

Chapitre 4

Prévention du stress au travail, incitations aux employeurs et soutien aux travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale

Les employeurs occupent une position idéale pour aider leurs employés à s'attaquer aux problèmes de santé mentale et conserver leur emploi. Les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux prennent des arrêts maladie plus souvent que les autres et sont absents plus longtemps. Dans le même temps, ils font état beaucoup plus souvent d'une productivité réduite au travail. La prévention du stress sur le lieu de travail est un moyen aussi nécessaire qu'efficace de faire face aux problèmes de santé mentale existants. Mais les préjugés sur la santé mentale étant omniprésents, il est difficile de trouver une solution aux problèmes au travail liés à la santé mentale. Pour que les cadres puissent détecter les problèmes mentaux, ils doivent bénéficier de formations et d'un soutien adaptés.

Conclusions :

- *Renforcer la législation pour prévenir les risques psychosociaux.*
- *Améliorer les réactions des responsables hiérarchiques face aux problèmes de santé mentale des travailleurs.*
- *Élaborer un processus efficace de gestion du retour à l'emploi.*
- *Renforcer les incitations et les obligations à destination des employeurs pour prévenir les arrêts maladie et y faire face.*

La plupart des personnes qui souffrent de troubles mentaux ont un emploi et se rendent sur leur lieu de travail, mais il est rare qu'elles soient pleinement productives. Le lieu de travail est donc un terrain essentiel à partir duquel on peut trouver des solutions au problème de l'exclusion liée à la santé mentale. En outre, alors qu'en général, le lieu de travail constitue un cadre protecteur et favorise une bonne santé mentale, il peut aussi être source de détresse et aggraver l'état des employés en mauvaise santé mentale. Les comportements stigmatisants, les interventions évasives et contre-productives des cadres et l'ignorance des risques psychosociaux sur le lieu de travail sont autant de facteurs qui contribuent à exclure du marché du travail les travailleurs souffrant de troubles mentaux.

Malgré une prise de conscience de ces risques et de la nécessité de prévenir le stress dans de nombreux pays de l'OCDE, il existe peu de procédures ou de mécanismes de soutien qui traduiraient cette prise de conscience en mesures concrètes. La difficulté consiste à intervenir rapidement et efficacement et à aider les employeurs à faire face aux risques sur le lieu de travail et aux problèmes professionnels. Les troubles de santé mentale sont liés à des résultats insuffisants et des problèmes relationnels sur le lieu de travail. Il est cependant impossible de prévenir tous les troubles mentaux, et les employeurs doivent gérer les absences pour maladie, les retours à l'emploi et les conflits sur le lieu de travail. Les petites et moyennes entreprises (PME) en particulier ont peu de marge de manœuvre pour s'adapter, et sont souvent livrées à elles-mêmes.

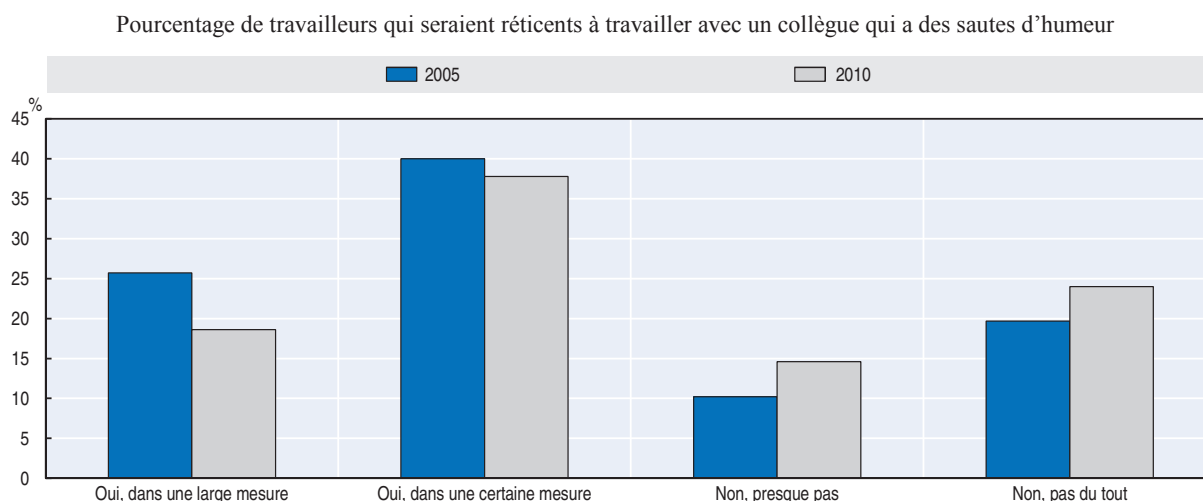
Stigmatisation et révélation, un cercle vicieux

La prise de conscience des problèmes de santé mentale sur le lieu de travail et des possibilités de traitement psychiatrique a progressé depuis quelques dizaines d'années (Henderson et al., 2013). En revanche, les préjugés liés aux maladies mentales n'ont pas reculé autant. Les préjugés restent omniprésents, et offrent un contraste frappant avec les attitudes face aux maladies physiques (graphique 4.1, partie A). Ainsi, en 2005, pas moins de 65 % des employés danois étaient peu disposés à travailler avec quelqu'un souffrant de sautes d'humeur. Cinq ans plus tard, plus d'un sur deux (55 %) avait la même opinion. Pourtant, seul un sur six ne souhaitait pas travailler avec un collègue aveugle, et un sur dix seulement avec un collègue en chaise roulante (OCDE, 2013c).

Les préjugés compliquent la gestion des problèmes de travail liés à la santé mentale, et font qu'il est difficile pour les travailleurs souffrant de troubles mentaux de trouver, retrouver et conserver un emploi (Stuart, 2006 ; Brohan et al., 2012). Beaucoup d'employeurs n'embaucheraient pas de candidats, même très qualifiés, s'ils savaient qu'ils avaient souffert de troubles mentaux (Baer, 2007). Cette stigmatisation complique le retour au travail, prolonge encore davantage les périodes de chômage et accroît le nombre de demandeurs de prestations d'invalidité (Rosholm et Andersen, 2010). Enfin, beaucoup de salariés atteints de troubles mentaux décident de ne pas en faire état par crainte de subir des discriminations et d'être licenciés. Leurs collègues et leurs responsables ont alors du mal à trouver les raisons de leurs mauvais résultats ou de leurs problèmes relationnels, et sont incapables de les aider ou de les comprendre.

La stigmatisation omniprésente des problèmes de santé mentale est surprenante compte tenu de la prévalence des pathologies mentales dans la population active, qui se situe aujourd'hui entre 15 et 18 % (OCDE, 2012). Les préjugés contre les personnes qui souffrent de maladies mentales de façon générale et la capacité à collaborer étroitement avec elles sur le lieu de travail sont des phénomènes courants, et pas nécessairement contradictoires (Thornicroft et al., 2007).

Graphique 4.1. **La stigmatisation liée aux travailleurs ayant des problèmes de santé mentale légers à modérés au Danemark persiste malgré des améliorations**



Source: Thomsen, L.B. et J. Høgelund (2011), «Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010», Report 11:08, Institut national danois de recherche sociale, Copenhagen.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933265014>

La lutte contre la stigmatisation est une tâche délicate. Depuis une dizaine d'années, des campagnes ont été menées à cet effet sur les lieux de travail dans plusieurs pays :

- Royaume-Uni – *The Shaw Trust* in 2010 ; *Munday* en 2010 ; *Time to Change* en 2009 ; la campagne *see me* et le programme *Mentally Healthy Workplace*.
- États-Unis – la plupart des interventions ont porté sur l'aide au personnel militaire souffrant de stress post-traumatique.
- Australie – le *National Workplace Program* de l'organisation *beyondblue* ; *Business in Mind* ; *Mental Health First Aid*.
- Canada – le projet *Copernicus: Risk Management for Workplace Mental Health* ; *Mind Matters: Opening Minds*.
- Des pays d'Europe continentale comme le Danemark avec «*One of Us*» (OCDE, 2013c) et la Suisse avec la campagne «*Comment vas-tu ?*» (voir aussi Malachowski et Kirsh, 2013 ; Szeto et Dobson, 2010).

Peu de campagnes ont été évaluées en détail ou sur de longues périodes car elles ont été lancées depuis quelques années seulement. On peut cependant se demander si elles produiront des résultats durables car leurs méthodes de sensibilisation ne changent pas efficacement les comportements à long terme lorsque les employés en détresse constituent un fardeau pour leurs collègues et leurs supérieurs hiérarchiques (Clement et al., 2013 ; Corrigan et al., 2014 ; Baer et al., 2011 ; Corrigan et Shapiro, 2010).

Les politiques visant à réduire les comportements stigmatisants doivent s'efforcer non seulement de sensibiliser aux problèmes mentaux, mais aussi faire en sorte que les travailleurs qui en souffrent et leurs collègues forment de bonnes relations. Ainsi, il faudrait que les responsables hiérarchiques reçoivent une formation complète sur les comportements à adopter dans les situations difficiles. De même, les politiques doivent

non seulement empêcher la discrimination, mais aussi encourager les travailleurs ayant des troubles mentaux à parler des problèmes qu'ils posent dans leur travail, et les responsables hiérarchiques à intervenir rapidement pour résoudre les problèmes sur le lieu de travail liées à une mauvaise santé mentale. Autrement dit, les politiques de lutte contre la stigmatisation doivent apporter aux cadres l'aide dont ils ont besoin.

Les préjugés contre les travailleurs atteints de maladie mentale et la réticence de ces travailleurs à les révéler sont des problèmes fréquents et interdépendants. L'autostigmatisation empêche souvent ces travailleurs de faire entendre leur voix, ou les incite à baisser les bras face à une hostilité réelle ou perçue. Il faut adopter des politiques plus actives que la sensibilisation pour obliger le monde du travail à inclure et garder les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale courants.

Les pouvoirs publics peuvent agir sur le lieu de travail dans quatre domaines précis : i) la prévention des risques psychosociaux ; ii) la formation et l'aide aux responsables hiérarchiques ; iii) la gestion efficace des arrêts-maladie et du retour au travail et iv) les mesures d'incitation et les obligations des employeurs et des employés.

Faire respecter la législation pour prévenir les risques psychosociaux

L'emploi est généralement une bonne chose pour la santé mentale, mais les emplois de mauvaise qualité, un encadrement médiocre et un stress psychosocial sur le lieu de travail peuvent provoquer des tensions chez les travailleurs atteints de troubles mentaux, voir créer des problèmes (Stansfeld et Candy, 2006). Cette relation de cause à effet entre le cadre de travail et la santé mentale a plusieurs dimensions, comme on le voit dans OCDE (2012) :

- Le stress au travail et de mauvaises conditions de travail sur le plan psychosocial peuvent être à l'origine de pathologies mentales.
- Les travailleurs qui souffrent de problèmes de santé mentale occupent généralement des emplois de moins bonne qualité et ont des conditions de travail moins bonnes.
- Les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale ont une perception plus négative de leur situation professionnelle à cause de leur pathologie.

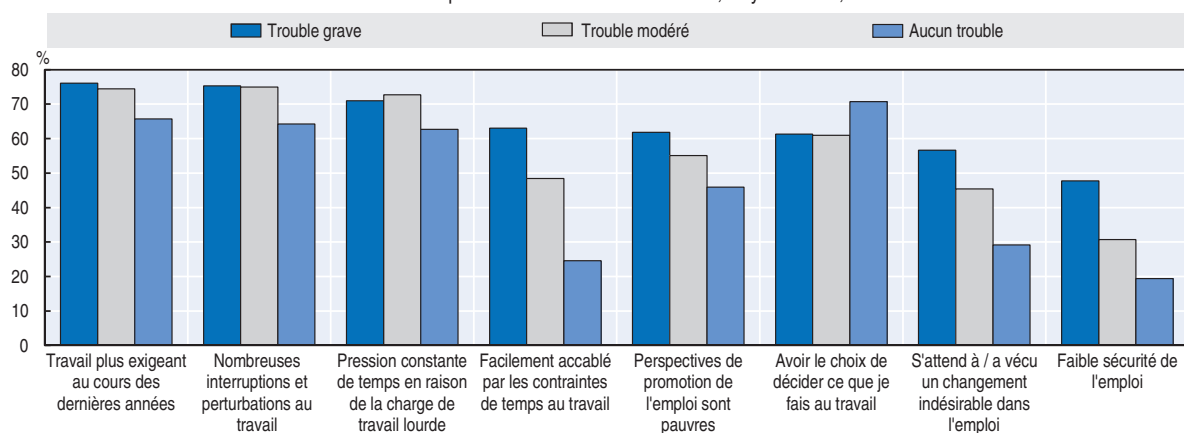
Rapport entre le lieu de travail et les pathologies mentales

Le graphique 4.2 (partie A) illustre la relation étroite entre les conditions de travail et les troubles mentaux. Les données montrent que dans la plupart des pays européens, de plus en plus de travailleurs subissent le double effet d'une exigence élevée et d'une faible latitude décisionnelle, association qui crée une tension au travail (OCDE, 2012). Selon les pays, entre 20 et 40 % des employés déclarent ressentir une tension au travail, qui est liée à des absences pour maladie plus fréquentes et plus longues.

