail est peut-être passé chez maints employeurs, la sensibilisation au fait que les absences et même l'aménagement des conditions de travail puissent être contre-productifs n'est pas encore devenue monnaie courante. La réduction de la charge des TMS pour les employeurs et la société passe en grande partie par un changement d'attitude et par une sensibilisation à la prise en charge de ces affections. Cependant, les employeurs ne sont pas les seuls à avoir besoin d'en savoir davantage sur les TMS et leur traitement. Que le repos au lit constitue la meilleure solution pour les douleurs dorsales constitue par exemple un des mythes les plus tenaces (et les plus pernicioeux) sur cette affection. Les campagnes de promotion de la santé ont fait la preuve qu'elles étaient efficaces pour faire passer le message selon lequel le fait de ressentir des douleurs ne signifie pas nécessairement que la maladie se soit aggravée, ou qu'être actif soit mauvais pour la santé (Buchbinder, Jolley and Wyatt, 2001).

### 4.5.2 Intervention et ajustement des contraintes au travail

Il a été prouvé non seulement que le travail est bon pour les actifs, mais que reprendre le travail avec certains changements peut contribuer au rétablissement (Feuerstein *et al.*, 2003; van Duijn and Burdorf, 2008). Parmi les spécialistes de la santé au travail, l'utilisation de la réinsertion professionnelle est depuis longtemps considérée comme un mécanisme permettant de faire en sorte que les personnes malades, blessées ou en incapacité de travail puissent reprendre le travail (même pour effectuer un travail adapté) dès que cela est raisonnablement possible. D'aucuns se sont inquiétés que la réinsertion n'était pas bien intégrée à la pratique clinique classique, et qu'une proportion importante de praticiens ne la considérait pas comme un résultat appréciable pour le patient (Frank and Chamberlain, 2006). Il importe également de souligner que la réinsertion professionnelle n'est pas réservée aux professionnels. En pratique, une prise en charge efficace est aussi importante, sinon plus, qu'une réinsertion en règle.

---

Pourtant, les employeurs, s'ils y pensent, prennent invariablement en compte les contraintes du travail physique auxquelles un employé souffrant de TMS doit satisfaire. Le modèle biopsychosocial nécessite que les contraintes psychiques du travail soient également considérées comme une partie du retour dans le processus du travail. Un nombre croissant d'études montre que l'ajustement d'une variété de contraintes professionnelles peut contribuer à une reprise réussie du travail chez les personnes souffrant de divers types de TMS (Schultz, Stowell, Feuerstein and Gatchel, 2007; de Croon *et al.*, 2004; Feuerstein, Shaw, Nicholas and Huang, 2004; Chorus, Miedema, Wevers and van der Linden, 2001). Le succès avec lequel employés et employeurs peuvent gérer le processus de réajustement pendant la reprise du travail peut aussi dépendre des croyances que chacun nourrit sur le lien entre travail et incapacité (dans quelle mesure le travail est - du moins en partie – responsable de l'incapacité ou lié à elle?).

Les spécialistes de la santé au travail peuvent contribuer à faciliter ce processus. Cependant en Suisse, seuls environ 80 des 220 membres que compte la Société suisse de médecine du travail sont activement employés dans des entreprises suisses pour soutenir l'ensemble des actifs suisses dans la gestion des TMS. Les entreprises suisses devraient embaucher un plus grand nombre de spécialistes de la santé du travail pour permettre d'effectuer des interventions plus précoces et plus adaptées pour les travailleurs atteints de TMS (Danuser and Rüeegg, 2009).

Il existe de nombreux types d'interventions liées au travail destinées à venir en aide aux individus atteints de TMS; cela va des ajustements ergonomiques à des séances de physiothérapie, et des modifications des programmes de travail à des thérapies comportementalistes cognitives, ou encore une combinaison de diverses stratégies. Les données sur la capacité de ces interventions à s'attaquer avec succès aux TMS non spécifiques sont inégales (Meijer *et al.*, 2005).<sup>19</sup> Une revue systématique des traitements multidisciplinaires chez des lombalgiques par exemple a montré que si le traitement amenait une amélioration fonctionnelle et soulageait les douleurs, il n'a pas pu être prouvé que ceci était lié au fait que les employés reprenait le travail plus tôt que ceux qui n'en avaient pas bénéficié (Guzman *et al.*, 2001). Alors que des facteurs biomécaniques ou ergonomiques peuvent être liés à la survenue de douleurs dorsales, les preuves que des interventions basées sur ces facteurs empêchent la réapparition des douleurs ou leur progression vers la chronicité sont en réalité maigres (Burton, 1997). A vrai dire, il s'est avéré pratiquement impossible de déterminer si un traitement est significativement plus efficace qu'un autre (Ekberg, 1995). Même pour des pathologies

---

<sup>19</sup> Les résultats d'une évaluation de l'efficacité des programmes de traitement par la réinsertion professionnelle n'étaient pas cohérents

spécifiques comme la PR, les preuves de l'efficacité de la réinsertion professionnelle sont minces (Backman, 2004; de Buck, Schoones, Allaire and Vliet Vlieland, 2004).<sup>20</sup>

Il n'en existe pas moins un large consensus sur les principes de prise en charge des TMS non spécifiques, en particulier les douleurs dorsales (cf. encadré 1). Ces principes comprennent des conseils ainsi qu'un certain nombre de mesures relativement simples à suivre par les employeurs et les employés sur la façon de gérer les douleurs dorsales.

### **Encadré 1: principes de prise en charge des TMS non spécifiques**

- S'efforcer de traiter précocement les douleurs dorsales;
- La plupart des douleurs dorsales ne sont pas dues à des affections graves;
- Les douleurs dorsales simples doivent être traitées par des antalgiques courants et une mobilisation;
- Rester actif est important à la fois pour prévenir et pour traiter les douleurs dorsales;
- La reprise rapide du travail contribue à la prévention des douleurs dorsales chroniques;
- Travailler en adoptant une posture correcte;
- Tous les équipements techniques du poste de travail doivent être réglables;
- Se ménager des pauses en cas de tâches ou de postures répétitives ou prolongées;
- Eviter les manipulations manuelles et utiliser des équipements de levage là où c'est possible;
- Les employés doivent être clairement informés au sujet des douleurs dorsales;
- La réglementation sur la sécurité et la santé au travail doit être appliquée pour couvrir tous les aspects du travail quotidien et être régulièrement révisée.

*Source: Health and Safety Executive (HSE), 2002*

Cela exige des employeurs de penser au-delà de leurs obligations légales en matière de sécurité et de santé et de reconnaître que la gestion des absences pour cause de maladie, les programmes de reprise efficace du travail et la réadaptation sont, au fond, les bases d'une bonne gestion (Waddell and Burton, 2006b). Bien des choses dépendent de la capacité de sensibilisation à la manière de gérer les symptômes de TMS chez les employés et leurs supérieurs, en faisant en sorte que ces derniers possèdent les aptitudes et l'assurance nécessaires pour soutenir les employés dans leur travail.

#### **4.5.3 Supérieurs hiérarchiques directs**

Il est clair que le rôle des supérieurs hiérarchiques directs dans l'intervention précoce est déterminant, à la fois pour le maintien en fonction et la réadaptation. Cependant, nombre de supérieurs directs se sentent assez démunis pour gérer les absences prolongées et l'incapacité

---

<sup>20</sup> Backman, 2004 n'a trouvé que six études pour la période de 1980 à 2001

---

de travail. Ils peuvent trouver difficile et embarrassant d'évoquer certains aspects des affections psychiques et de l'incapacité chronique et avoir du mal à y faire face. Par peur d'être accusés de harcèlement ou d'avoir des démêlés avec la justice et de se retrouver, eux et leur entreprise ou organisme, devant un tribunal, ils craignent de remettre en question les arrêts de travail pour cause de maladie établis par les MG ou de demander davantage d'informations à leur sujet, mais aussi de rendre visite à leurs employés ou de leur téléphoner chez eux. Ils ne connaissent pas non plus ou ne sentent pas à l'aise avec le concept de réinsertion. Bien que la législation du travail (égalité des chances au travail) exige que l'employeur fasse des «arrangements raisonnables» pour soutenir les employés en arrêt de travail de longue durée pour cause de maladie ou d'accident, la plupart des supérieurs hiérarchiques trouvent le réaménagement des postes de travail difficile, agaçant et perturbant.

Dans la mesure où les TMS constituent le plus fréquent problème de santé lié au travail, et compte tenu de l'importance des facteurs psychosociaux dans les chances qu'un employé reste en fonction ou reprenne le travail dès qu'il le peut, il est nécessaire que les chefs hiérarchiques soient aptes à prendre en charge le personnel souffrant de TMS, faute de quoi le coût pour l'employeur pourrait être élevé, en particulier pour les petites et moyennes entreprises. Aussi bien, les TMS posent problème aux petits employeurs, chez lesquels les absences peuvent avoir potentiellement plus d'impact sur le service clientèle, la productivité et les résultats de l'entreprise.