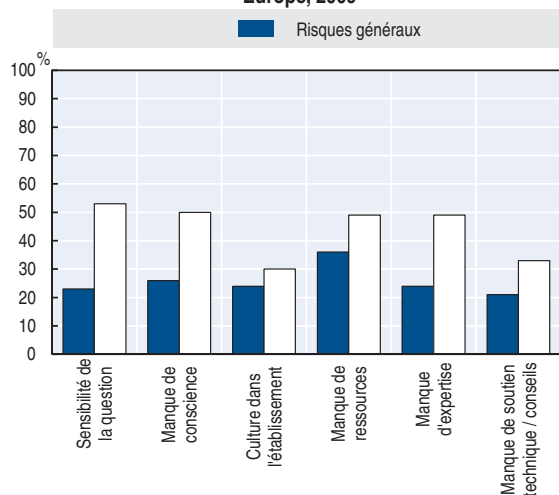
Graphique 4.2. Des obstacles importants et l'absence d'incitations empêchent de meilleures politiques de prévention

A. Les facteurs liés au milieu de travail montrent un lien systémique à la santé mentale

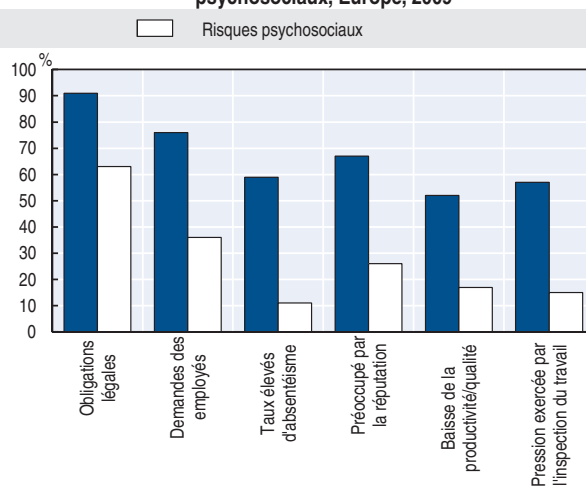
Part de ceux qui sont «d'accord» avec l'énoncé, Royaume-Uni, 2007



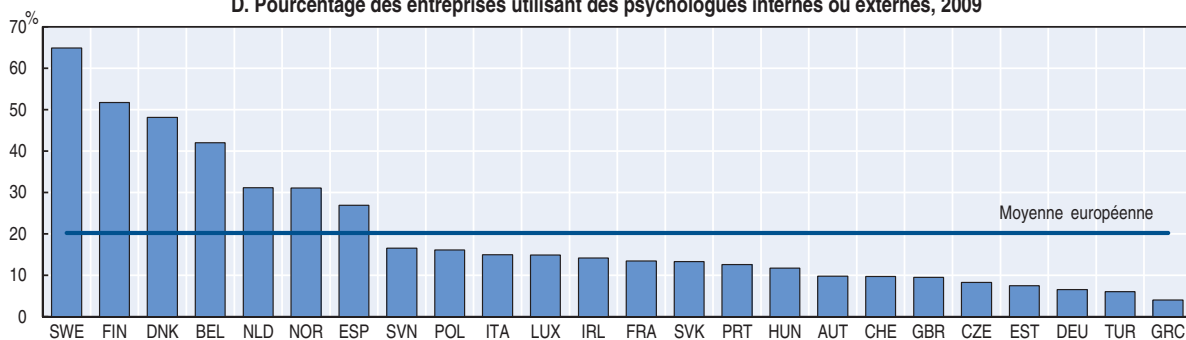
B. Obstacles pour traiter les risques psychosociaux, Europe, 2009



C. Incitations destinées à éliminer les risques psychosociaux, Europe, 2009



D. Pourcentage des entreprises utilisant des psychologues internes ou externes, 2009



Note: L'Europe et la moyenne européenne comprennent la moyenne des 24 pays couverts par l'enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER).

Source: Estimations de l'OCDE basée sur : partie A : Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 ; parties B à D, Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail 2009 ; <https://osha.europa.eu/sub/esener/en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933265028>

Au Royaume-Uni, de nombreux travailleurs atteints de problèmes de santé mentale indiquent qu'ils se sentent accablés par les contraintes de temps au travail, qu'ils redoutent les changements indésirables et qu'ils ne se sentent pas en sécurité au travail (OCDE, 2014b). Des enquêtes dans d'autres pays donnent des résultats comparables. Au Danemark par exemple, les travailleurs qui souffrent de problèmes de santé mentale indiquent qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour achever toutes leurs tâches et qu'ils sont peu aidés par leurs supérieurs. Ils signalent également que la coopération avec leurs collègues est limitée et que leur direction apprécie peu leur travail (OCDE, 2013c).

Il importe cependant de ne pas surévaluer le paradigme des tensions au travail. La dépression est plus étroitement liée au stress dans la vie privée qu'au travail (OCDE, 2013a). De plus, il n'est même pas certain que le stress psychologique dû au travail ait augmenté. Des données sur l'Autriche montrent par exemple que les tensions au travail déclarées par les intéressés ont régulièrement reculé au cours des 15 dernières années (OCDE, 2015).

Dans leur grande majorité, c'est par le biais du droit du travail que les pays se sont attaqués aux risques psychosociaux et aux tensions sur le lieu de travail. On peut citer par exemple les lois sur le cadre de travail de la Norvège, de la Suède et du Danemark, la loi sur les conditions de travail aux Pays-Bas, la loi sur la protection de la main d'œuvre adoptée récemment en Autriche et la loi sur le bien-être au travail en Belgique. Toutes ces lois imposent aux employeurs d'évaluer, de prévenir et de contrôler systématiquement les risques psychosociaux au travail, ce qui marque un net revirement par rapport aux questions de santé et de sécurité qui intéressent traditionnellement les inspections du travail.

C'est pourquoi un certain nombre de pays ont rédigé des lignes directrices pour aider les employeurs à évaluer et prévenir les risques psychosociaux, tout en les laissant libres de décider du moyen de s'acquitter de leurs obligations. D'autres pays, quant à eux, obligent les entreprises à employer des spécialistes de la médecine du travail ou de la prévention. Les entreprises font alors plus largement appel aux services de psychologues que des pays comme la Suisse ou le Royaume-Uni, où les employeurs ont une obligation légale de protéger la santé de leurs employés, mais aucune concernant le stress lié au travail (graphique 4.2, partie D).

La législation sur la prévention des risques psychosociaux s'est traduite par un développement de l'aide fournie par les professionnels et des outils disponibles, et une sensibilisation du public aux risques psychosociaux sur le lieu de travail, mais la situation laisse encore à désirer :

- beaucoup d'entreprises ne respectent pas la législation ;
- dans leur grande majorité, les PME ont du mal à respecter les réglementations et ne reçoivent qu'un minimum d'aide, voire aucune ;
- la prévention des risques psychosociaux se concentre presque exclusivement sur des facteurs organisationnels et structurels et néglige les problèmes des individus sur le lieu de travail ;
- les spécialistes de la médecine du travail – qui sont les acteurs qui aident le plus les entreprises – continuent de prêter trop d'attention aux risques physiques et pas assez aux risques psychosociaux ;
- les obligations juridiques, les pressions des représentants du personnel et l'absentéisme élevé incitent les employeurs à s'attaquer aux facteurs de risque généraux, et non pas à comprendre les risques psychosociaux, qu'ils connaissent encore très mal.

Beaucoup d'entreprises considèrent que l'obligation de traiter les risques psychosociaux sur le lieu de travail constitue une charge (graphique 4.2, partie B). Le caractère sensible de cette question, le manque d'intérêt et de moyens, la culture du milieu professionnel et le manque de compétences sont autant de facteurs qui expliquent que les employeurs soient si réticents à s'attaquer aux problèmes psychosociaux. Ils considèrent que les mesures incitant à réduire les risques psychosociaux sur le lieu de travail – notamment les obligations légales ou le taux élevé de l'absentéisme pour maladie – sont moins convaincantes que les mesures visant les risques généraux (graphique 4.2, partie C).

Faire de la prévention des risques un moyen d'intervention plus puissant

Un certain nombre de pays ont élaboré des politiques publiques prometteuses destinées à : i) fournir des outils adaptés aux lieux de travail qui renforcent les mesures d'amélioration de l'environnement psychosocial au travail, ii) exiger que les entreprises mettent en place des plans concrets de prévention des risques psychosociaux, iii) introduire des conseillers spécialistes des risques psychosociaux sur le lieu de travail et iv) proposer des conseils aux employeurs qui demandent de l'aide.

- Le Danemark a mis en place des outils d'orientation par emploi et par secteur qui décrivent en termes concrets les risques et les moyens qu'une entreprise peut employer pour prévenir les problèmes (Fiche 4.1). Des inspecteurs de l'Agence chargée de l'environnement de travail ont été formés à l'utilisation de ces outils et à l'aide aux employeurs. Des résultats préliminaires indiquent que ces derniers jugent ces outils très utiles.
- En Belgique, les employeurs sont tenus de préparer des plans de prévention quinquennaux qui traitent des problèmes identifiés par leurs évaluations des risques psychosociaux. Ils doivent établir des plans d'action annuels pour prévenir la détresse psychosociale sur le lieu de travail et en limiter les conséquences (Fiche 4.2). Des évaluations ont montré que jusqu'à présent, leur mise en œuvre est insuffisante, mais l'obligation de préparer des plans d'action concrets va dans le bon sens.
- En Norvège, des centres de soutien aux entreprises proposent des cours et l'aide de conseillers spécialisés (Fiche 4.3). Des dizaines de milliers d'entreprises ont bénéficié de cours et de conseils en gestion des problèmes sur le lieu de travail.
- En Suisse, les offices cantonaux de l'assurance-invalidité peuvent conseiller les employeurs sur la façon de prendre en charge les employés jugés difficiles, longtemps avant qu'ils déposent une demande de prestation d'invalidité (Fiche 5.1). Un guide est disponible pour aider les inspecteurs du travail à identifier les risques pour la santé mentale dans les entreprises.
- En Autriche, la loi sur la protection du travail impose aux employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail, d'appliquer des mesures en cas de problème et d'évaluer leur efficacité. Des psychologues du travail peuvent être chargés d'évaluer les risques sur le lieu de travail et d'élaborer des mesures adaptées (Fiche 4.4).

Synthèse et recommandations

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des réglementations de plus en plus élaborées visant à prévenir les risques psychosociaux. Bien qu'elles ouvrent de nouvelles possibilités de prévention des problèmes liés à la santé mentale sur le lieu de travail, il faut les équilibrer en adoptant des mesures plus précises et mieux ciblées. Les actions de sensibilisation et le renforcement de la prévention des risques psychosociaux peuvent porter leurs fruits si on les accompagne d'une aide obligatoire et suffisamment spécifique qui incite les employeurs et les services spécialisés à collaborer. Il est rare que la législation soit appliquée de façon satisfaisante et peu de politiques publiques aident les petites et moyennes entreprises. Les PME ont besoin d'outils très pratiques qui les aident à prévenir et gérer les risques psychosociaux qu'elles rencontrent dans chaque cadre de travail.

Recommandations pour appliquer et faire respecter la législation sur la prévention des risques psychosociaux :

- Spécifier aux employeurs leurs obligations pour mettre en place des mesures concrètes, par exemple l'évaluation des risques psychosociaux et des plans de prévention exhaustifs.
- Proposer des outils ciblés et des mécanismes de soutien qui permettent aux employeurs d'adapter le milieu de travail.
- Affecter des ressources des inspections du travail et des services de médecine du travail aux questions de santé psychosociale.

Formation aux questions de santé mentale et structures d'aide aux responsables hiérarchiques

Les deux tiers environ des maladies mentales se déclarent avant l'entrée sur le marché du travail. Il faut donc compléter les mesures de prévention des problèmes de santé mentale au travail par des actions efficaces qui s'attaquent aux problèmes existants de santé mentale lorsqu'ils se traduisent par une diminution des performances ou par des conflits sur le lieu de travail.

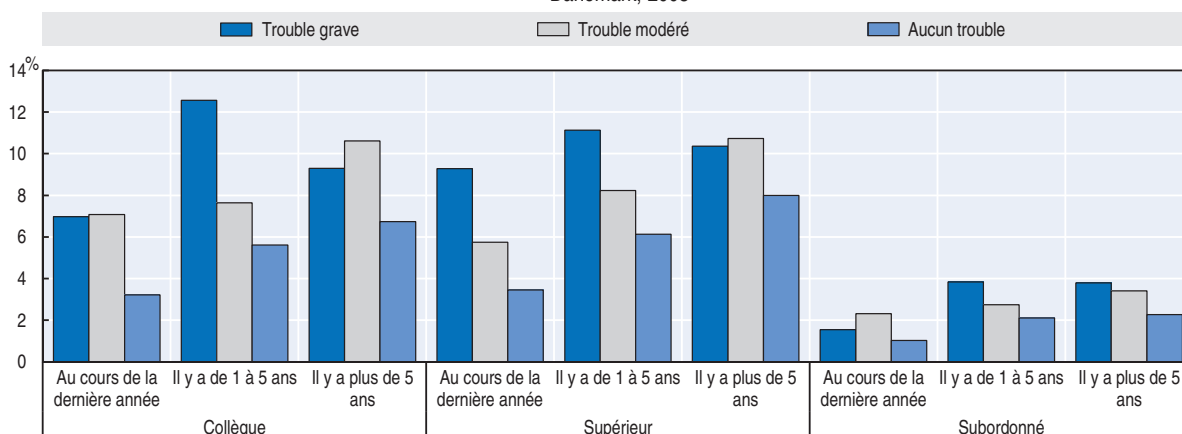
Un encadrement de qualité : un rôle fondamental et ignoré

Les travailleurs qui présentent un problème de santé mentale entrent en conflit avec des supérieurs et des collègues deux fois plus souvent que les autres travailleurs (graphique 4.3, partie A). C'est pourquoi les difficultés à gérer les relations avec la direction et les agents d'encadrement sont les principales raisons pour lesquelles les employés demandent une aide psychologique aux conseillers spécialistes de l'emploi au Royaume-Uni (graphique 4.3, partie B).

Graphique 4.3. Les conflits au travail sont corrélés avec la santé mentale et sont une des raisons principales pour demander de l'aide

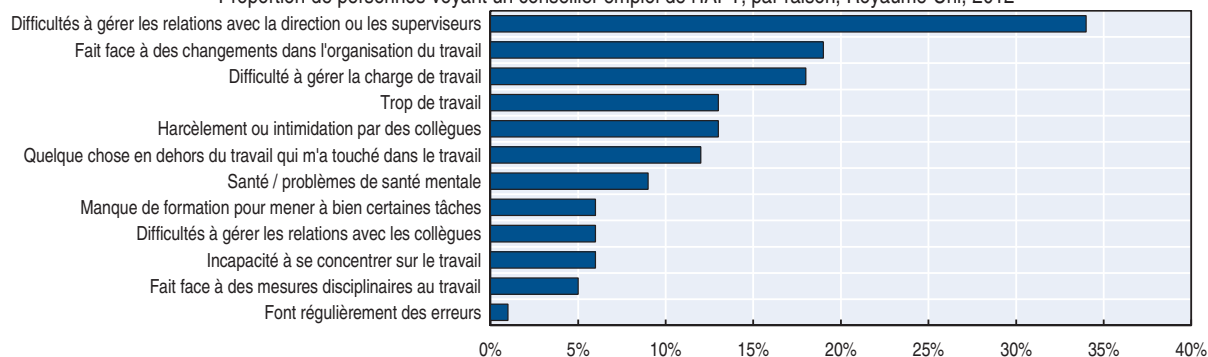
A. Les conflits de travail dans les cinq dernières années et les problèmes de santé mentale

Part des personnes qui ont connu un conflit dans l'environnement de travail, selon la gravité des problèmes de santé mentale, Danemark, 2005



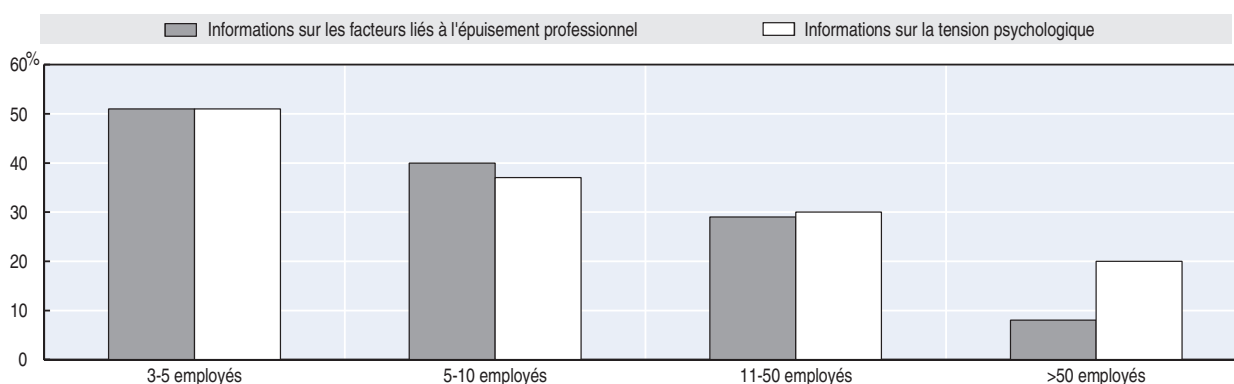
B. Les conflits avec les managers sont une raison principale pour demander de l'aide

Proportion de personnes voyant un conseiller emploi de l'IAPT, par raison, Royaume-Uni, 2012



C. Les employeurs de petites entreprises ne sont pas conscients de la nécessité d'une meilleure information pour traiter les plaintes de santé mentale

Tâches de la médecine du travail considérées comme non pertinentes pour l'entreprise, selon la taille de l'entreprise, en Autriche, 2011



Source : Partie A: *Danish Health Interview Survey*, 2005; partie B: Hogarth, T. et al. (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report*, vol. 826, London ; et partie C : compilation de l'OCDE basée sur les données de Spectra (2011), "The position of occupational medicine in enterprises. A survey commissioned by the Austrian Academy for Occupational medicine".

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933265030>

Il est essentiel de gérer efficacement les conflits sur le lieu de travail car ces conflits pèsent lourdement sur le milieu de travail et augmentent fortement le risque d'absences récurrentes pour maladie (Arends et al., 2014). Ils peuvent aussi affaiblir la solidarité entre employés et isoler les travailleurs mêlés aux conflits et les exposer davantage au licenciement (Baer et al., 2011). Bien que les conflits sur le lieu de travail soient souvent liés à des problèmes de santé mentale, les employeurs perçoivent rarement les symptômes avant-coureurs que sont les changements de comportement et les conflits. Ils risquent donc de ne pas gérer les situations comme il le faudrait. Les cadres se sentent généralement mal armés pour résoudre simplement et rapidement les problèmes de comportement. Ils hésitent à demander ou ordonner aux employés de chercher l'aide d'un professionnel, alors que beaucoup d'entreprises (plus grandes) le feraient pour s'attaquer à des problèmes d'alcoolisme par exemple.

Les grandes entreprises possèdent généralement des services internes, ou font appel à des consultants extérieurs, pour prévenir et gérer les problèmes liés à la santé mentale sur le lieu de travail. Si les PME ne le font pas, c'est par ignorance (graphique 4.3, partie C). La moitié des très petites entreprises ne se sentent pas concernées par l'épuisement professionnel et les tensions psychologiques, même si les cadres, en particulier dans les petites entreprises, s'impliquent souvent émotionnellement et n'ont pas les moyens de compenser les problèmes chroniques de performance des travailleurs. Il n'est donc pas surprenant que les PME ne proposent pratiquement jamais d'aide à leurs employés, alors que les grandes entreprises le font généralement (OCDE, 2014b). À cet égard, la plus grande difficulté pour les pouvoirs publics est que les PME font peu appel aux services de soutien.

Donner aux cadres les moyens de faire face aux problèmes de santé mentale

Pour aider davantage les employeurs à faire face aux pathologies mentales de leurs employés, les pouvoirs publics peuvent envisager plusieurs stratégies.

- Encourager le dépistage des problèmes de santé mentale des employés et donner aux cadres les outils dont ils ont besoin pour améliorer leur capacité à repérer les problèmes de santé mentale. Au Royaume-Uni par exemple, les programmes *Mental Health First Aid* apprennent à identifier les problèmes de santé mentale et à porter les premiers soins (Knapp et al., 2011 ; Borril, 2011). Cependant, ils sont généralement peu suivis, en particulier dans les PME.
- Payer des services de santé mentale de courte durée, qui peuvent être rentables pour les employeurs. Ainsi, les employés dont le test de dépistage est positif peuvent demander une aide par téléphone à des cliniciens formés (Wang et al., 2007). Dans les pays anglophones, beaucoup de grandes entreprises ont mis en place des programmes d'aide aux employés qui donnent des conseils ponctuels aux employés confrontés à des problèmes personnels qui influent sur leur rendement au travail (Fiche 4.5).
- Réduire les moyens de l'inspection du travail et de la sécurité sociale consacrés à la santé traditionnelle et à la sécurité au profit d'activités liées à la santé mentale. Il faudrait obliger les inspecteurs du travail et les spécialistes de l'hygiène et de la sécurité au travail à acquérir des connaissances sur les moyens d'aider activement les employeurs à faire face aux problèmes et à gérer les maladies sur

le lieu de travail. On pourrait par exemple intégrer cette question à leurs programmes de formation.

- Former systématiquement les cadres aux moyens de faire face aux problèmes de comportement sur le lieu de travail dès leur apparition. Il faudrait axer particulièrement ces formations sur les PME car il est rare qu'elles fassent appel à des prestataires externes pour assurer ce service.
- Former le personnel des services des ressources humaines à aider les responsables hiérarchiques à jouer leur rôle d'encadrement face aux problèmes de santé mentale sur le lieu de travail.

Synthèse et recommandations

Il existe beaucoup moins de mécanismes d'aide aux responsables hiérarchiques confrontés à des employés qui souffrent de problèmes mentaux liés au travail que de mesures préventives et favorisant la santé. Dans les pays qui ont introduit ces mécanismes depuis quelques années, ils sont peu utilisés. Les nouvelles politiques publiques doivent aider les travailleurs souffrant de troubles mentaux et être axées sur tout le cadre de travail, car beaucoup de problèmes de santé mentale persistent durablement et affectent les relations interpersonnelles. À cet effet, il faut des responsables et des services des ressources humaines compétents.

Recommandations visant à améliorer la capacité du personnel d'encadrement à réagir face aux problèmes de santé mentale des travailleurs :

- Former à la santé mentale aussi bien le personnel d'encadrement que les travailleurs.
- Élaborer des outils pour aider les responsables hiérarchiques à faire face aux problèmes de santé mentale des travailleurs.
- Mieux informer le personnel des ressources humaines sur la santé mentale de façon à ce qu'il puisse encadrer les responsables hiérarchiques confrontés à des employés souffrant de troubles mentaux.
- Encourager le dépistage des problèmes de santé mentale des employés et les programmes de premiers soins des troubles mentaux financés par les employeurs.

Gérer activement le retour à l'emploi

Si un certain nombre d'absences pour cause de maladie sont inévitables, ces absences constituent un problème fondamental pour la politique à moyen et long termes. Les travailleurs en congé maladie de longue durée ont beaucoup plus de risques de sortir du marché du travail et de bénéficier d'une pension d'invalidité permanente. La gestion active du retour à l'emploi après un congé maladie devrait être une priorité stratégique. Elle devrait cibler les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux, car ces troubles sont très fréquents chez les personnes en absence prolongée.

Les longues absences compliquent le retour à l'emploi

Les données sur la Suède montrent qu'après 90 jours d'absence pour maladie, 75 % environ des travailleurs qui souffrent d'un problème physique sont de retour au travail, et presque 90 % le sont après 180 jours. Dans le cas des arrêts-maladie liés à la santé mentale, ces chiffres sont seulement de 50% et moins de 70 % (graphique 4.4, partie B).

Ces chiffres sont inquiétants en eux-mêmes, mais ils le sont d'autant plus que c'est en général autour de 90 jours d'arrêt-maladie que le retour à l'emploi devient particulièrement difficile, comme le confirment les données sur la Belgique (graphique 4.4, partie A).

Des facteurs propres à leur maladie peuvent amener certains travailleurs présentant des problèmes de santé mentale à prendre de longs congés. Il faut en effet du temps pour se rétablir en cas de troubles des fonctions cognitives ou d'épuisement par exemple. Cependant, les collègues, les employeurs et les médecins traitants contribuent aussi à allonger les absences plus qu'il n'est nécessaire de plusieurs façons :

- Les employeurs et les collègues ont un comportement d'appréhension-évitement, par exemple en cas de conflit sur le lieu de travail.
- Les médecins généralistes sont peu sûrs d'eux et inefficaces lorsqu'il s'agit de certifier la présence d'une maladie et risquent de prescrire des congés maladie longs et improductifs car ils se sentent obligés de « protéger » leurs patients contre les tensions et les conflits sur le lieu de travail.
- Les entreprises ne contrôlent pas les absences pour maladie ou n'ont pas mis en place de mesures efficaces de retour à l'emploi. Dans les pays européens, seule une sur deux prend des mesures systématiques pour accompagner les salariés après une longue absence pour maladie (graphique 4.4, partie C).

Certains pays élaborent des stratégies de retour à l'emploi

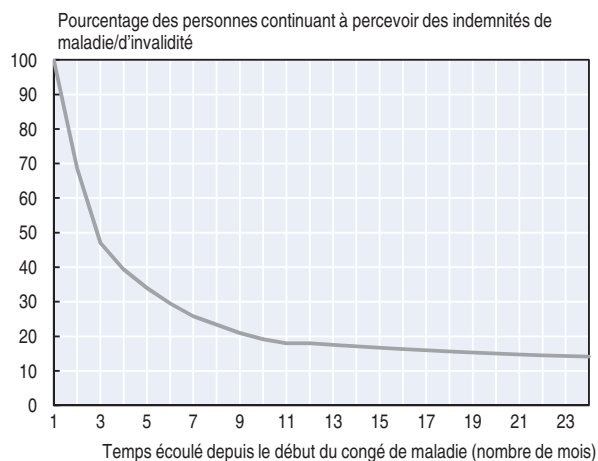
La plupart des pays élaborent aujourd'hui des stratégies visant à favoriser le retour à l'emploi. La plupart utilisent et parfois associent cinq trains de mesures.

Retour à l'emploi précoce et progressif

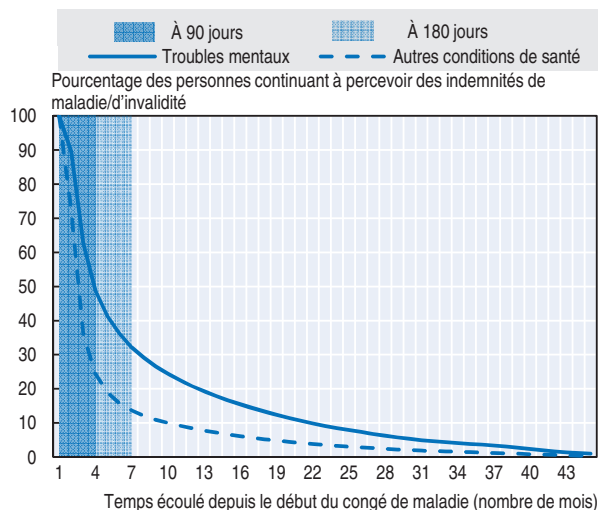
- Certains pays s'efforcent d'encourager un retour à l'emploi progressif le plus tôt possible au lieu d'autoriser les travailleurs à s'absenter jusqu'à ce qu'ils soient pleinement en mesure de reprendre leur travail. Récemment, la Norvège a fait de l'arrêt-maladie partiel l'option par défaut des médecins qui délivrent des certificats, les obligeant ainsi à se justifier lorsqu'ils prescrivent des congés de maladie intégraux. Dans le même temps, elle a introduit des outils d'aide aux médecins, par exemple en donnant des informations en ligne sur leurs habitudes de délivrance de certificats (OCDE, 2013c). Le système danois *Flexjob* en est un autre exemple. L'État subventionne la masse salariale des employés qui retournent au travail sur une base de temps plein, mais en effectuant moins d'heures ou des heures moins productives. Bien qu'aujourd'hui, le système *Flexjob* soit encore peu utilisé par les personnes souffrant de troubles mentaux, il pourrait contribuer à prévenir les arrêts-maladie récurrents et accélérer le retour au travail (Fiche 4.6).