#### **4.5.4 Améliorer le dialogue employeur-médecin**

Il semble à première vue que les défis que la reprise du travail pose aux employés atteints de TMS pourraient être moins difficiles à relever s'il existait un meilleur climat de compréhension mutuelle entre employeurs et cliniciens. Comme nous l'avons souligné plus haut, les employeurs peuvent avoir une compréhension clinique le moins qu'on puisse dire superficielle de la de la plupart des TMS. On prétend souvent que, pour leur part, la majorité des MG ne se rendent guère compte voire pas du tout des aspects professionnels de nombre de TMS. La formation des médecins en Suisse reste essentiellement basée sur un modèle biomédical qui aborde rarement sinon jamais la question spécifique du classement de l'incapacité de travail. Il existe une énorme différence entre le rôle du diagnostic médical dans le système de santé et son rôle dans le système des assurances sociales (Cassis *et al.*, 1996). Selon Bollag *et al.* (2007) «le médecin ne connaît pas suffisamment le travail du patient», ce qui signifie que les MG décident de la reprise du travail sans avoir une idée très claire des contraintes du travail, des possibilités d'adaptation du poste de travail, ou même sans savoir très bien si la reprise rapide et appropriée du travail pourrait être profitable sur le plan psychologique (et économique). Sans une compréhension des tâches spécifiques effectuées par les employés

et des possibilités d'adaptation de ces tâches, les MG courent le risque d'estimer que, à moins que le patient ait retrouvé une pleine forme, la reprise du travail puisse exacerber une pathologie.

Pour leur part, il est très rare que les employeurs remettent en question l'arrêt de travail délivré par un MG ou demandent un second avis pour savoir si une reprise du travail pourrait être bénéfique à un patient. Les conséquences du manque de compréhension mutuel et de la pauvreté du dialogue qui en résulte font souvent que le patient souffrant de TMS se retrouve coincé au milieu sans perspective claire de reprise du travail et surtout sans possibilité de faire entendre sa voix. Une approche de la réinsertion professionnelle à la fois dynamique, globale, multidisciplinaire et axée sur les capacités des patients, qui intègre le modèle biopsychosocial et se déroule dans le cadre de la gestion des cas est aujourd'hui largement reconnue comme la démarche la plus éclairée et efficace pour comprendre la majorité des cas de TMS associés au travail. Il arrive souvent que les employeurs et les MG mettent l'accent sur les tâches que les patients souffrant de TMS ne sont momentanément pas en mesure de faire, plutôt que sur celles qu'ils peuvent exécuter.

Un des attraits du modèle biopsychosocial tient à ce qu'il réunit les trois éléments centraux du vécu des patients atteints de TMS et de leur prise en charge. Ce modèle offre un cadre global permettant d'envisager le diagnostic et le traitement d'un éventail de TMS, surtout lorsque l'enjeu pour l'intéressé est de se maintenir en fonction ou de reprendre rapidement le travail.

---

### 4.6 Résumé

Nous avons rappelé les arguments en faveur d'une intervention précoce, avant tout dans l'intérêt de la santé des personnes souffrant de TMS, mais aussi afin de faire en sorte qu'elles restent des membres productifs de la société. Cependant, notre propos montre également que les mesures proposées devraient idéalement débiter avant que ces personnes ne consultent leur MG, et se poursuivre au-delà de la signature de l'arrêt de travail. Le modèle biopsychosocial illustre clairement la nécessité de mieux comprendre globalement les facteurs qui contribuent au développement des TMS non spécifiques; l'enjeu ici est de tenir compte des facteurs individuels ou psychologiques, ainsi que du milieu social où les personnes évoluent et où le travail joue un rôle important. La réalisation de ces objectifs passe par l'instauration d'une communication plus efficace entre employeurs, employés et médecins. Si cette démarche sans nul doute originale dans la pratique actuelle pose assurément un défi, on songera à l'inverse – comme nous l'avons souligné dans ce chapitre – au coût que le fait de négliger ce problème entraîne.

## 5. Conclusions et recommandations

---

Le travail est sans conteste bénéfique pour notre santé. Il nous assure un revenu, crée un capital social et donne à notre vie un but et un sens. Même pour les personnes souffrantes ou blessées, le maintien en fonction – au moins dans une certaine mesure – favorise souvent davantage le rétablissement que des absences prolongées du travail. Pour que la population active suisse puisse être productive et compétitive au niveau international, et pour que la qualité de vie professionnelle des actifs s'améliore, il importe qu'une grande proportion des actifs soit, autant que possible, apte à travailler.

Les données présentées dans ce rapport montrent qu'une grande partie des personnes en âge de travailler en Suisse sont ou seront directement affectées par les TMS. Ceci peut avoir de sérieuses conséquences économiques et sociales pour les intéressés et leur famille, gêner la productivité de l'ensemble des actifs et de certains secteurs de l'industrie suisse, et grever les ressources à la fois du système de santé et du régime des prestations sociales.

Bien que, comme dans de nombreux pays, on manque malheureusement de données cliniques, épidémiologiques, psychologiques et économiques sur la nature, l'étendue et les conséquences du problème des TMS en Suisse, nous en savons néanmoins assez pour pouvoir conclure que les TMS affecteront une proportion croissante de la population active dans les années à venir. Il semble pourtant qu'il existe du côté du gouvernement, des médecins et des employeurs un manque de cohérence ou de réflexion et d'action conjointes centrées sur le **patient** souffrant de TMS **en tant que travailleur**. Bien que le nombre de personnes prônant l'application du modèle biopsychosocial aux TMS soit en augmentation, nous avons noté que certains de ceux qui peuvent avoir le plus d'impact sur la participation des travailleurs souffrant de TMS au marché du travail n'ont pas encore adopté ses principes autant qu'ils le pourraient.

La Work Foundation souhaite émettre diverses recommandations pour certaines des parties intéressées dans ce domaine. Notre intention est d'encourager les principaux acteurs à reconnaître que davantage peut être fait pour maintenir une participation active continue au marché du travail, car celle-ci constitue presque toujours un facteur très positif pour la santé, l'épanouissement et la prospérité.

---

### 5.1 Recommandations aux employeurs

- La sensibilisation et la formation des cadres doit inclure un volet sur la santé et le bien-être. Les managers sont en première ligne pour constater les absences des employés; ils sont donc bien placés pour détecter les premiers signes d'un problème et pour aider les employés à se réinsérer après une période d'absence. Malgré l'accent mis sur le «stress» à l'heure actuelle, les chefs hiérarchiques au sein des entreprises et des organismes suisses doivent être conscients que les TMS peuvent s'avérer encore plus problématiques pour leur personnel et leur entreprise ou organisme dans son ensemble.



- Faire preuve d'imagination dans la conception et l'organisation du travail facilite la réinsertion. Les supérieurs hiérarchiques peuvent modifier l'organisation du travail (notamment par de simples changements des horaires de travail) pour aider à prévenir une aggravation des TMS et aider les personnes concernées à reprendre le travail. Il importe qu'ils le fassent en préservant la qualité du travail, en évitant des sollicitations professionnelles excessives ou préjudiciables, et en prêtant attention aux bonnes pratiques ergonomiques.
- Développez la communication avec les MG. Si les arrêts de travail des MG n'indiquent pas de façon suffisamment claire la nature du problème de santé d'un employé et ses répercussions sur sa capacité de travail, l'employeur devrait se renseigner pour clarifier les informations du MG, ne serait-ce que pour mieux comprendre les tâches que l'employé est encore à même d'effectuer ou quel type de soutien il peut nécessiter pour reprendre le travail.
- Intervenez précocement. Les employeurs devraient toujours agir plus tôt que plus tard, car la prudence et les atermoiements ne peuvent qu'aggraver les choses. Tant qu'ils font preuve de compassion et prennent des décisions basées sur les preuves et sur les avis des experts, leur intervention précoce ne peut pas être interprétée comme un harcèlement; elle peut en revanche souvent hâter la guérison ou la réinsertion.
- Utilisez les conseils des professionnels de la santé au travail. Une réadaptation au travail bien organisée et adaptée à l'individu peut vraiment faciliter la reprise du travail, améliorer la productivité, remonter le moral et assurer la persistance des résultats. Faites intervenir aussi tôt que possible des professionnels de la santé au travail.
- Allez au-delà de la stricte observation des règlements. Essayer d'éviter une mentalité de «gestion des risques» lorsque vous avez affaire à un employé souffrant de TMS: ceci peut souvent être à l'origine de retards et d'ambiguïté. Dans presque tous les cas, l'employé sera bien meilleur au travail.
- Utilisez le cadre conceptuel biopsychosocial. Envisager les symptômes somatiques des TMS sans prendre en compte les dimensions psychologiques et sociales peut signifier qu'on sous-estime les causes professionnelles des TMS ou les avantages professionnels de la réinsertion.
- Concentrez-vous sur les capacités, pas sur l'incapacité. Les employeurs aussi peuvent «catastrophiser» ! La plupart des actifs souffrant de TMS peuvent continuer à apporter une contribution professionnelle non négligeable s'ils y sont autorisés. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient aptes à 100% pour reprendre le travail, et une approche un peu originale doit vous permettre de leur confier un travail utile qui les aide à retrouver une pleine capacité productive.