Graphique 4.4. La reprise du travail devient difficile après trois mois de congé de maladie

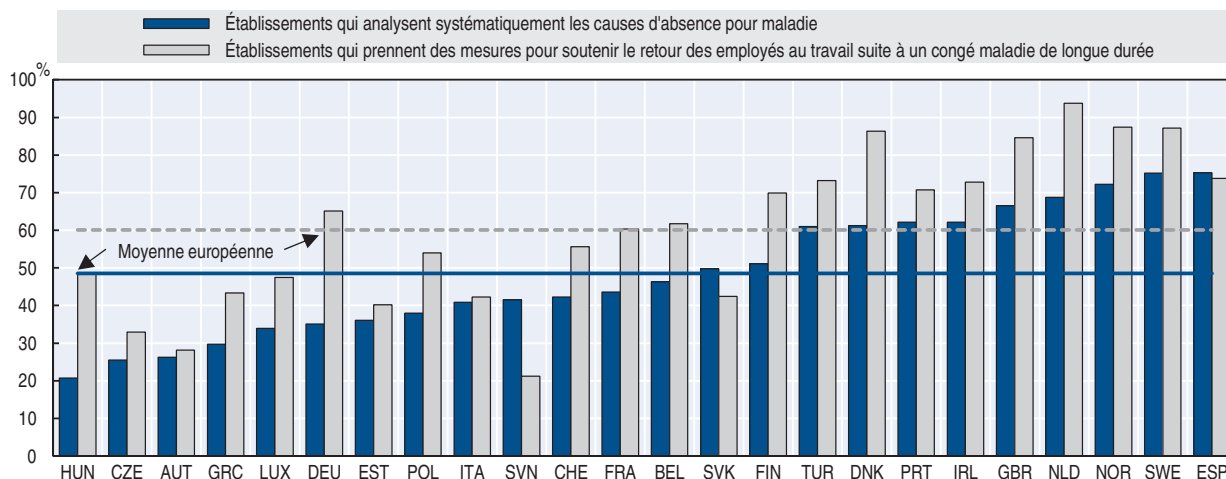
A. Retour au travail après un congé de maladie, Belgique, 2010



B. Retour au travail après un congé maladie en Suède, congés commencés en 2006 (la mauvaise santé mentale par rapport aux autres conditions de santé)



C. Part des entreprises qui surveillent et suivent les employés en congé de maladie en Europe, 2010



Note: Les informations dont dispose l'INAMI portent exclusivement sur les absences pour lesquelles les mutualités versent des indemnités de maladie, c'est-à-dire celles dont la durée dépasse la période de salaire garanti. Afin de fournir une illustration cohérente pour les ouvriers et les employés, l'axe vertical indique le nombre de personnes bénéficiant de prestations de maladie ou d'ininvalidité en pourcentage du nombre de personnes percevant une indemnité de maladie pendant au moins un mois. Toutefois, le délai écoulé depuis le début du congé (axe horizontal) tient compte de la période de salaire garanti. La courbe relative au nombre de sorties s'appuie sur la durée des prestations de maladie (douze premiers mois) et les sorties du régime d'ininvalidité (à partir du treizième mois) pour 2010.

Source : Partie A : Calculs effectués par l'OCDE à partir de données de l'INAMI ; partie B : Données fournies par l'Agence suédoise d'assurance sociale ; et partie C : Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé, <https://osha.europa.eu/sub/esener/fr>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933265040>

Employeurs et employés : chercher une solution ensemble

La deuxième stratégie générale consiste à tirer parti de la relation cruciale employeur-employé et obliger les employeurs à faire face dès l'origine aux problèmes au travail que rencontrent leurs salariés. Pour faciliter le retour à l'emploi, un employeur peut par exemple aménager un plan de retour avec l'employé, et adopter des mesures concrètes d'adaptation et une stratégie de communication sur le lieu de travail. Il faudrait, au besoin, faire participer les médecins traitants et/ou les médecins du travail à cette procédure.

Les Pays-Bas, la Norvège et la Suède ont mis en place une procédure qui impose aux employeurs et aux employés après environ huit semaines d'arrêt-maladie de s'accorder sur un plan d'action prévoyant différentes responsabilités qui incombent aux deux parties (Fiche 4.7 ; Fiche 4.8 ; Fiche 4.9). On peut accompagner ces initiatives de guides et de conseils aux employeurs comme au Danemark, qui a publié récemment des lignes directrices au personnel d'encadrement sur les moyens de réagir lorsque des travailleurs souffrant d'un problème de santé mentale sont en arrêt-maladie.

Un autre exemple est celui des aides financières *Access to Work* au Royaume-Uni, qui apportent une aide concrète pour aider à retrouver son emploi ou à le conserver. Les personnes qui souffrent de troubles mentaux peuvent demander cette aide financière dans le cadre de leur emploi (Fiche 4.10). En Suisse, les employeurs sous-traitent souvent l'aide individualisée à des compagnies d'assurance privées qui travaillent avec le médecin traitant, l'employé et l'employeur pour élaborer un plan de retour à l'emploi (Fiche 4.11).

Remplacer les certificats de maladie par des certificats d'aptitude au travail

Une troisième voie possible consiste à modifier les certificats de maladie en exigeant des attestations médicales documentées et axées sur les capacités. C'est une solution que le Royaume-Uni a étudiée avec le dispositif de certificats d'aptitude au travail (*fit notes*) introduit en 2010. Les médecins doivent mettre l'accent sur le travail que les patients peuvent encore faire et décrire en détail les tâches qu'ils peuvent raisonnablement accomplir et les ajustements à apporter sur le lieu de travail (Fiche 3.7).

La Suisse a fait une expérience analogue avec des « certificat médicaux détaillés d'incapacité de travail ». Suivant ce dispositif, l'employeur envoie au médecin la description du poste de travail de l'employé en congé de maladie et lui demande un certificat qui décrit en détail ce que l'employé est capable d'accomplir (Fiche 3.10). Le Danemark a adopté un dispositif analogue avec une nouvelle évaluation d'aptitude à l'emploi. Il oblige les généralistes à réfléchir à ce que peuvent faire les patients et à décrire les tâches et les fonctions qu'ils peuvent accomplir sans aggraver leur état de santé. Enfin, le gouvernement suédois a collaboré avec les associations de médecins pour définir des critères applicables aux absences pour maladie selon chaque trouble diagnostiqué qui, entre autres, déterminent la durée normale des congés selon chaque maladie. Ils ont été efficaces et bien accueillis par les médecins praticiens qui souhaitent avoir des orientations (Fiche 3.8).

Intervenir rapidement en faveur des travailleurs en arrêt-maladie

Plusieurs pays ont mis en place des services d'intervention précoce pour donner des conseils et orienter les travailleurs en arrêt-maladie, généralement en suivant une méthode de gestion par cas. Ainsi, le gouvernement autrichien, en collaboration avec les partenaires sociaux, a introduit en 2013 le programme *fit2work* de conseils aux employés malades depuis plus de 40 jours (Fiche 4.12). Le Royaume-Uni a expérimenté un programme analogue en Angleterre, au Pays de Galles et en Écosse. *Fit for Work* permet

de réaliser des bilans professionnels des employés et des conseils téléphoniques pluridisciplinaires au cas par cas durant les 4 à 12 premières semaines des arrêts-maladie (Fiche 4.13). Cependant, ni dans l'exemple autrichien ni dans l'exemple britannique les services ne bénéficient aux salariés concernés au début de leur arrêt-maladie. Dans la plupart des cas, seuls les employés en arrêt de longue durée ou ceux déjà au chômage font appel à ces services.

Médecins du travail et certificats médicaux

Une cinquième approche stratégique consiste à faire appel aux connaissances spécialisées des médecins du travail. L'exemple le plus marquant est celui des Pays-Bas, où les médecins du travail sont légalement tenus d'analyser les problèmes sur les lieux de travail et de créer des plans de retour à l'emploi. Ce sont eux, et non pas les médecins traitants, qui exercent la fonction exclusive de délivrer les certificats d'arrêt-maladie. La délivrance de ces certificats n'est donc pas compliquée par le conflit de rôle vis-à-vis des patients auquel les généralistes pourraient être confrontés, bien qu'il puisse arriver que les médecins du travail qui travaillent pour un employeur et sont responsables devant lui soient confrontés à des conflits de rôle de nature différente.

Les compétences des médecins du travail en matière de santé mentale sont généralement limitées, tout comme celles des généralistes, et le traitement des problèmes de travail liés à la santé mentale est un domaine relativement nouveau. Aux Pays-Bas, il existe des lignes directrices scientifiquement fondées qui indiquent aux médecins du travail comment accompagner le retour au travail des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, mais les médecins ne les suivent pas toujours. Par ailleurs, on constate que lorsque les médecins du travail participent au retour à l'emploi, il faut améliorer la collaboration, notamment avec le médecin traitant, chose qui n'est pas toujours aisée (Fiche 4.14).

Il est rare que les PME aient les moyens de faire appel à des services de médecine du travail. Pour résoudre ce problème, le Royaume-Uni a créé un service de conseils de médecine du travail pour les petites entreprises, grâce auquel elles peuvent obtenir immédiatement par téléphone des conseils professionnels sur toutes les pathologies, en particulier les pathologies mentales. Il semble que les PME qui utilisent ce service téléphonique l'apprécient particulièrement (Fiche 4.15).

Synthèse et recommandations

Les pays reconnaissent aujourd'hui largement qu'il est important de prendre des mesures actives pour éviter les arrêts-maladie longs et inutiles, et empêcher les travailleurs qui ont des problèmes de santé mentale de sortir du marché du travail. Plusieurs pays ont adopté des politiques prometteuses visant à encourager fermement le retour à l'emploi. Ces politiques se heurtent à un écueil : les différents acteurs – médecins, employeurs et employés – les adoptent très peu et les respectent rarement.

Mesures recommandées pour favoriser un processus de gestion du retour à l'emploi efficace :

- Mettre en place des services de conseils sur l'aptitude au travail pour aider rapidement les travailleurs en arrêt-maladie.
- Favoriser un retour au travail progressif, qui peut aussi aider les travailleurs à retrouver toute leur capacité de travail.
- Renforcer le rôle des médecins et psychologues du travail.

Incitations et obligations à destination des employeurs pour prévenir les arrêts-maladie et y faire face

Plusieurs facteurs contribuent à prévenir efficacement les congés de maladie de longue durée et à gérer le retour à l'emploi. Les mesures d'incitation financière et les obligations juridiques des employeurs à suivre et aider activement les employés en arrêt-maladie jouent un rôle fondamental.

Les mesures incitatives en faveur des employeurs sont peu développées

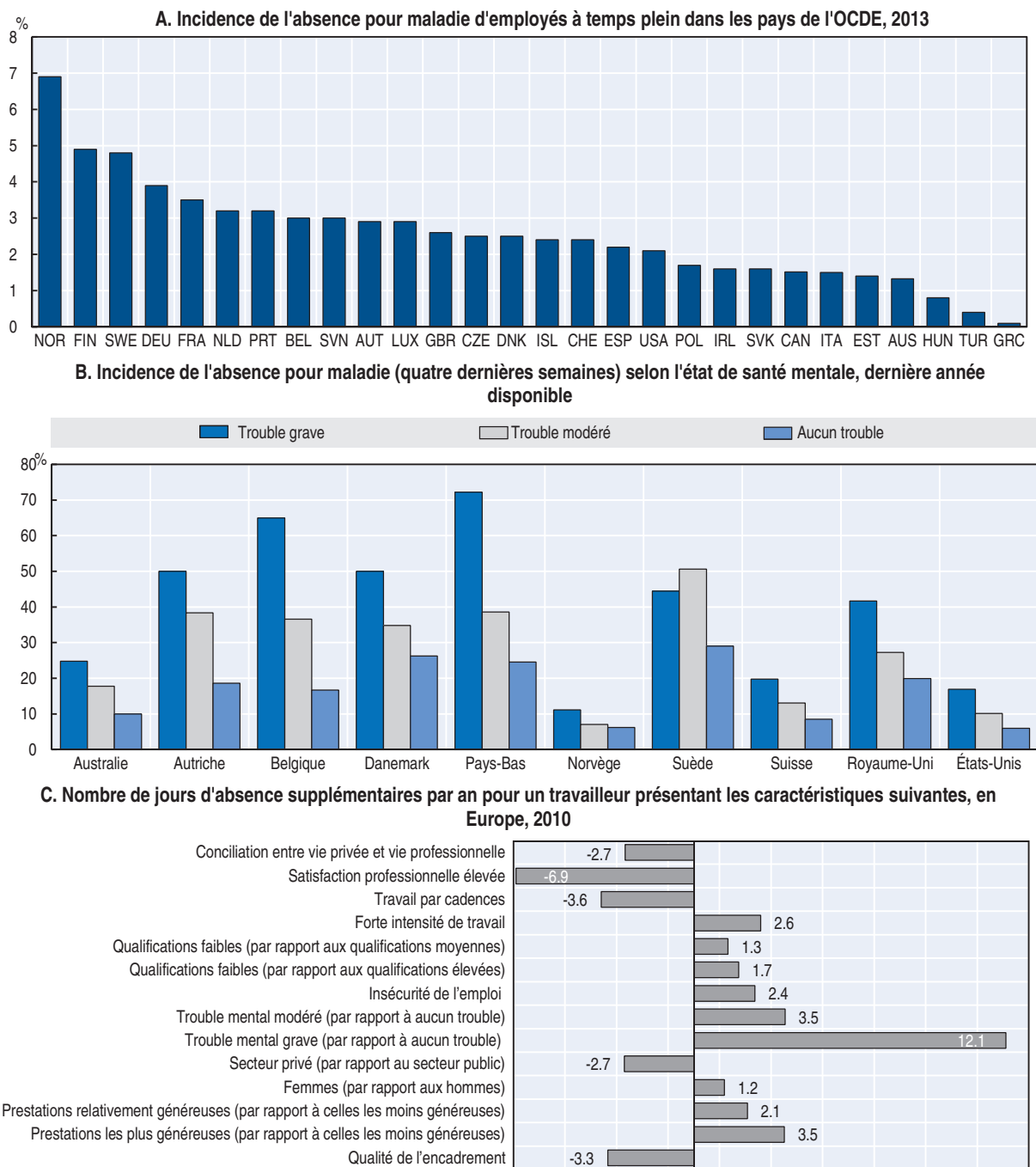
Les incitations et les obligations des employeurs sont l'un des facteurs qui expliquent les larges disparités entre les taux d'absence pour maladie des différents pays (graphique 4.5, partie A). Ces taux sont élevés dans la plupart des pays nordiques où les mesures financières incitant les employeurs à gérer activement les absences de longue durée sont limitées. Les entreprises ne sont tenues de verser des indemnités de maladie que durant les deux premières semaines d'arrêt-maladie, ce qui est très peu pour les travailleurs atteints de troubles mentaux et dont le taux d'absentéisme est en moyenne à peu près deux fois plus élevé que celui des travailleurs en bonne santé psychique (graphique 4.5, partie B).

On trouve d'autres exemples dans d'autres pays. Ainsi, en Suisse, bien que les entreprises soient tenues de payer des indemnités de maladie plus longtemps, la durée de ces versements est liée à la durée du contrat de travail (la même règle s'applique à la période durant laquelle un licenciement est jugé abusif en cas de maladie). Les employés souffrant d'un problème de santé mentale ont généralement moins d'ancienneté, et les employeurs ont donc moins d'obligations d'agir contre l'absentéisme des travailleurs souffrant de troubles mentaux et sont moins incités à le faire (graphique 4.5, partie C).

Les employeurs et le personnel d'encadrement jouent un rôle fondamental durant la période qui précède les absences de longue durée pour maladie, durant ces absences et lorsque les employés retrouvent leur emploi. Il faut donc les rendre responsables des conséquences. Autrement dit, ils ont une mission particulière :

- C'est à eux qu'il revient de régler les conflits sur le lieu de travail car ces conflits se traduisent par de nombreuses absences pour maladie.
- Ils doivent maintenir un contact régulier avec les employés en arrêt-maladie pour réduire la durée des absences.
- Ils doivent autant que possible adapter le lieu de travail pour que les employés en arrêt-maladie puissent travailler et coopérer sur les procédures adaptées de retour au travail pour accroître les chances de maintien dans l'emploi.
- Ils doivent coopérer et communiquer activement avec les médecins traitants des employés malades et avec d'autres acteurs concernés et les parties compétentes.

Graphique 4.5. Les employeurs ont des obligations limitées pour faire face au taux élevé de congés de maladie chez les travailleurs ayant des problèmes de santé mentale



a. Absence est défini comme suit: absence dans les quatre dernières semaines pour les pays de l'UE membres de l'OCDE, l'absence dans les deux dernières semaines en Australie (2004 au lieu de 2013) l'absence dans la dernière semaine en Norvège et absent pendant dix jours ou plus dans la dernière année aux États-Unis (2012 au lieu de 2013).

Source : Partie A : Estimations de l'OCDE à partir de l'Enquête européenne sur les forces de travail ; partie B : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010 pour l'Autriche, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ; le National Health Survey 2011/12 pour l'Australie, le Swiss Health Survey 2010 pour la Suisse et le National Health Interview Survey 2008 pour les États-Unis ; partie C : Estimations de l'OCDE à partir de l'Enquête européenne sur les conditions de travail 2010.

Retour rapide à l'emploi : De meilleures incitations

Des données indiquent que si l'on impose des obligations strictes aux employeurs, on peut contribuer à diminuer l'incidence des absences pour maladie et favoriser le maintien dans l'emploi. Les Pays-Bas ont réussi à réduire leur taux d'absences pour maladie en obligeant progressivement les entreprises à verser des indemnités de maladie pendant deux ans, élaborer activement des plans d'action pour assurer un retour à l'emploi rapide, contrôler les absences pour maladie, recenser toutes les mesures prises et adapter les tâches confiées aux employés en fonction de leurs capacités (Fiche 4.14).

Les Pays-Bas imposent aussi des obligations aux employés en arrêt-maladie. Ceux-ci doivent par exemple consulter un médecin du travail dans les six premières semaines d'arrêt. Si les employeurs et les employés ne s'entendent pas sur un plan d'action, ils s'exposent à des sanctions sévères. Les employeurs qui ne coopèrent pas doivent payer le salaire de l'employé concerné pendant une troisième année entière. Si c'est l'employé qui refuse de coopérer, son salaire peut être diminué ou suspendu et il peut être licencié ou voir sa pension d'invalidité réduite ultérieurement.

La Norvège, le Danemark et la Suède ont aussi introduit une obligation pour les employeurs et les employés de régler activement et rapidement les problèmes liés au lieu de travail et au retour à l'emploi, de rencontrer les travailleurs sociaux, d'élaborer des plans d'action et de contacter les médecins traitants (OCDE, 2013b ; OCDE, 2013c ; OCDE, 2013d). Certains pays comme la Suède ont mis en place une forte protection obligatoire pour éviter le licenciement des employés malades. Mais dans les pays nordiques, ces obligations plus strictes ne s'accompagnent pas d'incitations financières, que ce soit en faveur de l'employeur ou du travailleur.

Des données sur l'ensemble des pays de l'OCDE montrent que les réglementations ne sont pleinement efficaces que lorsqu'on les associe à des incitations financières et à des sanctions réelles en cas de non-respect. Or de nombreux pays n'appliquent pas de sanctions, en particulier contre les employés malades (OCDE, 2014a ; OCDE, 2013b), et leurs mesures financières n'ont pas suffisamment d'effet dissuasif. En Belgique par exemple, les sanctions administratives appliquées aux employeurs qui n'analysent pas les risques sur le lieu de travail sont inférieures au coût des analyses proprement dites (OCDE, 2013d). De plus, les indemnités de maladie que les employeurs sont tenus de payer sont souvent provisoires. Les indemnités de maladie publiques dont bénéficient les employés sont élevées par rapport aux salaires, et les employeurs comme les employés sont donc tentés de ne pas chercher activement des moyens de retourner à l'emploi. Ce phénomène représente une défaillance morale. Ces carences pourraient expliquer en partie pourquoi les politiques prometteuses qui visent à renforcer les obligations des employeurs n'ont pas encore totalement porté leurs fruits.

Synthèse et recommandations

Les incitations financières en faveur des employeurs et des employés destinées à prévenir les absences de longue durée pour maladie sont limitées dans de nombreux pays de l'OCDE. Seuls quelques pays, en particulier les Pays-Bas, sont allés plus loin en assignant aux employeurs la responsabilité à long terme d'indemniser les arrêts-maladie et en les sanctionnant, de même que les employés, s'ils ne font pas suffisamment d'efforts pour assurer le retour au travail. La plupart des pays préconisent une gestion active du retour à l'emploi, mais ne la soutiennent pas par des mesures d'incitation ou de dissuasion. Les politiques de gestion du retour à l'emploi restent donc fragmentaires et leur mise en œuvre laisse souvent à désirer.

Mesures recommandées pour renforcer les incitations destinées aux employeurs, les obliger à s'attaquer aux raisons des congés de maladie et favoriser le retour à l'emploi :

- Charger les employeurs de mettre au point des plans de retour au travail pour les employés malades et d'en contrôler l'application.
- Obliger les employeurs à être en contact avec les employés malades et, au besoin, avec les médecins traitants, pour aménager le poste de travail.
- Élargir les obligations des employeurs de verser des indemnités de maladie pour les pousser à agir afin de prévenir les absences pour maladie et aider les employés à reprendre le travail.

RÉFÉRENCES

- Arends, I., J. van der Klink, W. van Rhenen, M. de Boer et U. Bültmann (2014), « Predictors of Recurrent Sickness Absence Among Workers Having Returned to Work After Sickness Absence Due to Common Mental Disorders », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 40, n° 2, pp. 195-202.
- Baer, N., U. Frick, T. Fasel et W. Wiedermann (2011), « “Schwierige” Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung Psychisch Bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft » [Les employés « difficiles » : Perception et gestion par les managers et responsables des RH des situations liées à des problèmes psychologiques – Une étude pilote dans la ville de Bâle et Bâle-Campagne », *FoP-IV Forschungsbericht*, vol. 1, n° 11, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N. (2007), « Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? » [Recrutez-vous une personne ayant des troubles psychiatriques ?], *Zeitschrift für Sozialhilfe*, vol. 2007, n° 1, pp. 32-33.
- Borill, J. (2011), « Mental Health First Aid England and North East Mental Health Development Unit partnership project », *Evaluation*, mars 2011, NHS.
- Brohan, E., C. Henderson, K. Wheat, E. Malcolm, S. Clement, E. Barley, M. Slade et G. Thornicroft (2012), « Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace », *BMC Psychiatry*, vol. 12, n° 11, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-11>.
- Clement, S., F. Lassmann, E. Barley, S. Evans-Lacko, P. Williams, S. Yamaguchi, M. Slade, N. Rüsç et G. Thornicroft (2013), « Mass media interventions for reducing mental health-related stigma », The Cochrane Collaboration.
- Corrigan, P. (2014), « Listen to these lessons », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 10, Suppl. 1, pp. S6-7.
- Corrigan, P. et J. Shapiro (2010), « Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness », *Clinical Psychology Review*, vol. 30, n° 8, pp. 907-922.
- Henderson, C., P. Williams, K. Little et G. Thornicroft (2013), « Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010 », *British Journal of Psychiatry*, n° 202, suppl. 55, pp. S70-76.
- Hogarth, T., C. Hasluck, L. Gambin, H. Behle, Y. Li et C. Lyonette (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report 826*, Londres.
- Knapp, M., D. McDaid et M. Parsonage (dir. pub.) (2011), *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economics Case*, Department of Health, Londres.
- OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

- OCDE (2014a), *Santé mentale et emploi : Suisse*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr>.
- OCDE (2014b), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en>.
- OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr>.
- OCDE (2013b), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>.
- OCDE (2013c), *Mental Health and Work: Denmark*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>.
- OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>.
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi, Santé mentale et emploi*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr>.
- Rosholm, M. et A.L. Andersen (2010), « The Effect of Changing Mental Health on Unemployment Duration and Destination States after Unemployment », Social Science Research Network, disponible à l'adresse : <http://ssrn.com/abstract=1672026>.
- Spectra (2011), *The position of occupational medicine in enterprises. A survey commissioned by the Austrian Academy for Occupational medicine*, www.aam.at/downloads/image_arbeitsmedizin-report_unternehmen.pdf (consulté le 11 août 2015).
- Stansfeld, S. et B. Candy (2006), « Psychosocial Work Environment and Mental Health – A Meta-analytic Review », *Scandinavian Journal of Work and Health*, vol. 32, numéro spécial, n° 6, pp. 443-462.
- Stuart, H. (2006), « Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health », *Canadian Public Policy*, n° 31, pp. 21-28.
- Szeto, A. et K. Dobson (2010), « Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs », *Applied and Preventive Psychology*, n° 14, pp. 41-56.
- Thomsen, L.B. et J. Høgelund (2011), « Handicap og beskaeftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010 », Rapport n° 11:08, Danish National Institute for Social Research, Copenhagen.
- Thornicroft, G., D. Rose, A. Kassam et N. Sartorius (2007), « Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? », *British Journal of Psychiatry*, n° 190, pp. 192-193.
- Wang, P., G. Simon, J. Avorn et al. (2007), « Telephone Screening, Outreach and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes: A Randomised Controlled Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 12, pp. 1401-1411.

FICHES 4.1 À 4.15

- Fiche 4.1. Danemark : Évaluation et surveillance de l'environnement psychosocial du travail
- Fiche 4.2. Belgique : Services externes pour la prévention et la protection au travail
- Fiche 4.3. Norvège : Soutien des employeurs par des conseillers pour l'emploi spécialisés
- Fiche 4.4. Autriche : Obligation pour les employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail
- Fiche 4.5. États-Unis : Des programmes d'aide aux employés pour améliorer la productivité
- Fiche 4.6. Danemark : Des subventions salariales flexibles en cas de capacité de travail partielle
- Fiche 4.7. Pays-Bas : De fortes incitations financières pour les employeurs et les salariés
- Fiche 4.8. Norvège : un accord tripartite pour améliorer l'issue des arrêts maladie
- Fiche 4.9. Suède : Une politique plus stricte en matière d'arrêt-maladie pour prévenir les absences de longue durée
- Fiche 4.10. Royaume-Uni : Le dispositif Access to work finance des aides pratiques sur le lieu de travail
- Fiche 4.11. Suisse : Suivi personnalisé par les assurances santé privées et les assurances d'indemnités journalières
- Fiche 4.12. Autriche : Un guichet unique pour lutter contre les arrêts-maladie de longue durée
- Fiche 4.13. Royaume-Uni : Les services Fit for work viennent en aide aux salariés malades
- Fiche 4.14. Pays-Bas : Des médecins du travail dans chaque entreprise
- Fiche 4.15. Royaume-Uni : Service de conseils de médecine du travail pour les petites entreprises

Fiche 4.1

Danemark : Évaluation et surveillance de l'environnement psychosocial du travail

Contexte

Bien que les contraintes psychosociales sur le lieu de travail se soient accrues au cours des dernières décennies, l'évaluation des risques au travail n'a pas toujours suivi. Il est nécessaire de renforcer la législation relative à l'évaluation des risques psychosociaux, ainsi que le suivi et l'aide mis en œuvre lorsque des problèmes sont identifiés. Des outils propres au lieu de travail peuvent contribuer à améliorer l'environnement psychosocial du travail.

Programme

Au Danemark, la santé et la sécurité au travail sont régies par la Loi sur le cadre de travail, garanties par des accords entre les partenaires sociaux, mais placées sous la surveillance de la l'Autorité chargée du cadre de travail (WEA). Les dispositions légales imposent aux employeurs de gérer les risques liés à l'environnement psychosocial du travail sur le lieu de travail. Depuis 2007, la WEA est chargée d'inspecter l'environnement psychosocial du travail dans toutes les entreprises. Cela représente un grand changement par rapport à son approche plus traditionnelle de la santé et de la sécurité, ce qui l'a poussée à élaborer une stratégie d'inspection.

Sur la base des résultats de recherches menées au Danemark, la WEA a conçu 24 outils d'orientation par emploi et par secteur. Chaque outil d'orientation décrit la prévalence des facteurs de risque et les moyens potentiels dont une entreprise dispose pour prévenir les problèmes — chaque entreprise devant trouver un équilibre entre les risques et les moyens de prévention. L'outil décrit également les éventuelles conséquences pour l'entreprise d'un déséquilibre entre risques et moyens, comme une mauvaise réputation, une perte d'engagement, un allongement des délais, des réclamations des usagers, un taux élevé de rotation du personnel ou des taux élevés d'absences de longue durée pour maladie.

Les inspecteurs de la WEA sont formés à l'utilisation des outils d'orientation et à l'évaluation des risques posés par l'environnement psychosocial du travail pour la santé et la sécurité. L'inspection des risques posés par l'environnement psychosocial du travail est facilitée par une description de la méthode et des instructions, des modèles relatifs à la préparation des avis d'amélioration (dans le cas où des améliorations seraient nécessaires), et le partage d'exemples de bonnes pratiques. Un groupe de travail a été établi dans chacun des quatre centres d'inspection régionaux de la WEA. Il comprend entre six et huit inspecteurs hautement qualifiés sur l'environnement psychosocial du travail, qui aident les autres inspecteurs à évaluer les problèmes en la matière, à préparer les avis d'amélioration et à conseiller les entreprises ayant reçu un avis d'amélioration.

Résultats

Aucune évaluation complète de la stratégie de la WEA ni des outils d'orientation n'a été menée jusqu'à présent. Toutefois, les premiers résultats des entretiens des groupes cibles avec les inspecteurs suggèrent que les outils d'orientation sont largement utilisés avant, pendant et après les inspections, et que les employeurs les jugent très utiles. Bien que le nombre d'avis d'amélioration en lien avec des problèmes d'environnement psychosocial du travail ait augmenté, ils ne représentent toujours que 5 % de l'ensemble des avis émis par la WEA en lien avec des aspects relatifs à la santé et à la sécurité.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Denmark*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx/doi/org/10.1787/9789264188631-en>.