---

### 5.2 Recommandations aux employés

- Concentrez-vous sur vos capacités, pas sur votre handicap. Il est normal d'être anxieux ou même d'éprouver un sentiment de culpabilité pour les tâches professionnelles que vous pouvez avoir du mal à accomplir en raison de vos TMS. Mais vous pouvez encore beaucoup donner et vous devez jouer de vos forces. Vos connaissances spécialisées et votre expérience ne s'évanouissent pas soudain à cause de vos douleurs, de votre gêne ou de vos problèmes de mobilité. Il existe encore plein de façons de vous impliquer au travail. Travaillez avec vos supérieurs et vos collègues pour trouver comment maximiser votre contribution professionnelle dans la mesure des limitations dues à votre affection. Montrez-vous ouverts avec eux, leur réaction en sera meilleure.
- Parlez de vos problèmes précocement. Votre chef hiérarchique, malgré ce qu'il peut vous dire, ne lit pas dans vos pensées. Lorsque vos TMS vous handicapent ou que vous prévoyez une période où vous aurez besoin d'aménager vos horaires de travail, parlez-en à votre chef de façon à pouvoir envisager de conserver les mesures à mettre en place. Plus tôt vous le ferez, mieux ce sera, car les supérieurs n'aiment pas les surprises de dernière minute, mais ils peuvent en général trouver une solution à la plupart des problèmes s'ils sont prévenus un peu à l'avance. Il peut être également utile de parler à votre représentant syndical, à votre responsable des RH ou à un spécialiste de la santé au travail. Ne tardez pas.
- Jouez un rôle actif dans la prise en charge de votre affection. Vos TMS ne manqueront pas de provoquer du découragement à un moment ou à un autre et vous aurez alors l'impression qu'ils régissent votre vie professionnelle et familiale. Souvenez-vous qu'il n'y a pas de fatalité à être une victime passive de la douleur ou de l'immobilisation. Renseignez-vous sur votre maladie, observez le mode de survenue des douleurs et de la fatigue et apprenez comment minimiser leur impact sur votre fonctionnement et votre humeur. Cela peut parfois s'avérer très difficile mais persévérez: les personnes qui gèrent activement leur maladie tendent à reprendre plus rapidement le travail.
- Apprenez à connaître vos droits. Vous devez savoir à quel soutien et à quels conseils vous avez droit en tant que patient et qu'employé. Si vous êtes syndiqués, votre syndicat doit être en mesure de vous orienter sur la plupart de ces points.
- Implication de la famille dans le maintien en fonction et la réinsertion. Votre famille et vos amis constituent d'incomparables sources de soutien. Il est possible qu'ils ne réalisent pas que le maintien en fonction ou la reprise du travail sont à la fois possibles et souhaitables. Vous devez les aider à vous aider en les impliquant dans votre processus de réinsertion professionnelle. Même de petits ajustements des horaires de travail ou des aménagements du trajet du domicile vers le lieu de travail peuvent tout changer.

---

### 5.3

#### Recommandations aux MG

- Identifiez là où le maintien en fonction ou la reprise précoce du travail est bénéfique à vos patients. Il est facile de supposer que le travail est forcément mauvais pour vos patients, surtout si vous suspectez que certains aspects de leur activité exacerbent leurs symptômes. Réfléchissez attentivement pour voir si, moyennant certains ajustements, vous pouvez recommander un maintien en fonction avec un allègement des tâches ou avec une modification des horaires de travail, et si cela ne serait pas malgré tout une meilleure option qu'une absence prolongée du travail.
- Pensez au-delà des symptômes somatiques. Intégrez votre compréhension du modèle biopsychosocial et les limitations du modèle biomédical dans votre démarche diagnostique et – par-dessus tout – dans votre évaluation du rôle que le travail peut jouer pour aider vos patients à rester actifs et à éviter l'isolement. En tant que MG, vous occupez une position idéale pour identifier les signes précoces de beaucoup de TMS. Lorsque cela est approprié, veillez à adresser dès que possible vos patients à des équipes spécialisées afin de commencer sans tarder une prise en charge.
- Evitez le catastrophisme. Les patients peuvent avoir une vision très négative de l'impact et de l'évolution probable de leur maladie si les médecins qui la leur présentent insistent davantage sur le handicap que sur les capacités résiduelles.
- Encouragez vos patients à se prendre eux-mêmes en charge. Essayez de faire en sorte qu'ils puissent adopter des stratégies pour gérer certains aspects de leur maladie, surtout s'ils se maintiennent en fonction ou reprennent le travail. Le sentiment d'empowerment (renforcement du pouvoir) et de contrôle de la situation est bon pour leur humeur, et leur permet d'arriver à ne pas se laisser dépasser par certains côtés de leur handicap dans le cadre professionnel.
- Intervention précoce. Un ensemble de données suggère que les absences professionnelles prolongées sont en général nuisibles aux patients souffrant de TMS. Plus l'absence est prolongée, plus la réinsertion est difficile. Des mesures précoces, de préférence prises en partenariat avec les patients et leur employeur, peuvent permettre de trouver un équilibre entre le besoin de répit des individus et leur besoin de travail.

---

### 5.4

#### Recommandations aux professionnels de la santé au travail

- Pensez au-delà des symptômes somatiques. Plus important encore, faites en sorte que les employeurs, les employés et les MG apprécient pleinement comment cette perspective multifactorielle peut contribuer à une réinsertion constructive, active, participative et durable. Structurez vos interventions et vos conseils autour des trois dimensions du modèle biopsychosocial, et aidez les employeurs à comprendre comment de petits ajustements du poste de travail peuvent avoir un bien plus grand intérêt que la seule observance de la législation du travail (égalité des chances au travail).

- Intervention précoce. Les professionnels de la santé au travail comprennent plus que tout autre l'intérêt d'une intervention précoce dans les TMS. Dans leur médiation entre employeur et employé ou entre employeur et MG, ils doivent jouer un rôle dynamique pour faire en sorte que les patients puissent utiliser la reprise du travail comme un élément constructif dans la démarche qu'ils apprennent pour gérer leur maladie, et aussi conserver le sens de leur propre valeur et de l'estime de soi.
- Encouragez l'autogestion. Le fait de travailler avec les employés, leurs collègues et leurs supérieurs aide les individus à trouver des stratégies de prise en charge de leur propre pathologie. Cela leur permet de décider eux-mêmes des arrangements de leur situation de travail.
- Soutenez les supérieurs hiérarchiques par des mesures d'aménagement des situations de travail. Les managers considèrent souvent les changements apportés aux contraintes de travail dans le cadre de la réglementation du travail comme une façon de se conformer à la loi. Aider les managers à considérer le réaménagement du poste de travail comme une façon plus constructive de répondre aux besoins d'un patient/travailleur souffrant de TMS, mais aussi de répondre à la demande variable des clients peut les aider à discerner les avantages commerciaux d'arrangements plus souples.

---

### 5.5

#### Recommandations au gouvernement

- Encouragez et soutenez le recueil de données nationales sur les TMS spécifiques et non spécifiques, et leur impact économique et social sur la société suisse.
- Prenez au sérieux les données montrant que la proportion des actifs suisses souffrant de TMS augmentera probablement dans les décennies à venir. Si la prévalence de ces affections est aujourd'hui relativement basse en Suisse (par rapport au reste de l'UE), cette situation ne durera pas. La Suisse a la chance de tirer les leçons des bonnes pratiques instaurées ailleurs et le gouvernement devrait agir dès à présent pour mettre en œuvre de telles mesures.
- Améliorez le flux de l'information entre les différents systèmes et institutions concernant les thèmes suivants: maintien en fonction, intervention précoce, coûts pour la société des personnes souffrant de TMS lorsqu'elles sont détachées du marché du travail et réinsertion professionnelle. Le gouvernement devrait également envisager un cadre national de service pour le traitement des personnes atteintes de TMS. Ce cadre devrait garantir que les principes du maintien en fonction ou de la reprise du travail constituent des objectifs cliniques légitimes.
- Revoyez les définitions des TMS dans la présente classification des maladies professionnelles au delà leur étroite portée actuelle. Par ailleurs, reconnaissez formellement que beaucoup de TMS et d'autres affections chroniques (telles que les maladies rhumatismales, la sclérose en plaques) ne sont pas causés par le travail mais peuvent inhiber la participation au travail.

- Aidez les MG à être plus efficaces dans leur prise en charge des problèmes de santé au travail. Cela suppose d'investir dans la formation des MG, via la formation médicale post-graduée et des stages pratiques. Nous pensons en réalité que la formation médicale à tous les niveaux, depuis les études de médecine jusqu'à la formation médicale continue, aurait à bénéficier de l'inclusion des thèmes de la santé au travail, surtout si la santé de la population active est appelée à se détériorer.
- Faites des propositions pour remplacer le système actuel des arrêts de travail pour cause de maladie (certificats de maladie) par une note d'aptitude inspirée du modèle britannique («Fit note») qui encourage les MG à indiquer les activités qu'un travailleur est encore capable d'effectuer. Ceci aiderait les autres professionnels de la santé et les employeurs à planifier la reprise du travail et à faire les adaptations nécessaires en termes de contraintes et/ou d'horaires de travail.
- Réfléchissez à la mise en place d'un projet-pilote consistant en l'affectation de conseillers expérimentés en santé au travail dans des cabinets de MG sélectionnés; le rôle de ces spécialistes serait d'offrir des conseils sur le meilleur moyen d'aider les patients souffrant de TMS à se maintenir en fonction ou à reprendre le travail. Augmenter le nombre de spécialistes de santé au travail dans les entreprises suisses améliorera également le diagnostic précoce ainsi que le soutien aux patients atteints de TMS.
- Gérer un phénomène qui n'est pas mesuré est chose fort difficile et peut conduire à une mauvaise affectation des efforts et des ressources. La qualité des données suisses sur la santé de la population active est uniformément mauvaise. Il est donc presque impossible de dresser un tableau précis ou complet des niveaux d'absence professionnelle, de l'incapacité liée au travail et de ses causes. Ceci constitue un obstacle majeur, à la fois pour la formulation de directives basées sur les preuves et pour le ciblage pragmatique de l'expertise et des ressources.