Senior Labour Inspectors Committee (2008), « Report on the Evaluation of the Danish Working Environment Authority in 2008 », Copenhague.

Fiche 4.2

Belgique : Services externes pour la prévention et la protection au travail

Contexte

Les politiques de prévention du stress au travail sont essentielles. Dans le même temps, il est nécessaire d'octroyer une aide adaptée aux salariés atteints de troubles mentaux afin de prévenir les arrêts-maladie de longue durée. Les employeurs ont également besoin d'aide pour créer un climat de travail psychologiquement sain et permettre aux travailleurs atteints de troubles mentaux de conserver leur emploi ou de reprendre le travail le plus rapidement possible.

Programme

En Belgique, les employeurs ont l'obligation légale de prendre toutes les mesures préventives nécessaires pour protéger le bien-être de leurs employés. La législation belge donne des instructions explicites concernant la manière de répondre aux exigences prescrites par la loi dans le domaine de la santé mentale. Tous les employeurs sont notamment tenus de procéder à une évaluation des risques afin de repérer les situations et les facteurs de risque susceptibles de générer une détresse psychosociale due au travail. Sur la base de cette analyse des risques, l'employeur doit en outre élaborer un plan global de prévention sur cinq ans, ainsi qu'un plan d'action annuel pour éviter la détresse psychosociale et limiter ses conséquences. Les analyses des risques et les plans de prévention et d'action sont réalisés en collaboration avec une équipe de conseillers et de représentants du personnel.

Les employeurs sont tenus de nommer un conseiller en prévention psychosociale pour les assister dans la mise en œuvre de leur politique de prévention des risques. Pour les entreprises employant moins de 50 personnes, ce conseiller devra appartenir à un service de prévention externe afin d'éviter les conflits d'intérêt potentiels. Ces services externes emploient à la fois des médecins du travail et des conseillers en prévention spécialisés dans un ou plusieurs des cinq domaines suivants : sécurité au travail, médecine du travail, ergonomie, hygiène du travail et aspects psychosociaux du travail.

Il est fortement recommandé (mais pas obligatoire) aux employeurs de désigner parmi le personnel une personne de confiance ayant une connaissance approfondie du fonctionnement interne de l'entreprise.

Résultats

Une évaluation a montré que la mise en œuvre pratique de la législation relative au bien-être au travail demeurerait insuffisante. Tout d'abord, les employeurs entreprennent rarement des analyses des risques psychosociaux, principalement en raison de leurs coûts élevés et de la résistance des employeurs, qui redoutent les analyses négatives et leurs implications potentielles sur l'organisation du travail. Ensuite, de nombreux employeurs ne connaissent pas leurs obligations légales, ni l'importance et les avantages des politiques de prévention. Troisièmement, on constate que les employés ne sont pas informés du rôle, voire de l'existence du conseiller en prévention psychosocial et des personnes de confiance. Enfin, les conseillers en prévention psychosociaux n'ont quasiment pas de temps à consacrer à la prévention des risques psychosociaux au travail, car ils sont accaparés par des plaintes de harcèlement au travail. Ils ne sont pas toujours formés pour réaliser les diverses évaluations des risques et les nombreux programmes de prévention possibles, et ils sont rarement familiarisés avec le lieu de travail. En raison du manque d'incitations financières pour amener les employeurs à adapter le travail et le lieu de travail, certains refusent de coopérer, ce qui n'incite pas les professionnels de la médecine du travail à se spécialiser dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux – moins de 5 % des conseillers en prévention sont spécialisés dans ce domaine.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr>.

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (2011), « Évaluation de la législation relative à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail », Bruxelles.

Fiche 4.3

Norvège : Soutien des employeurs par des conseillers pour l'emploi spécialisés

Contexte

De nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des réglementations relatives à la prévention des risques psychosociaux afin de prévenir les problèmes de santé mentale sur le lieu de travail. Le recours à des conseillers pour l'emploi capables d'aider les employeurs est un moyen de faire face aux risques psychosociaux au travail.

Programme

Pour aider les employeurs à faire face le plus tôt possible aux problèmes de santé mentale au travail, l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale a mis en place des centres d'aide inclusifs pour les employeurs dans chacun de ses 19 comtés. Ces centres sont régis par la loi sur le cadre de travail, qui promeut un environnement de travail sain, et par un accord tripartite intitulé « Accord sur l'insertion professionnelle », qui vise à réduire les absences pour maladie et à accroître la réinsertion. Ces centres fournissent non seulement une assistance en matière de promotion de la santé et de prévention des congés maladie, mais viennent également en aide aux employeurs signataires d'un accord d'insertion professionnelle.

L'un des objectifs est d'inciter le service en charge des ressources humaines dans les entreprises à s'engager davantage en faveur de la promotion de la santé. L'approche de ces centres est très axée sur l'information et la sensibilisation. Ils cherchent à informer les employeurs sur les signes qui caractérisent la maladie mentale et sur les systèmes de soutien professionnel à disposition des personnes atteintes de troubles mentaux. Récemment, les centres ont lancé un dispositif expérimental très prometteur afin de mettre à disposition des employeurs des conseillers pour répondre à leurs questions relatives au travail et à la santé mentale. Ce dispositif est désormais étendu à sept comtés. Les employeurs peuvent également contacter les conseillers directement en cas de problèmes concrets, pour obtenir des conseils sur les aménagements du travail envisageables, par exemple.

Résultats

Les centres d'aide aux employeurs constituent une bonne structure pour offrir des interventions précoces et hautement spécialisées systématiques sur le lieu de travail. Ils ont déjà établi de nombreux contacts avec les employeurs, qui peuvent encore être étendus, approfondis et systématisés. Jusqu'à présent, la plupart des services fournis par les centres d'aide aux employeurs visaient à les instruire et à les sensibiliser. Bien que des milliers d'entreprises aient suivi des formations et reçu des informations sur les problèmes de santé mentale au travail, l'aide à la prise en charge des problèmes professionnels ne semble pas avoir encore reçu suffisamment d'attention. Pour que les centres jouent pleinement leur rôle, ils doivent i) être accessibles à tous les employeurs ; ii) être pluridisciplinaires et intégrer des professionnels de la santé mentale ; iii) collaborer avec des spécialistes de la santé mentale (psychiatres, par exemple) ou des établissements de soins ; et iv) se concentrer sur les conseils aux employeurs plutôt que sur les campagnes de sensibilisation.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>.

Fiche 4.4

Autriche : Obligation pour les employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail

Contexte

La prévention des problèmes de santé mentale au travail est essentielle pour éviter les longues périodes de maladie et les sorties du marché du travail. Une solution prometteuse pour remédier à ces problèmes consiste à obliger les employeurs à évaluer le stress au travail et à faire intervenir des psychologues du travail.

Programme

La nouvelle loi autrichienne sur la protection de la main d'œuvre est entrée en vigueur en janvier 2013. Cette loi impose aux employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail, d'appliquer des mesures en cas de problème et d'évaluer leur efficacité. La loi précédente obligeait déjà les employeurs à protéger la santé de leurs employés de manière générale, et donc implicitement les problèmes de santé mentale. La nouvelle loi introduit certains changements importants.

Premièrement, elle définit les tensions psychologiques (par exemple, absence de soutien social ou de réactions de la part des supérieurs hiérarchiques, objectifs de travail peu clairs ou divergents, monotonie du travail) comme un facteur de risque. Deuxièmement, elle fait la distinction entre santé physique et santé mentale. Troisièmement, elle oblige les employeurs à garantir non seulement un environnement professionnel sain, mais également à évaluer activement l'existence de tensions psychologiques dans leur entreprise. Ces évaluations doivent être menées de manière systématique, en collaboration avec un comité directeur composé de représentants des salariés et utilisant des outils ou des questionnaires d'évaluation standardisés. Quatrièmement, l'évaluation du lieu de travail doit avoir une visée préventive — en d'autres termes, évaluer les tâches et leur organisation, l'environnement de travail et les procédures opérationnelles. Cinquièmement, la loi exige une évaluation du lieu de travail en cas d'incidents impliquant des tensions psychologiques très importantes. Sixièmement, des psychologues du travail sont explicitement cités parmi les professionnels qualifiés (outre les chimistes, toxicologues ou ergonomes) susceptibles d'être mandatés pour mener les évaluations et fournir des services de prévention reconnus.

Résultats

La reconnaissance explicite des risques psychosociaux et l'intégration de psychologues du travail parmi les professionnels susceptibles d'être mandatés pour évaluer les risques sur le lieu de travail et mettre en place des mesures adaptées sont prometteuses. Bien qu'aucune évaluation n'ait encore été menée, le rôle des psychologues du travail n'est pas encore suffisamment important. Ils ne sont pas reconnus comme des professionnels de la prévention et ne peuvent être mandatés que pour 25 % maximum du temps total pendant lequel les entreprises sont obligées d'engager des professionnels de la santé et de la sécurité au travail chaque année. En outre, le recours accru aux psychologues du travail prévu par la nouvelle loi sur la protection du travail pourrait ne pas se concrétiser du fait que les employeurs n'ont aucune obligation de faire appel à eux.

Pour en savoir plus

OCDE (à paraître en 2015), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 4.5

États-Unis : Des programmes d'aide aux employés pour améliorer la productivité

Contexte

Bien que la plupart des individus souffrant de troubles mentaux occupent un emploi, leur productivité est souvent inférieure et ils sont plus souvent en arrêt-maladie. Les employeurs sont essentiels pour assurer de bonnes conditions de travail, prendre en charge les problèmes de santé mentale de leurs salariés, et réduire autant que possible les pertes de productivité.

Programme

Les programmes d'aide aux salariés proposent des services de conseil confidentiels et ponctuels aux employés confrontés à des problèmes personnels qui influent sur leur rendement au travail, que ces problèmes soient d'ordre professionnel ou non. Les employés et leur famille bénéficient de services et d'une orientation dans les domaines suivants : santé mentale, médicaments, alcool et problèmes personnels, comme le divorce et les problèmes de parentalité ; bien-être et promotion de la santé ; et soutien professionnel, comme l'orientation de carrière. Les programmes d'aide aux salariés prévoient également une assistance aux supérieurs hiérarchiques, sous la forme d'une formation à la gestion de la santé mentale, du stress et des addictions sur le lieu de travail, par exemple, ou à la gestion des absences.

Résultats

Les programmes d'aide aux salariés sont gratuits pour les employés et les membres de leur famille puisqu'ils sont préfinancés par les employeurs, et sont généralement disponibles 24 heures sur 24. Aux États-Unis, ils sont obligatoires pour les agences fédérales, alors que dans le secteur privé, ils concernent environ 65 % des entreprises de plus de 100 salariés. Les programmes sont souvent assurés par des prestataires externes.

Il a été démontré que les programmes d'aide aux salariés contribuaient à lutter contre l'absentéisme, à mieux maintenir les salariés dans l'emploi, et à réduire considérablement les coûts médicaux du fait de la détection et de la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale. Ces programmes ont été critiqués pour leur manque d'impartialité dans les cas où un employé cherche de l'aide pour des problèmes professionnels.

Pour en savoir plus

Hargrave, G. et al. (2008), « EAP Treatment Impact on Presenteeism and Absenteeism: Implications for Return on Investment », *Journal of Workplace Behavioral Health*, vol. 23, n° 3, pp. 283-293.

Lam, R. et al. (2012), « The Prevalence and Impact of Depression in Self-Referred Clients Attending an Employee Assistance Program », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 54, n° 11, pp. 1395-1399.

ODEP (2009), *Employee Assistance Programs for a New Generation of Employees*, Office of Disability Employment Policy, U.S. Department of Labor, Washington, DC.

Fiche 4.6

Danemark : Des subventions salariales flexibles en cas de capacité de travail partielle

Contexte

Les pays de l'OCDE élaborent différentes stratégies pour favoriser le retour à l'emploi des travailleurs présentant une capacité de travail réduite. Il s'agit par exemple de permettre aux salariés de travailler moins longtemps à des niveaux de productivité plus faibles, mais de toucher la totalité de leur salaire grâce à des subventions versées aux employeurs.

Programme

Le dispositif danois d'*emplois flexibles* est un système de subventions salariales visant les personnes à capacité de travail réduite qui sont incapables de travailler sur le marché du travail régulier, mais dont le niveau d'incapacité ne permet pas de toucher une pension d'invalidité. À l'origine, ce dispositif n'était pas destiné aux personnes atteintes de troubles mentaux, et officiellement, seuls 15 % environ de l'ensemble des usagers du dispositif d'emplois flexibles sont enregistrés comme malades mentaux. Ce dispositif présente un potentiel pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, car il permet aux salariés de toucher l'intégralité de leur salaire en travaillant moins longtemps à un niveau de productivité plus faible, et aux employeurs de rémunérer uniquement ce qui a été réellement produit.

En 2013, une réforme a permis de remédier à plusieurs défauts du système : i) la progressivité de la subvention ; ii) la part élevée (environ 50 %) d'emplois flexibles que les entreprises ont appliquée parce qu'elles sont autorisées à convertir des postes existants en emplois flexibles ; iii) la prédominance des emplois flexibles dans le secteur public municipal ; et iv) le passage fréquent à un emploi flexible lors de l'expiration d'un droit à une indemnité de maladie. En outre, le risque de « voie de garage » que présentent les emplois flexibles pose un problème financier majeur, dans la mesure où le système s'est rapidement élargi pour inclure de nombreuses personnes qui occupaient auparavant des emplois non subventionnés. La réforme vise à éliminer ces défauts majeurs.

Résultats

On dispose de peu d'informations relatives au recours à des emplois flexibles par les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Il est probable que la plupart des changements apportés au dispositif d'emplois flexibles seront particulièrement utiles à ces personnes, qui font partie des plus désavantagées. Ce nouveau système est en principe temporaire, beaucoup plus souple en termes d'heures et de changements au fil du temps, et se concentre davantage sur l'activation et la réintégration des personnes ayant droit à un emploi flexible.

Depuis la réforme, le nombre de subventions aux emplois flexibles n'a cessé d'augmenter. Une première évaluation de la réforme indique qu'elle est efficace sur de nombreux plans. On compte désormais un pourcentage beaucoup plus élevé d'usagers atteints de troubles mentaux, et la part des emplois flexibles dans les entreprises privées est bien plus élevée. Dans le même temps, le nombre de personnes attendant de bénéficier d'un emploi flexible et touchant entre-temps une indemnité dite « d'attente » a nettement diminué.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Denmark*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>.

Fiche 4.7

Pays-Bas : De fortes incitations financières pour les employeurs et les salariés

Contexte

Les taux d'absence pour maladie sont élevés parmi les travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale. Pour ces actifs, une prise en charge rapide de la maladie et des politiques de retour à l'emploi sont essentielles pour prévenir les absences de longue durée, l'incapacité et la sortie du marché du travail. Les incitations auprès des employeurs à investir dans la prise en charge de la maladie peuvent améliorer l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail.

Programme

Aux Pays-Bas, plusieurs réformes ont été mises en œuvre pour contraindre les employeurs (et les salariés) à faire face à leurs responsabilités en termes de maladie. En particulier, la loi sur la réduction de l'absentéisme (1994), l'extension de la loi de 1996 sur le versement des salaires pendant les congés maladie (2004), et la loi relative à l'amélioration de la prévoyance (2002) ont toutes contribué à améliorer considérablement la prise en charge de la maladie.

Lorsqu'un travailleur tombe malade, l'employeur est obligé de continuer à lui verser 70 à 100 % de son salaire pendant deux ans, au cours desquels le travailleur est protégé du licenciement par la loi. En outre, les employeurs doivent engager un gestionnaire de cas pour superviser le processus de retour à l'emploi. Dans les six semaines suivant le début de leur arrêt-maladie, les salariés doivent consulter un médecin du travail rémunéré par l'employeur. L'employeur et le salarié ont huit semaines pour convenir d'un plan d'action, qui définit les responsabilités des deux parties pour permettre une reprise rapide du travail. L'employeur est chargé de contrôler le processus de retour au travail toutes les six semaines et de consigner toutes les mesures entreprises – une tâche souvent effectuée par le gestionnaire de cas en charge du retour au travail. L'employeur comme le salarié peuvent être pénalisés s'ils ne participent pas au processus de retour au travail, qui est évalué par l'organisme d'assurance des salariés après deux années de congé maladie.

Si un employeur ne peut pas aménager de poste pour permettre à un salarié malade de reprendre le travail, tous deux ont l'obligation de chercher un poste adapté au salarié dans une autre entreprise. Les services de médecine du travail, les bureaux de réinsertion et les organisations professionnelles d'employeurs peuvent faciliter la recherche d'un nouvel emploi. Certaines entreprises emploient un travailleur social, outre le gestionnaire de cas en charge du retour à l'emploi, qui aide à faire face aux problèmes psychosociaux ayant un impact sur le travail – par le biais de la médiation des conflits au travail par exemple.

Résultats

Le taux d'absence pour maladie a considérablement diminué au cours des 15 dernières années aux Pays-Bas et est désormais proche de la moyenne de l'OCDE. Il demeure toutefois élevé chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En outre, les employeurs n'assument pas tous leurs responsabilités en ce qui concerne la gestion du retour à l'emploi. Par exemple, un employé sur deux ne reçoit aucune directive concernant le moment auquel contacter un médecin du travail pendant son congé maladie. Les employeurs sont souvent sanctionnés : dans un cas sur cinq de congé maladie supérieur à deux ans, les employeurs ne remplissent pas leurs obligations.

Pour en savoir plus

Jong, P. de, T. Everhardt et C. Schrijvershof (2011), *Toepassing van de wet Verbetering Poortwachter*, APE, La Haye.

Koopmans, P., C. Roelen, et J. Groothoff (2008), « Frequent and Long-term Absence as a Risk Factor for Work Disability and Job Termination Among Employees in the Private Sector », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 65, pp. 494-499.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en>.

Fiche 4.8

Norvège : un accord tripartite pour améliorer l'issue des arrêts-maladie

Contexte

Les employeurs comme les employés sont responsables de la gestion active du retour au travail. Les employeurs peuvent contribuer au processus par une prise en charge précoce des problèmes rencontrés au travail et par une amélioration des conditions de travail des salariés présentant des besoins spécifiques.

Programme

En 2001, le gouvernement norvégien a signé un accord tripartite intitulé « Accord sur l'insertion professionnelle ». Il a été renouvelé plusieurs fois depuis, le dernier accord en date étant valable jusqu'en 2018. Cet accord vise à : i) réduire les congés maladie d'au moins 20 % par rapport à 2001 ; ii) accroître le taux d'activité des personnes présentant des incapacités ; et iii) augmenter l'âge effectif de la retraite. En 2013, l'accord couvrait environ 25 % des entreprises norvégiennes et quelque 60 % des salariés.

L'adhésion à cet accord nécessite que les entreprises appuient ses objectifs. En contrepartie, elles bénéficient des services d'un agent de liaison de l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale, et d'une aide spécifique (éventuellement financière) pour prévenir les arrêts-maladie et procéder à des aménagements du lieu de travail. Les entreprises signataires de l'accord ont également d'autres obligations : i) garantir un bon environnement de travail ; ii) faciliter les conditions de travail des salariés ayant des besoins spécifiques ; iii) préparer systématiquement des statistiques sur les arrêts-maladie ; et iv) chercher et faciliter le dialogue avec les employés touchant des indemnités de maladie.

Résultats

La structure tripartite fournit une base durable pour l'initiation et la mise en œuvre de nouvelles politiques et mesures, et confie de nouvelles responsabilités aux partenaires sociaux. Cela est particulièrement important puisque les incitations financières versées aux employeurs afin d'améliorer le maintien dans l'emploi et d'éviter les absences à long terme sont faibles en Norvège. Les résultats globaux obtenus entre 2001 et 2014 en ce qui concerne ces trois sous-objectifs sont les suivants :

- i) Les absences pour maladie ont été réduites de 12 % ;
- ii) Le taux d'emploi des personnes invalides est resté presque constant (43 %), mais l'incidence et la prévalence des bénéficiaires du régime d'invalidité ont stagné ;
- iii) L'emploi de personnes âgées de 50 ans ou plus a augmenté de 18 % (1 an et demi).

Il existe de légères différences entre les entreprises signataires de l'accord et les entreprises non signataires en ce qui concerne les réalisations et les résultats obtenus. Les évaluations menées jusqu'à présent peinent à trouver une relation de cause à effet directe entre les mesures de l'accord et les résultats. Néanmoins, le recours accru aux arrêts-maladie à temps partiel semble avoir un effet positif.

Pour en savoir plus

Foss, L. et al. (2013), « Inclusive Working Life in Norway: A Registry-based Five-year Follow-up Study », *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, vol. 8, n° 19, www.occup-med.com/content/8/1/19. (consulté le 11 août 2015).

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en> (consulté le 11 août 2015).

Fiche 4.9

Suède : Une politique plus stricte en matière d'arrêt-maladie pour prévenir les absences de longue durée

Contexte

Le taux d'arrêt-maladie est relativement élevé chez les travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale. Une intervention et une aide précoces pour les bénéficiaires d'indemnités maladie atteints de troubles mentaux sont cruciales pour prévenir les arrêts-maladie de longue durée, l'invalidité et une sortie précoce du marché du travail.

Programme

Depuis 2003, la Suède a entrepris une série de réformes pour remédier aux problèmes structurels à long terme de ses politiques de maladie et d'invalidité. La nouvelle procédure d'arrêt-maladie encourage une procédure plus active et vise à prévenir les congés maladie de longue durée et l'exclusion permanente du travail qui s'ensuit. Elle se caractérise principalement par des délais beaucoup plus stricts en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail à différents stades. Cette dernière est d'abord évaluée par rapport à l'emploi exercé par le salarié malade, puis – dans un délai de trois mois maximum – par rapport à d'autres postes au sein de la même entreprise et enfin, après six mois par rapport au marché du travail régulier dans son ensemble, afin de faciliter un retour précoce au travail.

En outre, la durée des indemnités maladie a été réduite à un maximum de 364 jours sur une période totale de 450 jours, bien que le versement puisse être étendu à 914 jours dans certaines conditions. Cela contraste avec les pratiques précédentes, qui ne limitaient pas le nombre de jours pendant lesquels les salariés pouvaient toucher des indemnités maladie. La Suède a également mis en place un crédit d'impôt sur le revenu du travail pour inciter à rester dans l'emploi.

Résultats

Les réformes structurelles approfondies du système de maladie et d'invalidité ont permis de réduire le nombre élevé de bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité. Les congés maladie de longue durée supérieurs à un an ont d'abord été réduits de 80 % par rapport à leur plus haut niveau de 2003, bien qu'ils aient de nouveau augmenté récemment. Le nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité a également diminué de 80 % au cours de la décennie qui a suivi 2003.

On estime que le crédit d'impôt sur le revenu du travail pourrait avoir eu un impact considérable sur la durée des arrêts-maladie. Puisque les salariés en arrêt-maladie n'ont pas le droit à ce crédit d'impôt, il s'ensuit une hausse du revenu du travail par rapport aux prestations perçues pendant le congé maladie. On estime que le crédit d'impôt pourrait avoir raccourci le congé maladie moyen d'environ trois jours, soit 7 %.

Le changement de paradigme de la politique de maladie et d'invalidité en faveur d'une activation précoce au cours de cette période est un exemple dont devraient s'inspirer les autres pays de l'OCDE. Toutefois, il convient de vérifier si les réformes ont été aussi efficaces pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

Pour en savoir plus

Hartman, L. (2011), « Swedish Policies for the Disabled. What Do We Know About the Effects? », Department of Economics, Uppsala University.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>.

Fiche 4.10

Royaume-Uni : Le dispositif *Access to work* finance des aides pratiques sur le lieu de travail

Contexte

Une intervention et une aide précoces pour les travailleurs bénéficiaires d'indemnités de maladie sont essentielles pour prévenir les arrêts-maladie de longue durée, l'invalidité et une sortie précoce du marché du travail. Bien que des modifications de l'environnement de travail puissent être indispensables à un retour à l'emploi, les employeurs ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour procéder à ces changements.

Programme

Access to Work est un dispositif gouvernemental qui cible les salariés et les travailleurs indépendants présentant une incapacité ou un problème de santé sur une période d'au moins 12 mois. Ce dispositif prévoit des subventions flexibles pour les travailleurs et leurs employeurs afin de financer des aides pratiques, comme des équipements spécialisés ou le transport sur le lieu de travail.

En 2011, *Access to Work* a également été remanié pour fournir une assistance aux personnes souffrant de dépression, d'anxiété, de stress et d'autres problèmes de santé mentale affectant leur travail. Les aides proposées incluent notamment : i) une évaluation des besoins individuels afin d'identifier des stratégies d'adaptation ; ii) des aides en matière de santé mentale axées sur le milieu professionnel, d'une durée de six mois, adaptées aux besoins identifiés ; iii) un plan d'aide personnalisé, détaillant les étapes nécessaires pour rester ou retourner au travail ; iv) des suggestions d'aménagement du lieu de travail ou des pratiques de travail, qui peuvent aider les personnes à accomplir leur mission ; et v) des conseils et des directives aux employeurs sur la manière dont ils peuvent aider leurs salariés souffrant de problèmes de santé mentale. Les modifications du dispositif *Access to Work* marquent une étape importante vers la reconnaissance et la satisfaction des besoins spécifiques des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Résultats

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont très peu eu recours à ce dispositif. En 2012, seuls 3 % des participants au programme citaient les problèmes de santé mentale comme leur principale incapacité. Autre critique adressée au programme, il est peu connu des employeurs. Pour remédier à ces problèmes, le gouvernement a annoncé qu'il allait lui allouer 15 millions GBP supplémentaires, et a lancé une campagne marketing de 12 mois pour faire connaître le dispositif auprès des groupes sous-représentés et des employeurs. Ces mesures sont les bienvenues puisque le dispositif *Access to Work* pourrait renforcer considérablement l'aide apportée aux employés souffrant de troubles mentaux sur le lieu de travail. Toutefois, il sera essentiel de surveiller l'impact de ces mesures sur le recours au dispositif et de poursuivre les investissements si les personnes atteintes de troubles mentaux continuent d'être sous-représentées.

Pour en savoir plus

Gifford, G. (2013), *Access to Work: Official Statistics*, Department for Work and Pensions, Londres.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en>.

Work and Pensions Committee (2009), *The Equality Bill: How Disability Equality Fits Within a Single Equality Act*, Third Report.

Fiche 4.11

Suisse : Suivi personnalisé par les assurances santé privées et les assurances d'indemnités journalières

Contexte

Pour prévenir les congés maladie de longue durée, les employeurs doivent être encouragés à faire face dès l'origine aux problèmes que rencontrent les employés au travail, idéalement en collaboration avec les médecins traitants, les médecins du travail ou les gestionnaires de cas spécialisés dans le retour au travail.

Programme

En Suisse, la plupart des assurances santé et des assurances d'indemnités journalières ont mis en œuvre tout un éventail de mesures de prévention (dans des domaines tels que la promotion de la santé, l'évaluation des risques et les systèmes de gestion des absences en entreprise) et de services de réintégration (de suivi personnalisé en particulier). Le suivi personnalisé en cas de maladie intervient précocement, souvent après environ 30 jours d'arrêt-maladie, selon le contrat passé entre l'entreprise et l'assureur. Le gestionnaire de cas évalue la pertinence du suivi pour chaque arrêt maladie signalé – dans le cas des troubles mentaux, il est souvent jugé pertinent. Le gestionnaire contacte alors : i) le médecin traitant pour obtenir davantage d'informations sur les incapacités de travail liées à la maladie ; ii) l'employeur ; et iii) le salarié pour parler de la situation et favoriser le processus de retour au travail.

Les gestionnaires de cas sont généralement des non-spécialistes possédant une expérience dans la gestion des ressources humaines par exemple, et une solide expérience professionnelle. Ils jouent un rôle essentiel dans l'échantillonnage des informations recueillies auprès des différents acteurs et dans l'établissement d'un plan coordonné de retour au travail. Dans l'éventualité d'un congé maladie de longue durée et/ou de troubles mentaux sévères, le gestionnaire de cas contacte également souvent l'assurance-invalidité – en principe, après un mois d'arrêt-maladie. Le gestionnaire de cas entretient normalement une relation suivie avec l'entreprise assurée.