## Références

---

- Akkoc, N. (2008). Are spondyloarthropaties as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review. **Current Rheumatology Reports**, 10, 371-378
- Alavinia, S. M. & Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 82, 39-45
- Aptel, M., Aublet-Cuvelier, A. & Cnockaert, J. C. (2002). Work-related musculoskeletal disorders of the upper limb, **Joint Bone Spine**, 69 (6), 546-555
- Armstrong, K. (2006). **Life After Rover**. London: The Work Foundation
- Backman, C. L. (2004). Employment and work disability in rheumatoid arthritis. **Current Opinion in Rheumatology**, 16, 148-152
- Bekkering, G., Henriks, H., Koes, B., Oostendorp, R., Ostelo, R., Thomassen, J. & Van Tulder, M. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain. **Physiotherapy**, 89 (2), 82-96
- Bigos, S. J., Battie, M. C. & Spengler, D. M. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. **Clinical Orthopaedic Related Research**, 279, 21-34
- Block, A. R., Kremer, E. F. & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. **Pain**, 9 (2), 243-252
- Bollag, U., Rajeswaran, A., Ruffieux, C. & Burnand, B. (2007). Sickness certification in primary care-the physician's role. **Swiss Medical Weekly**, 137, 341-346
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R., Schouten, van der Tempel & Van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1033-1039
- Breen, A., Langworthy, J. & Bagust, J. (2005). Improved early pain management for musculoskeletal disorders. **HSE Research report**, 399 London: Health and Safety Executive
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain**, 10, 287-333
- Brinkley, I., Clayton, N., Coats, D., Hutton, W. & Overell, S. (2008), **Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession**. London: The Work Foundation
- Buchbinder, R., Jolley, D. & Wyatt, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. **British Medical Journal**, 322, 1516-1520
- Burton, A. K. (1997). Back injury and work loss. Biomechanical and psycho-social influences. **Spine**, 22, 2575-2580
- Burton, A. K. (2005). How to prevent low back pain, **Best Practice and Research in Clinical Rheumatology**, 19 (4), 541-555

- Burton, W., Morrison, A., Maclean, R. & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. **Occupational Medicine**, 56, 18-27
- Cammarota, A. (2005). The Commission's initiative on MSDs: Recent developments in social partner consultation at the European level. Presentation to the Conference on MSDs – A challenge for the telecommunications industry. Lisbon, 20-21 October
- Cassis, I., Dupriez, K., Burnand, B. & Vader, J. P. (1996). Quality of Work Incapacity Assessment in the Swiss Disability Insurance System. **International Journal for Quality in Health Care**, 8( 6), 567-575
- Carter, L. E., McNeil, D. W. & Vowles, K. E. (2002). Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. **Pain Research Management**, 7 (1), 21-30
- Cedraschi, C., Nordin, M., Nachemson, A. L. & Vischer, T. L. (1998). Health care providers should use a common language in relation to low back pain patients. **Baillière's clinical rheumatology**, 12(1), 1-15
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Wevers, C. W. J. & van der Linden, S. (2001). Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1025-1032
- Chorus, A. M. J., Boonen, A., Miedema, H. S. & van der Linden, S. (2002). Employment perspectives of patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61, 693-699
- Chorus, A. M. J., Miedema, H. S., Boonen, A. & van der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 62, 1178-1184
- Coats, D. & Lehki, R. (2008). **'Good Work': Job Quality in a Changing Economy**. London: The Work Foundation
- Coats, D. & Max, C. (2005). **Healthy Work, productive work-places: why the UK needs more good jobs**. London: The Work Foundation
- Commission des statistiques de l'assurance-accidents LAA (2008). **Statistique des accidents LAA 2008**. Téléchargé le 15 juin 2009 à l'adresse suivante:  
[http://www.unfallstatistik.ch/f/publik/unfstat/pdf/Ts08\\_f.pdf](http://www.unfallstatistik.ch/f/publik/unfstat/pdf/Ts08_f.pdf)
- Conne-Perréard, E., Glardon, M., Parrat, J. & Usel, M. (2001). Effets de conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques. Conférence romande et tessinoises des offices cantonaux de protection des travailleurs. Téléchargé le 17 juin 2009 à l'adresse suivante:  
[http://www.geneve.ch/OCIRT/doc/rapport\\_definitif.pdf](http://www.geneve.ch/OCIRT/doc/rapport_definitif.pdf)
- Cooper, N. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, 39 (1) 28-33

- 
- Dagenais, S., Caro, J. & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, 8, 8-20
- Dagfinrud, H., Mengshoel, A. M., Hagen, K. B., Loge, J. H. & Kvien, T. K. (2004). Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1605-1610
- Danuser, B. & Rüggeger, M. (2009). Schweizerische ärztezeitung, 90, 5, 164
- de Buck, P., Schoones, J. W., Allaire, S. H. & Vliet Vlieland, T. P. M. (2002). Vocational rehabilitation in patients with chronic reumatoid diseases: A systematic literature review. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 32 (3), 196-203
- de Croon, E. M., Sluiter, J. K., Nijssen, T. F., Dijkmans, B. A. C., Lankhorst, G. J. & Frings-Dresen, M. H. W. (2004). Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 63, 1362-1367
- der Tempel, H. & van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 60, 1033-1039
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. & Buckle, P. (2004). The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. **Health and Safety Executive Research Report 273**, London: Health & Safety Executive
- Ekberg, K. (1995). Work-place changes in successful rehabilitation, **Journal of Occupational Rehabilitation**, 5, 253–269
- Ektor-Andersen, J., Ingvarsson, E., Kullendorff, M. & Ørbæk, P. (2008). High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 40, 1-8
- EUROGIP (2004). **Costs and funding of occupational diseases in Europe**. Téléchargé le 22 Mai 2009 à l'adresse suivante: [http://www.europeanforum.org/pdf/Eurogip-08\\_E-cost.pdf](http://www.europeanforum.org/pdf/Eurogip-08_E-cost.pdf)
- EUROGIP (2007). **Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics**. Téléchargé le 15 avril 2009 à l'adresse suivante: [http://www.eurogip.fr/docs/TMS\\_07-Eurogip-25-EN.pdf](http://www.eurogip.fr/docs/TMS_07-Eurogip-25-EN.pdf)
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2007). **Managing Musculoskeletal Disorders**. Téléchargé le 15 avril 2009 à l'adresse suivante: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- European Trade Union Institute (ETUI) (2007). **Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic**. Brussels: ETUI



- Eurostat (2004). Occupational Diseases in Europe in 2001. **Statistics in Focus**, 15/2004.  
Téléchargé le 20 avril 2009 à l'adresse suivante:  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-04-015/EN/KS-NK-04-015-EN.PDF)
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Lincoln, A. E., Miller, V. I. & Wood, P. M. (2003). Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. **Pain**, 102, 51–61
- Feuerstein, M., Shaw, W. S., Nicholas, R. A. & Huang, G. D. (2004). From confounders to suspected risk factors: psycho-social factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14, 171-178
- Frank, A. O. & Chamberlain, M. A. (2006). Rehabilitation: an integral part of clinical practice. **Occupational Medicine**, 56, 289-293
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., *et al.* (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope – if we can just get *all* the players onside. **Canadian Medical Association Journal**, 158(12):1625–31
- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. & Badley, E. (2008), Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labour force, **Arthritis Care & Research**, 59 (12), 1805-1813
- Gignac, M. A. M., Badley, E. M., Lacaille, D., Cott, C. C., Adam, P. & Anis, A. H. (2004). Managing arthritis and employment: Making arthritis-related work changes as a means of adaptation. **Arthritis & Rheumatism**, 51 (6), 909-916
- Gordeev, V. S., Maksymowych, W. P., Evers, S. M., Ament, A., Schachna, L. & Boonen, A. (2009). The role of contextual factors on health-related quality of life in ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, published online 11 March 2009, doi:10.1136/ard.2008.100164
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier, C. (2001). Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. **British Medical Journal**, 322, 1511–1516
- Halpern, M. T., Cifaldi, M. & Kvien, T. K. (2008). Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparison of an open-label extension study and a registry-based control group, **Annals of the Rheumatic Diseases**, publié en ligne le 1er oct. 2008, doi:10.1136/ard.2008.092734
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. & Westman, G. (1997). The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, 25 (1), 17-25



- 
- HSE. (2002). **Initiative Evaluation Report: Back to Work**. London: Health and Safety Executive
- Huscher, D., Merkesdal, S., Thiele, K., Schneider, M. & Zink, A. (2006). Cost of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and systemic lupus erythematosus in Germany. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 65, 1175-1183
- Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T. & Cook, R. J. (2001) Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, 45, 151-158
- Katz, W. A. (2002). Musculoskeletal Pain and its socioeconomic implications. **Clinical Rheumatology, Supplement**, 1, 2-4
- Kavanaugh, A. (2005). Health economics: implications for novel antirheumatic therapies. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 64, 65-69
- Kemler, M. A. & Furnée, C. A. (2002). The impact of chronic pain on life in the household. **Journal of Pain Symptom Management**, 23 (5), 433-441
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. & Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. **Journal of Psychosomatic Research**, 34(4), 401-408
- Kobelt, G. (2007). Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 66, 35-39
- Läubli, T. & Müller, C. (2009). Conditions de travail et maladies de l'appareil locomoteur. **Estimation du nombre de cas et des coûts macroéconomiques pour la Suisse**. Téléchargé le 15 octobre 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www.news-service.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/16748.pdf>
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. & Canesi, B. (2002). A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. **Clinical and Experimental Rheumatology**, 20, 505-515
- Ledsom, M. (2007). Disability dilemma. **Swiss News**, June 2007. Téléchargé le 20 juin 2009 à l'adresse suivante:  
[http://www.swissnews.ch/backissues/2007/06.07/sn0607\\_politics.pdf](http://www.swissnews.ch/backissues/2007/06.07/sn0607_politics.pdf)
- Leu, R., Rutten, F., Brouwer, W., Matter, P. & Rüttschi, C. (2009). **The Swiss and Dutch health insurance systems: universal coverage and regulated competitive insurance markets**. Commonwealth Fund. Téléchargé le 27 mai 2009 à l'adresse suivante:  
[http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Jan/The%20Swiss%20and%20Dutch%20Health%20Insurance%20Systems%20%20Universal%20Coverage%20and%20Regulated%20Competitive%20Insurance/Leu\\_swissdutchhltinssystems\\_1220%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Jan/The%20Swiss%20and%20Dutch%20Health%20Insurance%20Systems%20%20Universal%20Coverage%20and%20Regulated%20Competitive%20Insurance/Leu_swissdutchhltinssystems_1220%20pdf.pdf)

- Lundkvist, J., Kastang, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8 (Supple 2), 49-60
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A., Davenport, G., *et al.*, (2006). On behalf of the British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards. Guidelines and Audit Working Group British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (The first two years). **Rheumatology**, 45, 1167-1169
- MacGregor, E. A., Brandes, J., Eikermann, A. & Giammarco, R. (2004). Impact of migraine on patients and their families: the Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey – Phase III. **Current Medical Research Opinion**, 20 (7), 1143-1150
- McLaren, N. (2006). Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. **Medical Hypotheses**, 66 (6), 1165-73
- Meijer, E., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 78 (7), 523-532
- Meijer, E., Sluiter, J., Heyma, A., Sadiraj, K. & Frings-Dresen, M. (2006). Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomised, controlled trial with one-year follow-up. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, 79 (8), 654-664
- Mermod, J., Fischer, L., Staub, L. & Busato, A. (2008). Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: A comparison between Neural Therapy and conventional medicine. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 8, 33. doi: 10.1186/1472-6882-2-33
- Monnin, D., Cedraschi, C., Grandjean, R., Griesser, A. C., Genevay, S., Kupper, D. *et al.* (2008). Prévalence du mal de dos et facteurs occupationnels parmi les personnel soignant d'un hôpital. **Swiss Medical Weekly**, 138 (Suppl 165)
- Nachemson, A., Waddell, G. & Norlund A. (2000) Epidemiology of neck and low back pain. In Nachemson, A. & Jonsson E., (eds.) **Neck and Back Pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment**, 165-188. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Netherlands Society of Occupational Medicine (NVAB) (2003). **Practice guideline for occupational physicians on the management of employees with complaints of arm, shoulder or neck**. Téléchargé le 6 novembre 2009 à l'adresse suivante: [www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)

- 
- OECD (2006). **Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – Norway, Poland and Switzerland**
- OECD (2007). **Economic Survey of Switzerland 2007**. Téléchargé le 20 juin 2009 à l'adresse suivante:  
[www.oecd.org/eco/surveys/switzerland](http://www.oecd.org/eco/surveys/switzerland)
- Office fédéral de la statistique (2009a). **Statistical Data on Switzerland 2009**. Téléchargé le 19 juin 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/infothek/publ.Document.118089.pdf>
- Office fédéral de la statistique (2009b). **La prévoyance professionnelle en Suisse. Statistique des caisses de pensions, 2007**. Téléchargé le 15 mai 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/22/publ.Document.119726.pdf>
- Office fédéral des assurances sociales (2005). **Prestations d'invalidité et problèmes de santé psychique. Chiffres clés et mesures prises dans six pays**. Rapport de recherche n° 7/05. Téléchargé le 19 juin 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr&bereich=1&jahr=&Inr=07/05#pubDetails>
- Office fédéral des assurances sociales (2008). **Statistique de l'AI 2008. Tableaux détaillés**. Téléchargé le 24 mai 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.112665.pdf>
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- Pugner, K. M., Scott, D. I., Holmes, J. W. & Hieke, K. (2000). The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, 29, 305-320
- Punnett, L. & Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, 14 (1), 13-23
- Rieker, A. (2007). **TMS – Une approche d'allègement de la reprise du travail**. Paper presented at the 11e Journée suisse de la sécurité au travail (JSST 2007), Lucerne. Téléchargé le 22 mai 2009 à l'adresse suivante:  
[http://www.ekas.admin.ch/index-fr.php?frameset=53&page=551/Rieker\\_komplett\\_f.pdf](http://www.ekas.admin.ch/index-fr.php?frameset=53&page=551/Rieker_komplett_f.pdf)
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M. & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17 (2), 327-352
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). **Management of early rheumatoid arthritis**, SIGN publication 48. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

- SCQM Foundation (2007). Annual Report 2007. Téléchargé le 2 mai 2009 à l'adresse suivante: <http://www.scqm.ch/uber-scqm/annual-reports/annual-report-2007>
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A. & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61 (Supplement III), 8-18
- Smyth, M., Stone, A., Hurewitz, A. & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. **Journal of the American Medical Association**, 281, 1304-1309
- Sokka, T. Häkkinen, A., Kautiainen, H., Maillefert, J. F., Toloza, S., Hansen, M., *et al.* (2008). Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: Data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. **Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)**, 59(1), 42-50
- Sokka, T. & Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. **Journal of Rheumatology**, 28, 1718-1722
- Sullivan, M. J. & D'Eon, J. L. (1990). Relation between catastrophising and depression on chronic pain patients. **Journal of Abnormal Psychology**, 99, 260-263
- SUVA (2004). **Statistique des accidents LAA 1998–2002. Dix-septième période quinquennale d'observation de la Suva et troisième période quinquennale d'observation de tous les assureurs LAA**. Téléchargé le 18 juin 2009 à l'adresse suivante: [https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/Fuenfjahresbericht1998\\_2002franzoesisch.pdf](https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/Fuenfjahresbericht1998_2002franzoesisch.pdf)
- The Bone & Joint Decade. (2005). **European Action Towards Better Musculoskeletal Health: A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions**. Lund: The Bone & Joint Decade, Department of Orthopedics, University Hospital. Téléchargé le 15 avril 2009 à l'adresse suivante: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2000/promotion/fp\\_promotion\\_2000\\_frep\\_15\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf)
- van Duijn, M. & Burdorf, A. (2008). Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. **Journal of Rehabilitation Medicine**, 40, 576-581
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S. & Bombardier, C. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature. **Journal of Clinical Epidemiology**, 56, 925–936
- Veale, A., Woolf, A. & Carr, A. (2008). Chronic musculoskeletal pain and arthritis: Impact, attitudes and perceptions. **Irish Medical Journal**, July/August, 101 (7), 208-210
- Waddell, G. & Burton, A. K., (2006a). **Is work good for your health and well-being?** London: Department for Work and Pensions
- Waddell, G. & Burton, A. K. (2006b). Principles of rehabilitation for common health problems, in O'Donnell, M. **Rehabilitation: Keeping people in work**. Chief Medical Officer's Report 2006. Dorking, UnumProvident

- 
- Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C. *et al.* (2008). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 68, 685-689
- Werner, E. L., Lærum, E., Wormgoor, M. E., Lindh, E. & Indhal, A. (2007). Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. **Occupational Medicine**, publié en ligne le 4 octobre 2007, doi:10.1093/occmed/kqm094
- WHO Scientific Group (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: WHO. Téléchargé le 15 avril 2009 à l'adresse suivante:  
<http://www3.who.int/icf/icftemplate/cfm>
- WHO Scientific Group (2003). **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium**. Geneva: WHO
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J., Emery, P., *et al.* (2000). How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of five years of follow-up in 732 patients from the early RA study (ERAS). **Rheumatology**, 39, 603-611
- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., Devlin, J., *et al.* (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the early RA study (ERAS). **Annals of the Rheumatic Diseases**, 61, 335-340
- Zampolini, M., Bernadinello, M. & Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. **Disability and Rehabilitation**, 29 (17), 1377-1385

## Annexe 1: Interviews et consultation avec les experts

---

Au cours de nos recherches, les personnes suivantes nous ont fait partager leurs idées et leurs informations, et nous leur sommes très reconnaissants du temps qu'elles nous ont accordé. Si la rédaction de ce rapport tient compte de leurs opinions, leur participation n'implique toutefois aucunement qu'ils souscrivent à ses conclusions.