Résultats

Les résultats du suivi personnalisé mené par les assureurs n'ont encore jamais été évalués. La pratique montre toutefois que le nombre d'utilisateurs atteints de troubles de la santé mentale augmente non seulement considérablement, mais que ces derniers posent également des difficultés particulières aux gestionnaires de cas, qui connaissent rarement les troubles mentaux. Autre difficulté à laquelle ils doivent faire face, leur relation souvent difficile avec les médecins traitants. Par conséquent, l'Association suisse d'assurances et la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie ont récemment rédigé une lettre d'entente sur les modalités de collaboration des gestionnaires de cas et des psychiatres.

Pour en savoir plus

OCDE (2014), *Santé mentale et emploi : Suisse*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr>.

Fiche 4.12

Autriche : Un guichet unique pour lutter contre les arrêts-maladie de longue durée

Contexte

Un processus actif de gestion du retour au travail est essentiel pour les travailleurs atteints de troubles mentaux, qui sont souvent absents pendant de longues périodes. De nombreux pays de l'OCDE ont élaboré des stratégies pour soutenir le processus de retour au travail par le biais, par exemple, de services d'intervention précoce qui conseillent très tôt les travailleurs bénéficiaires d'indemnités de maladie ayant besoin de soins complémentaires et les orientent en temps opportun vers des professionnels afin d'obtenir un traitement.

Programme

Les arrêts-maladie dus à des problèmes de santé mentale augmentent régulièrement en Autriche (bien que leur niveau fût initialement très bas). L'Autriche compte parmi les pays de l'OCDE où les entreprises sont les moins nombreuses à analyser régulièrement les causes des arrêts-maladie et à prendre des mesures de suivi des employés en congé maladie de longue durée. Cela crée des problèmes propres aux arrêts dus à des troubles mentaux, qui sont souvent de longue durée. Les arrêts-maladie en Autriche suivent le principe du tout ou rien : l'absence de processus de retour progressif au travail empêche les salariés malades de retourner à leur poste.

Afin de mieux aider les personnes en congé maladie de longue durée à retourner au travail, le gouvernement autrichien – en collaboration avec les partenaires sociaux et les prestataires d'assurance sociale – a lancé un nouveau service d'information, de conseil et d'assistance facilement accessible aux salariés bénéficiaires d'indemnités de maladie et aux demandeurs d'emploi, ainsi qu'aux entreprises. Le nouveau service *Fit2work*, entré pleinement en vigueur en 2013, cherche à éviter les pertes d'emploi et le chômage de longue durée. L'assurance-maladie contacte les salariés bénéficiaires des indemnités de maladie après environ 40 jours d'absence, leur donnent des informations générales (sur les traitements envisageables, par exemple) et – si nécessaire – des conseils et une aide au retour à l'emploi, assurés par un réseau d'entreprises de conseil. La psychothérapie n'est pas prise en charge mais l'accès à des psychothérapeutes est facilité en cas de problèmes de santé mentale.

Résultats

Les premières évaluations montrent qu'environ un quart de l'ensemble des bénéficiaires d'indemnités de maladie qui ont été contactés et informés ont envisagé de recourir aux conseils d'un prestataire de service *Fit2work*. Sur l'ensemble des salariés ayant été en arrêt-maladie pendant plus de 40 jours et contactés par les caisses d'assurance-maladie, seuls 10 % environ ont répondu. À ce jour, le service *Fit2work* a été utilisé principalement pour les travailleurs et les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux.

Les objectifs de *Fit2work* en ce qui concerne l'amélioration du maintien dans l'emploi des salariés malades et la réinsertion des chômeurs atteints de problèmes de santé sont intéressants étant donné le peu d'importance accordé par l'Autriche aux congés maladie. Un certain nombre de critiques peuvent toutefois être formulées : i) *Fit2work* est déconnecté du système de santé ; ii) il donne principalement des informations générales plutôt que des conseils directs et axés sur l'environnement de travail, souvent plus urgents ; iii) les employeurs font partie des groupes ciblés par *Fit2work*, mais ils n'ont pourtant pas encore connaissance de ce service ; et iv) les salariés conseillés refusent généralement que le service *Fit2work* prenne contact avec leur médecin traitant.

Pour en savoir plus

Egger-Subotitsch, A. et M. Stark (2013), *Fit2work Implementierungsevaluierung, Bericht II*, Bundessozialamt, Vienne.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 4.13

Royaume-Uni : Les services *Fit for work* viennent en aide aux salariés malades

Contexte

Les taux d'absence pour maladie sont relativement élevés parmi les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale. Une intervention et une aide précoces à destination des personnes touchant des indemnités de maladie en raison de troubles mentaux sont essentielles pour prévenir les arrêts-maladie de longue durée, l'invalidité et une sortie précoce du marché du travail. L'aide au suivi personnalisé du retour au travail se révèle efficace.

Programme

Le service *Fit for Work* (FFWS) a été testé sous forme de services pilotes dans plusieurs régions du Royaume-Uni entre avril 2010 et mars 2013. Son objectif premier est d'apporter une aide personnalisée au retour au travail aux personnes en début d'arrêt-maladie (4 à 12 semaines d'absence), et de réduire le recours aux prestations sociales.

Les services pilotes, réunissant des organismes de la santé, de l'emploi et des collectivités locales, ont procédé à des évaluations biopsychosociales des besoins et ont offert une aide au suivi personnalisé pour favoriser un retour rapide au travail. Le service visait des personnes occupant un emploi et souffrant d'un problème de santé, y compris celles en arrêt-maladie ou risquant de l'être. Les gestionnaires de cas apportaient une aide sous la forme suivante : définition d'objectifs, suivi des progrès effectués, renforcement de la confiance, motivation et autres formes d'assistance. Les personnes pouvaient accéder au FFWS soit en passant par leur médecin généraliste ou d'autres prestataires de services de santé, soit en contactant le service pilote eux-mêmes après avoir vu une publicité ou en avoir pris connaissance par leur médecin généraliste ou leur employeur.

Résultats

Au cours de la première année, le recours au service a été bien inférieur aux prévisions. En outre, la quasi-totalité des usagers du FFWS étaient salariés, et un tiers d'entre eux seulement en arrêt-maladie, alors qu'il s'agissait à l'origine du groupe cible. Parmi les usagers en arrêt-maladie, moins de 30 % l'étaient depuis 4 à 12 semaines. Dans la plupart des services pilotes, les troubles mentaux étaient la pathologie la plus fréquemment rapportée, et de nombreux usagers présentaient plus d'un problème de santé. Les personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques, par exemple, souffraient également fréquemment de stress, de dépression ou de troubles mentaux liés à l'anxiété. Les personnes utilisaient le service pendant quatre mois en moyenne. La plupart des répondants ont indiqué qu'ils n'auraient pas bénéficié des interventions sans l'aide du FFWS.

Tous les services ont eu des difficultés à obtenir les volumes de patients attendus de la part des médecins généralistes et des petites entreprises. Certains services pilotes ont cherché spécifiquement à s'engager aux côtés des employeurs, par le biais d'un éventail d'activités marketing et de sensibilisation. Comme avec les médecins généralistes, les approches directes – comme le télémarketing et le ciblage de certains employeurs – semblent fonctionner le mieux, mais la plupart ont eu des difficultés à susciter l'intérêt des petites entreprises.

Le service *Fit for Work* intégral, mis en œuvre en 2014, s'appuie sur les dispositifs pilotes. Ce nouveau service mènera une analyse biopsychosociale axée sur le travail de salariés ayant été en arrêt-maladie – à partir de quatre semaines d'absence environ. Il donnera également des conseils aux employeurs et aux salariés sur les besoins en matière de réadaptation et d'aide au retour au travail des travailleurs en arrêt-maladie et ceux toujours en poste. Il reprendra ainsi le rôle joué précédemment par le service de conseils de médecine du travail (voir Fiche 4.15).

Pour en savoir plus

Hillage, J. et al. (2012), « Evaluation of the Fit for Work Service Pilots: First Year Report », *DWP Research Report*, n° 792, Londres

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en>.

Fiche 4.14

Pays-Bas : Des médecins du travail dans chaque entreprise

Contexte

La mise en application des connaissances en matière de santé au travail sur le lieu de travail est d'une importance capitale à la lumière des résultats des recherches effectuées, qui montrent que i) une bonne santé améliore la situation professionnelle et ii) le travail contribue à une bonne santé. Un moyen de faire entrer l'expertise en matière de santé au travail dans les entreprises est de s'assurer qu'elles disposent toutes d'un professionnel de la santé au travail.

Programme

Aux Pays-Bas, les médecins du travail jouent un rôle très important dans la vie de l'entreprise, puisque la loi oblige les employeurs à consulter un médecin du travail dans le cadre de la prise en charge de la maladie. La plupart des médecins du travail sont employés par les services de médecine du travail, mais ils peuvent également travailler indépendamment. L'une des fonctions les plus importantes des médecins du travail est de procéder à une analyse des problèmes et de donner des conseils sous la forme d'un plan de réinsertion dans les six semaines suivant le départ en congé maladie d'un salarié. Le médecin du travail est également chargé de la rédaction d'un rapport de réinsertion destiné à l'organisme d'assurance des salariés après la 90^e semaine d'arrêt-maladie (avant que le travailleur puisse déposer une demande de pension d'invalidité).

Résultats

Une enquête nationale menée auprès des employeurs a montré que 81 % d'entre eux se sont adressés à un médecin du travail pour obtenir une aide dans le cadre de la prise en charge de la maladie. Une enquête comparable menée auprès des salariés a montré que seuls 64 % savent qu'ils peuvent consulter un médecin du travail. Toutefois, 35 % d'entre eux ont consulté un médecin du travail à un moment donné de leur vie professionnelle – une large minorité étant donné que le taux d'absence pour maladie est compris entre 2 et 6 % dans la plupart des entreprises néerlandaises.

Un inconvénient important est que les médecins du travail sont rémunérés par les employeurs, ce qui soulève des questions quant à leur neutralité. Les recherches menées auprès de 541 médecins du travail ont montré que 21 % n'ont pas été en mesure d'effectuer leur mission de manière indépendante en raison de l'interférence des employeurs, et que 52 % pensaient que les salariés ne croyaient pas en leur neutralité. Sur 220 travailleurs interrogés, 29 % avaient le sentiment que le médecin du travail défendait les intérêts des employeurs plutôt que des salariés.

Pour en savoir plus

de Zwart, B., R. Prins et J. Van der Gulden (2011), « Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts: Eindrapport », Astri Beleidsonderzoek- en advies, Leiden.

Koppes, L. et al. (2013), Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2012. Methodologie en globale resultaten, TNO, Hoofddorp.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en>.

Oeij, P. et al. (2013), Werkgevers enquête arbeid 2012: Methodologie en beschrijvende resultaten, TNO, Hoofddorp.

van der Helm, I. (2013), « The Privacy Protection of the Sick Employee: The Dutch Case from a Comparative Perspective », *European Journal of Social Security*, vol. 15, n° 3, pp. 273-296.

Fiche 4.15

Royaume-Uni : Service de conseils de médecine du travail pour les petites entreprises

Contexte

Les entreprises de moins de 250 salariés ont généralement peu accès, voire aucun accès, à un soutien de la médecine du travail pour les aider à gérer les absences pour maladie ou à faire face aux problèmes de santé mentale au travail. Ce constat est problématique puisque qu'une intervention précoce est essentielle à la réinsertion professionnelle : plus l'absence est longue, plus le retour au travail devient difficile.

Programme

Les projets pilotes de lignes de consultation téléphonique en médecine du travail (*Occupational Health Advice Lines*) ont été lancés fin 2009 au Royaume-Uni pour faciliter l'accès des petites et moyennes entreprises à des conseils professionnels sur tous les problèmes de santé, et notamment la santé mentale. Le service a été conçu pour donner des conseils pratiques aux employeurs comme aux salariés sur les problèmes de santé affectant un membre du personnel. L'objectif était principalement de mieux informer les cadres afin de les aider à réduire les absences pour maladie, à conserver une main-d'œuvre productive, et, le cas échéant, à aider les salariés à reprendre leur poste le plus tôt possible après un arrêt-maladie.

Le service était assuré et géré par différentes équipes en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles, avec des budgets séparés pour chaque région et un numéro de téléphone initialement distinct pour garantir la joignabilité. Il a été décidé que d'un point de vue local, le service ferait un meilleur usage des services et infrastructures existants (et garantirait ainsi la rentabilité). Des partenariats locaux auraient une meilleure connaissance des entreprises de leur secteur et seraient donc plus efficaces en termes de marketing ciblé et pour donner des conseils sur les services locaux.

Résultats

Une évaluation des projets pilotes de lignes de consultation téléphonique a montré que les utilisateurs les ont jugés extrêmement utiles. Ils ont particulièrement apprécié les conseils « instantanés » et le caractère centralisé du service. La plupart des utilisateurs du service étaient, conformément aux objectifs, de petites entreprises faisant preuve de réactivité vis-à-vis d'un salarié en arrêt-maladie ou essayant de rester en poste malgré un problème de santé. Les employeurs cherchaient souvent à être rassurés par rapport aux mesures qu'ils avaient prises ou s'apprêtaient à prendre, le service étant en mesure d'émettre un avis auprès de ceux qui envisageaient un éventail d'options différentes. Quelques semaines après avoir utilisé le service, la grande majorité des utilisateurs avaient pris des mesures découlant soit de l'utilisation des lignes de consultation, soit d'un service recommandé par un conseiller joint par un biais des lignes de consultation. Les mesures prises par les employeurs étaient généralement conformes aux bonnes pratiques en matière de gestion des absences – par exemple, communication avec le salarié, mise en place d'un plan de retour au travail, ou redéfinition du rôle du salarié.

La plupart des employeurs auraient sans doute pris des mesures en l'absence du service, mais l'un de ses principaux avantages est qu'il réduit le temps de gestion nécessaire à la recherche et à la mise en œuvre de solutions. Par conséquent, les employeurs utilisant le service ont probablement pu intervenir plus rapidement, un facteur important pour une gestion efficace des absences. L'utilisation du service pendant la période comprise entre décembre 2009 et mars 2011 a été plus faible que prévu, mais a considérablement augmenté depuis.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en>.

Sinclair, A., R. Martin et C. Tyers (2012), « Occupational Health Advice Lines Evaluation: Final Report », *DWP Research Report*, n° 793, Londres.



Extrait de :

Fit Mind, Fit Job

From Evidence to Practice in Mental Health and Work

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Prévention du stress au travail, incitations aux employeurs et soutien aux travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale », dans *Fit Mind, Fit Job : From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264242074-8-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.