M. René Bräm	Directeur de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante
Pr André Busato	Institute for Evaluative Research in Orthopaedic Surgery, Université de Berne
Pr Brigitta Danuser	Directrice de l'Institut universitaire romand de Santé au Travail (IST), Université de Lausanne
Pr Cem Gabay	Président de la Société suisse de rhumatologie Médecin-chef du service de rhumatologie, Hôpitaux universitaires de Genève
Dr Stéphane Genevay	Service de rhumatologie, Hôpitaux universitaires de Genève
Dr Jörg Jeger	Directeur du Medical institute for disability assessment in Switzerland (MEDAS)
Dr Andreas Klipstein, PD	Directeur de la section Disability Management, Centre de santé au travail, AEH Zentrum, Zurich
M <sup>me</sup> Valérie Krafft	Directrice de la Ligue suisse contre le rhumatisme, organisation suisse de patients pour l'arthrite et les rhumatismes
Dr Thomas Langenegger	Responsable des affaires cliniques, Société suisse de rhumatologie Médecin-chef du service de rhumatologie et d'ostéoporose, Hôpital cantonal de Zoug
Pr Beat Michel	Directeur du service de rhumatologie Institut de médecine physique Hôpital universitaire de Zurich
Dr Burkhard Möller, PD	Head section arthritis Clinique de rhumatologie, d'immunologie clinique et d'allergologie Hôpital universitaire de Berne
Dr Almut Scherer	Swiss Clinical Quality Management (SCQM) Foundation
Dr Hans A. Schwarz	Président de la Swiss Clinical Quality Management (SCQM) Foundation

## Annexe 1: Interviews et consultation avec les experts

---

Pr Peter Matthias Villiger	Directeur de la Clinique de rhumatologie, d'immunologie clinique et d'allergologie Hôpital universitaire de Berne
Dr Marcel Weber	Président de la Société suisse de médecine physique et réadaptation (SSMPR) Médecin-chef adjoint de la clinique de rhumatologie et de réadaptation, Hôpital Triemli, Zurich
M <sup>me</sup> Barbara Zindel	Physiothérapeute, Ligue suisse contre le rhumatisme

## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

---

L'étude Fit for Work Europe a examiné la situation de 23 pays européens ainsi que le Canada et Israël. Cette approche nous permet d'étudier dans quelle mesure l'intervention précoce est mise en œuvre à travers l'Europe. Elle nous permet également de voir dans quelle mesure nous pouvons identifier à la fois les facteurs permettant une intervention précoce et ceux y faisant obstacle, compte tenu des différentes démarches en matière de réglementation qui affectent le marché du travail, le système social et le système de santé. Afin d'explorer ces divers aspects, nous avons analysé un certain nombre d'indicateurs couvrant:

- le marché du travail;
- le système social;
- le système de santé.

Les données présentées ci-après sont issues de sources internationales variées. Nous avons utilisé des données de 2005 afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre pays pour un certain nombre d'indicateurs. Les données proviennent en grande partie de l'OCDE. Cependant, lorsque les données de l'OCDE n'étaient pas disponibles, nous nous sommes servis des données d'Eurostat. Une sélection d'indicateurs est présentée *infra*.



## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

	PIB par habitant en PPA	Pourcentage de la population en âge de travailler	Taux de chômage (%)		Taux de chômage de longue durée, % de chômeurs	Âge moyen de départ en retraite		Productivité de la main-d'œuvre par heure de travail, PIB en SPA	Coût horaire de la main-d'œuvre
			Hommes	Femmes		Hommes	Femmes		
Allemagne	\$31 380	66,9	11,2	10,0	54,1	61,6	60,7	113,0	€27,20
Autriche	\$33 496	67,7	4,9	5,5	23,3	59,1	58,1	100,2	€26,23
Belgique	\$32 063	65,6	7,7	9,5	51,6	59,3	58,1	123,4	€30,73
Canada	\$35 002	69,3	7,0	6,5	9,6	63,3	61,5	-	-
Croatie	-	66,9*	-	-	58,4*	60,5*	-	-	-
Danemark	\$33 196	66,1	4,4	5,3	25,9	64,1	61,4	101,6	€31,98
Espagne	\$27 377	68,8	7,1	12,2	32,6	61,2	63,6	89,9	€15,22
Finlande	\$30 695	66,7	8,2	8,6	24,9	60,5	60,1	94,9	€26,70
France	\$29 759	65,1	8,4	10,2	41,4	58,6	59,4	116,2	€29,29
Grèce	\$24 928	67,3	6,2	15,3	53,7	62,4	61,2	71,2	-
Irlande	\$38 693	68,3	4,6	4,0	34,3	65,2	65,3	105,9	-
Israël	\$23 207	-	6,2	10,0	52,2	-	-	-	-
Italie	\$28 122	66,5	9,5	32,5	32,5	60,4	60,9	90,4	€21,39
Lituanie	-	67,8*	8,2*	8,3*	52,5*	60,0*	-	43,1	€3,56
Norvège	\$47 319	65,6	4,8	4,4	9,5	63,3	61,8	159,3	-
Pays-Bas	\$35 111	67,5	4,4	5,0	40,1	60,3	60,5	121,2	€27,41
Portugal	\$20 656	67,4	6,8	8,7	48,6	66,2	66,0	54,4	€10,60
Rép. tchèque	\$20 366	71,0	6,5	9,8	53,6	61,5	58,4	51,7	€6,63
Slovaquie	\$16 175	71,5	15,5	17,3	68,1	59,2	55,5	57,5	€4,80
Slovénie	\$23 456	70,2*	6,2	7,1	49,2	58,5*	-	62,8	€10,76
Suède	\$32 298	65,3	7,3	7,3	18,9	65,4	62,5	101,6	€31,55
Suisse	\$35 839	68,0	3,9	5,1	39,0	65,3	64,9	92,3	€32,82
Royaume-Uni	\$32 695	66,0	5,2	4,3	22,4	63,2	61,4	91,9	€24,47
Turquie	\$10 841	65,7	10,2	10,1	39,6	64,5	63,8	-	-
OCDE	\$26 849	-	8,3	9,6	45,9	-	-	-	-
UE-27*	-	67,0	-	-	-	-	-	88,3	€20,47

Sources: PIB par habitant en parités de pouvoir d'achat; taux de chômage; taux de chômage de longue durée: OCDE, 2009b; \*Eurostat, 2009; population en âge de travailler: OCDE, 2009a; âge moyen de départ en retraite, 2000-2005: OCDE, 2009d, \*Eurostat, 2009; productivité de la main-d'œuvre par heure de travail, PIB en SPA: Eurostat, 2009b; coût horaire de la main-d'œuvre: Eurostat, 2009a

## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

	Dépenses sociales publiques (% PIB)	Dépenses publiques de santé (% PIB)	% des dépenses de protection sociale pour les fonctions:			Générosité du système social	Interventions du système de protection sociale
			Maladie/soins de santé	Invalidité	Chômage		
Allemagne	26,7	8,2	28,4	6,2	7,0	6,11	2
Autriche	27,2	7,9	25,5	8,6	5,8	5,46	2
Belgique	26,4	7,4	27,1	7,0	12,2	4,38	2
Canada	16,5	6,9	-	-	-	3,52	-
Croatie	-	-	-	-	-	-	-
Danemark	26,9	7,9	20,7	14,4	8,6	5,40	2
Espagne	21,2	5,8	30,9	7,5	12,3	4,75	2
Finlande	26,1	6,2	25,9	12,9	9,3	2,60	3
France	29,2	8,9	29,8	5,9	7,5	5,24	3
Grèce	20,5	5,6	27,8	4,9	5,1	-	1
Irlande	16,7	6,5	40,9	5,3	7,5	-	3
Israël	-	-	-	-	-	-	-
Italie	25,0	6,8	26,7	6,0	2,0	-	2
Lituanie	-	-	30,3	10,4	1,8	-	2
Norvège	21,6	7,6	32,0	19,1	2,7	-	3
Pays-Bas	20,9	6,0	30,7	9,7	6,1	3,40	3
Portugal	-	7,3	30,1	10,0	5,8	4,75	1
Rép. tchèque	19,5	6,3	35,3	7,8	3,6	5,15	2
Roumanie	-	-	36,2	6,8	3,2	-	-
Slovaquie	16,6	5,3	29,6	8,1	3,4	5,00	2
Slovénie	-	6,1	32,3	8,5	3,3	-	2
Suède	29,4	7,5	25,9	15,0	6,1	6,73	2
Suisse	20,3	6,8	26,4	12,7	4,4	5,09	2
Royaume-Uni	21,3	7,1	30,9	8,9	2,6	3,87	3
Turquie	13,7	4,1	-	-	-	-	-
OCDE	20,5	6,5	-	-	-	-	-
UE-27			28,8	7,6	6,0		

Sources: dépenses sociales publiques; dépenses publiques de santé: OCDE, 2009d; % des dépenses pour les prestations d'invalidité: Eurostat, 2009c; générosité du système social: Osterkamp und Rohn, 2007 (score élevé = plus généreux); notation des interventions du système de protection sociale (1 = interventions limitées à 3 = interventions avancées disponibles)

## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

	Absence pour raisons de santé (%)	Nombre moyen de journées d'absence	DALY dans les TMS (% du total)		DALY dans la PR (% du total)	Prévalence des douleurs dorsales liées au travail (population active)	Nombre de patients souffrant de PR dans la pop. générale (prévalence)	Médecins pour 1,000 habitants	
			Hommes	Femmes				Rhumatologues*	MG
Allemagne	28,0	3,5	3,3	5,5	0,83	18,8	544 000 (0,66)	0,015	1,46
Autriche	20,6	3,4	3,3	5,4	0,86	23,9	55 000 (0,67)	0,024	1,47
Belgique	28,8	7,0	3,1	5,1	0,78	19,4	69 000 (0,66)	-	2,08
Canada	-	-	-	-	0,86	-	215 000 (0,66)	0,014	1,03
Croatie	19,3	9,4	2,3	4,5	-	41,7	-	-	-
Danemark	32,8	6,6	3,1	4,7	0,78	18,8	36 000 (0,66)	-	0,77
Espagne	14,2	3,6	3,1	6,0	0,83	29,1	197 000 (0,45)	0,018	0,85
Finlande	44,6	8,5	3,1	5,5	0,88	26,1	35 000 (0,67)	0,020	0,72
France	19,1	5,5	3,1	5,4	0,81	21,6	283 000 (0,45)	0,036	1,66
Grèce	14,0	2,8	3,1	5,5	0,78	47,0	50 000 (0,45)	0,025	0,29
Irlande	21,1	3,9	2,7	4,6	0,77	14,4	28 000 (0,67)	0,011	0,51
Israël	-	-	-	-	-	-	-	0,014	-
Italie	25,1	3,8	3,5	6,0	0,91	24,3	264 000 (0,45)	0,029	0,94
Lituanie	21,1	4,3	2,8	6,6	0,79	37,8	22 000 (0,65)	0,024	-
Norvège	27,2	7,1	3,5	5,3	0,89	22,6	31 000 (0,67)	0,044	0,81
Pays-Bas	33,7	8,6	3,6	5,2	0,87	13,9	108 000 (0,66)	0,014	0,46
Portugal	13,4	8,6	2,5	5,1	0,72	30,8	70 000 (0,66)	0,009	1,68
Rép. tchèque	28,2	5,5	-	-	0,69	22,8	68 000 (0,66)	0,014	0,73
Roumanie	11,1	2,0	3,2	5,9	0,76	42,4	143 000 (0,66)	0,013	-
Slovaquie	22,9	5,2	3,6	7,3	0,93	38,9	36 000 (0,67)	0,017	-
Slovénie	28,2	8,7	2,7	4,9	0,72	46,2	13 000 (0,65)	0,012	-
Suède	28,1	-	3,9	5,9	0,97	27,9	60 000 (0,66)	0,029	0,59
Suisse	19,2	4,0	3,9	6,2	0,96	18,1	49 000 (0,66)	0,056	0,52
Royaume-Uni	22,6	3,7	3,2	4,9	0,81	10,8	399 000 (0,66)	0,015	0,71
Turquie	18,6	4,8	-	-	0,84	34,7	482 000 (0,66)	0,002	0,74
UE-27	22,3	4,6	3,2	5,5	-	25,6	-	-	-
Europe	-	-	-	-	0,84	-	2 962 000	-	-

Sources: absence pour raisons de santé; prévalence des douleurs dorsales liées au travail : EWCS, 2005; Parent-Thirion et al., 2007; DALY dans les TMS: WHO, 2006, 2007; DALY dans la PR, prévalence de la PR: Lundkvist et al. 2008; rhumatologues pour 1000 habitants: sources et années variées\*; MG pour 1000 habitants: OCDE, 2009c

## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

Variable	Définition (fournie par la source)	Source
<i>Indicateurs de travail</i>		
PIB par habitant en PPA 2005	Le produit intérieur brut est un agrégat mesurant le niveau de production d'un pays; il peut se définir de trois manières. Il est égal à la somme des valeurs ajoutées brutes de toutes les unités institutionnelles résidentes engagées dans la production (augmentée de tous les impôts moins toutes les subventions, sur les produits non inclus dans la valeur de leur production). Il est égal à la somme des emplois finaux intérieurs de biens et de services (tous les emplois sauf consommation intermédiaire) mesurée en prix d'achat, moins la valeur des importations de biens et de services; ou bien encore à la somme des revenus primaires distribués par unités productrices résidentes.	OCDE, 2009b; les données marquées d'un astérisque (*) proviennent d'Eurostat, 2009
Population active, % 2005	Part de la population totale âgée de 15 à 64 ans inclus.	OECD, 2009a
Taux de chômage selon les sexes 2005	Les chômeurs sont définis comme les personnes déclarant qu'elles sont sans travail, qu'elles sont disponibles pour travailler et qu'elles ont pris des dispositions actives pour chercher un travail au cours des quatre dernières semaines écoulées. Les directives du BIT spécifient le type de démarches considérées comme des dispositions actives pour chercher un travail; il s'agit notamment de la réponse à des annonces dans les journaux, de démarches à la porte des usines, sur des sites de construction et autres lieux de travail, et de l'insertion d'annonces dans les journaux ainsi que de l'inscription à un bureau de placement public ou privé.  Le taux de chômage est défini comme le ratio entre le nombre de personnes au chômage et le nombre de personnes dans la population active, celle-ci étant égale à la somme des personnes ayant un emploi et celles au chômage. Les personnes ayant un emploi sont définies comme celles ayant travaillé au moins une heure au cours de la dernière semaine.	OECD, 2009b
Chômage de longue durée – Moyennes annuelles selon les sexes (%) 2005	Le chômage de longue durée est défini par convention comme le fait d'être au chômage depuis au moins six mois ou, comme ici, depuis au moins 12 mois. Les ratios calculés ici reflètent la proportion de ces chômeurs de longue durée parmi l'ensemble des chômeurs.	OCDE, 2009b

Variable	Définition (fournie par la source)	Source
<i>Indicateurs de travail, suite</i>		
Âge moyen de retrait définitif du marché du travail – retraite 2005	<p>La retraite est associée à la cessation du travail et à la perception d'une pension. Les âges réels de départ en retraite sont difficiles à mesurer directement sans données longitudinales internationales comparables, et les comparaisons internationales doivent donc se baser sur des mesures indirectes de données transversales. Les mesures indirectes considèrent les personnes au-dessus d'un certain âge comme «retraitées» si elles ne sont pas dans la population active au moment de l'enquête (âge moyen au moment de quitter la population active). Les mouvements nets de départ en retraite sont évalués par les changements intervenus au cours du temps dans la proportion des seniors qui ne sont pas dans la population active. Cette mesure indirecte est utilisée dans les études actuelles de l'OCDE sur les seniors en emploi. Elle mesure l'âge moyen effectif de départ en retraite. L'âge officiel de départ en retraite est également difficile à cerner, surtout lorsque la retraite est basée sur un nombre fixe d'annuités.</p>	OCDE, 2009d; les données marquées d'un astérisque (*) dans le tableau proviennent d'Eurostat, 2009
Productivité horaire du travail – PIB en SPA	<p>Le produit intérieur brut (PIB) est une mesure de l'activité économique dans une économie. Il est défini comme la valeur de tous les biens et services produits moins la valeur de tous les biens ou services utilisés pour leur création. Le PIB horaire vise à donner une image de la productivité des économies nationales exprimée en relation avec la moyenne de l'Union Européenne (UE-15). Si l'index d'un pays est supérieur à 100, le niveau du PIB horaire de ce pays est supérieur à la moyenne de l'UE et vice-versa. Les chiffres de base sont exprimés en SPA, c.à.d une monnaie commune qui gomme les différences de prix entre pays et permet ainsi d'effectuer des comparaisons de volume significatives du PIB entre pays. En exprimant la productivité par heure de travail, on élimine les différences dans la composition de la main-d'œuvre en plein temps/temps partiel.</p>	Eurostat, 2009b
Coûts horaires de la main-d'œuvre 2005	<p>Les coûts horaires moyens de la main-d'œuvre sont définis comme les coûts totaux de la main-d'œuvre divisés par le nombre correspondant d'heures de travail.</p>	Eurostat, 2009a

## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

Variable	Définition (selon la source)	Source
<i>Indicateurs sociaux</i>		
Dépenses sociales publiques (% du PIB) 2005	Les dépenses sociales sont classées comme publiques lorsque les pouvoirs publics (administration centrale, collectivités locales et institutions de sécurité sociale) en contrôlent les flux financiers.	OCDE, 2009d
Dépenses publiques de santé 2005	Les dépenses publiques de santé se réfèrent aux dépenses de santé encourues par les fonds publics. Ceux-ci désignent l'État, les collectivités régionales et locales, ainsi que les caisses de sécurité sociale. La formation du capital public pour la santé comprend les dépenses d'investissement dans des services de santé financées par des fonds publics ainsi que les dépenses de transfert vers le secteur privé pour la construction d'hôpitaux et les équipements hospitaliers. Les fonds publics correspondent à la composante H1 de la classification CICS-HF des systèmes de financement des soins de santé.	OCDE, 2009d
Prestations de maladie/ soins de santé – en % de l'ensemble des prestations 2005	Les dépenses de protection sociale comprennent: les prestations sociales, qui consistent en transferts, en espèces ou en nature, aux ménages et aux particuliers destinés à les alléger de la charge d'un ensemble défini de risques ou de besoins; les coûts administratifs, qui représentent les coûts facturés à la caisse pour sa gestion et son administration; d'autres dépenses consistant en frais de fonctionnement divers pour les caisses de protection sociale (paiement des impôts fonciers et autres).	Eurostat, 2009c
Invalidité – Prestations sociales par fonction – % de l'ensemble des prestations 2005	La même que susdite.	Eurostat, 2009c
Chômage – Prestations sociales par fonction – % de l'ensemble des prestations 2005	La même que susdite.	Eurostat, 2009c

Variable	Définition (selon la source)	Source
<i>Indicateurs sociaux, suite</i>		
Index de générosité d'O & R	Sept différentes mesures de générosité ont été combinées pour fournir une mesure unique évoluant dans une fourchette comprise entre 0 et 7, où 7 indique le plus haut niveau de générosité. Les sept variables incluent le délai d'attente, le fait de ne pas avoir besoin de certificat médical pour justifier d'une absence, la durée totale maximale de versements des prestations, la durée totale maximale des versements effectués par l'employeur, le montant des versements de l'employeur, le montant des versements de la caisse d'assurance maladie et la preuve extérieure de la maladie ou de l'accident.	Osterkamp and Rohn, 2007
Interventions du système de protection sociale	La base de données MISSOC (Mutual Information System on Social Protection ou système d'information mutuelle sur la protection sociale) offre une description des systèmes de protection sociale pour chaque pays européen et permet de comparer les systèmes entre eux. Trois experts indépendants ont revus les descriptions résumées des sujets de protection sociale orientés vers les prestations d'invalidité et celles d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Les systèmes ont été notés de 1 à 3, où 1 signifie l'existence d'une réglementation très limitée pouvant contribuer à une intervention précoce, et 3 l'existence d'une réglementation avancée pouvant contribuer à une intervention précoce.	Notations par des experts indépendants. Données du MISSOC (2009). Tableaux comparatifs sur la protection sociale – Janvier 2005. Téléchargé le 27 juillet 2009 à l'adresse suivante: <a href="http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en">http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en</a>



## Annexe 2: Tables d'évaluation des performances

Variable	Définition (selon la source)	Source
<i>Instruments d'évaluation de la santé</i>		
Nombre moyen de journées d'absence pour raisons de santé	Nombre moyen de journées d'absence pour raisons de santé.	Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley and Vermeylen, 2007
% d'arrêts de travail pour raisons de santé 2005	% déclarant une absence pour raisons de santé.	EECT, 2005
DALY dans les TMS, hommes et femmes	Les disability-adjusted life years (DALY) sont souvent utilisés pour évaluer la charge d'une maladie. La définition des DALY de l'OMS combine dans une seule mesure les années de vie productives perdues en raison d'incapacités et les années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée. Un DALY peut être considéré comme la perte d'une année équivalente de bonne santé.	WHO, 2006, 2007
DALY dans la PR	Les DALY sont souvent utilisés pour évaluer la charge d'une maladie. La définition des DALY de l'OMS combine dans une seule mesure les années de vie productives perdues en raison d'incapacités et les années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée. Un DALY peut être considéré comme la perte d'une année équivalente de bonne santé.	Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008
Prévalence des douleurs dorsales 2005	% de personnes faisant état de douleurs dorsales d'origine professionnelle dans l'EECT	EECT, 2005
Nombre de personnes souffrant de PR	Nombre estimé de personnes atteintes de PR. Le pourcentage est calculé à partir du nombre d'individus atteints de PR divisé par les chiffres de la population cités dans l'article.	Lundkvist, Kastäng and Kobelt, 2008
Rhumatologues en exercice pour 1000 habitants	Nombre de rhumatologues en exercice pour 1000 habitants. La définition utilisée pour trouver la proportion de rhumatologues peut varier selon les pays en fonction de la source, ce qui rend les comparaisons difficiles.	Sources variées
Médecins généralistes (MG) en exercice, densité pour 1000 habitants 2005	Nombre de MG en exercice pour 1000 habitants.	OCDE, 2009c



### Références

- Eurostat. (2009a). **Hourly labour costs – EUR**. Téléchargé le 4 juin 2009 à l'adresse suivante: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00173&plugin=1>
- Eurostat. (2009b). **Labour productivity per hour worked, GDP in PPS**. Téléchargé le 4 juin 2009 à l'adresse suivante: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/download.do?jsessionid=9ea7974b30e89c4d0a99af7e42a9b710fb960bc43c29.e34SbxiOchiKc40LbNmLahiKaNyMe0?tab=table&plugin=0&language=en&pcode=tsieb040>
- Eurostat. (2009c). **Social benefits by function – (per cent of total benefits)**. Téléchargé le 4 juin 2009 à l'adresse suivante: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00106&plugin=1>
- EWCS – fourth edition. (2005). [Data file]. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Lundkvist, J., Kastäng, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics**, 8(Supple 2), 49-60
- OECD (2009a). **Annual Labour Force Statistics: Population 15-64 as per cent of population**. Téléchargé le 15 juillet 2009 à l'adresse suivante: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>
- OECD (2009b). **OECD Fact book 2009: Economic, Environmental and Social Statistics**. Téléchargé le 15 juillet 2009 à l'adresse suivante: <http://www.sourceoecd.org/rpsv/factbook2009/index.htm>
- OECD. (2009c). **OECD Health Data 2008 – Selected Data**. Téléchargé le 4 juin 2009 à l'adresse suivante: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG>
- OECD (2009d). **OECD Society at a Glance**. Téléchargé le 15 juillet 2009 à l'adresse suivante: <http://oberon.sourceoecd.org/vl=646290/cl=23/nw=1/rpsv/societataglance2009/index.htm>
- Osterkamp, R. & Rohn, O. (2007). Being on sick leave: Possible explanations for differences of sick-leave days across countries. **CESifo Economic Studies**, 53, 91-114
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. (2007). **Fourth European Survey on Working Conditions**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- Royal College of Physicians. (2008). **Consultant Physicians Working for Patients, The duties, responsibilities and practice of physicians**. 4<sup>th</sup> edition. London: The Royal College of Physicians. Téléchargé le 9 juin 2009 à l'adresse suivante: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/03560858-60e3-44c3-87eb-716a6d1d696c.pdf>
- WHO. (2006/7). **Highlights on health**. Geneva: WHO

## Annexe 3: travail de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante

---

Bien que nombre de patients souffrant de SA travaillent, leur handicap les rend davantage sujets à des problèmes de santé au travail. Consciente de l'importance du maintien en fonction pour les personnes touchées par cette maladie, la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante (SSSA) offre à ses membres un soutien lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes liés à leur handicap sur leur lieu de travail. En se basant sur un réseau de spécialistes - médecins, physiothérapeutes, conseillers professionnels, experts en assurance pour les indemnités journalières et les rentes d'invalidité, case managers et juristes, la SSSA vise à créer une situation «win-win» où l'employeur puisse continuer à profiter des aptitudes et de l'expérience de l'employé, et celui-ci bénéficier de la sécurité d'emploi, de la reconnaissance, du contact social et de l'indépendance liés à son travail.

Afin de créer une situation «win-win», la SSSA encourage les médecins praticiens à s'aboucher avec les employeurs et à s'assurer que les supérieurs hiérarchiques directs comprennent que l'AS n'est pas un simple mal de dos habituel, mais une maladie spécifique dont l'évolution est souvent marquée par des poussées périodiques.

Par ailleurs, la SSSA insiste sur l'importance pour le praticien de disposer d'une description détaillée du travail exigé par l'employeur, et aussi de la nécessité de formuler des recommandations sur les activités qui ne sont pas appropriées pour les patients atteints de SA.

---

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, conservée dans un système de recherche ou transmise, sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit, électroniquement, mécaniquement, par photocopie, par enregistrement et/ou autrement sans l'autorisation préalable des éditeurs. Cette publication ne peut être prêtée, revendue, louée ou autrement cédée à des fins commerciales sous une forme, reliure ou couverture autre que celle sous laquelle elle est publiée sans le consentement préalable des éditeurs.

Pour obtenir une autorisation, veuillez vous adresser à [pdm@theworkfoundation.com](mailto:pdm@theworkfoundation.com)

**Nos services:**

Recherches

Consulting

Organisation de projets et représentation

Partenariat

**La Work Foundation est la principale autorité indépendante sur le travail et son avenir. Elle vise à améliorer la qualité de vie professionnelle ainsi que l'efficacité des organisations concernées en fournissant aux dirigeants, aux décisionnaires et aux formeurs d'opinion des données, des conseils et de nouvelles approches, mais aussi en les intégrant à des réseaux spécialisés.**

© The Work Foundation

Organisation reconnue d'utilité publique n° 290003

1<sup>ère</sup> édition: décembre 2009

The Work Foundation

21 Palmer Street

London

SW1H 0AD

Email: [pdm@theworkfoundation.com](mailto:pdm@theworkfoundation.com)

Site web: [www.theworkfoundation.com](http://www.theworkfoundation.com)

Ce travail a bénéficié d'une bourse de recherche allouée par Abbott

