ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

Prestations d'invalidité et problèmes de santé psychique

Chiffres clés et mesures prises dans six pays

Rapport de recherche Nº. 7/05

BSV / OFAS / UFAS /
Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas sociales

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série « Aspects de la sécurité sociale » des articles de fond et des rapports de recherches sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et encourager la discussion. Les analyses présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

Auteurs: Heijdel, Wendy; Prins, Rienk
AStri Research and Consultancy Group
Stationsweg 26
3512 AV Leiden (NL)
E-mail: astri@astri.nl
Internet: http://uk.astri.nl

Renseignements: Bruno Nydegger Lory
Office fédéral des assurances sociales
Effingerstrasse 20
3003 Berne (CH)
Tél. +41 31 322 42 31
E-mail: bruno.nydegger@bsv.admin.ch

ISBN: fr. 3-909340-22-9
dt. 3-909340-21-0

Copyright: Office fédéral des assurances sociales, 3003 Berne (CH)

Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins commerciales – avec mention de la source ; copie à l'Office fédéral des assurances sociales.

Diffusion: OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne (CH)
http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Numéro de commande: fr. 318.010.7/05f
dt. 318.010.7/05d
engl. Disability benefits due to mental health problems

Série « Aspects de la sécurité sociale » http://www.bsv.admin.ch

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ ET PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHIQUE

Chiffres clés et mesures prises dans six pays

Septembre 2004

P04/335

Rienk Prins
Wendy Heijdel

AS*tri* Research and Consultancy Group
Stationsweg 26
2312 AV Leiden
Pays-Bas

Tél.: + 31 71 512 49 03
Fax: + 31 71 512 52 47
E-mail: astri@astri.nl
Site: www.astri.nl

Traduction de l'anglais

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'augmentation sans commune mesure du nombre de bénéficiaires de prestations présentant des handicaps psychiques est pour l'assurance-invalidité fédérale (AI) l'un des plus grands défis à relever. Actuellement, dans quatre cas de nouvelle rente sur dix, une affection psychique est la principale cause de l'invalidité.

La Suisse n'est pas seule à se trouver confrontée à une telle évolution. L'OCDE, dans son rapport *Transformer le handicap en capacité* (2003, p. 10), constate que les troubles mentaux et psychologiques interviennent pour un quart à un tiers dans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et pour une part considérable dans la hausse de ces taux.

Dans le cadre de la 5e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), il est prévu d'introduire des mesures pour réagir plus efficacement aux maladies psychiques et aux affections du squelette et de l'appareil locomoteur, souvent dues au stress. Etant donné que d'autres Etats doivent affronter le même défi, l'Office fédéral des assurances sociales a demandé que soient repérées et présentées de manière systématique les expériences faites à l'étranger en matière de détection précoce, de suivi et de réinsertion des personnes présentant un handicap psychique.

Comme le montre la présente étude, il y a déjà plusieurs pays dans lesquels toute une série de mesures sont discutées et ont parfois déjà été élaborées en vue d'être appliquées à différents moments du processus d'invalidisation, de la prévention à la réadaptation (professionnelle). Dans la plupart des cas, il s'agit d'instruments, accompagnés de recommandations, mis à la disposition des divers acteurs ; cependant, en général, application et évaluation systématiques font encore défaut.

Bruno Nydegger Lory
Centre de Compétence Analyses fondamentales
Secteur Recherche et Développement

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Eines der grössten Herausforderungen für die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) ist die überproportionale Zunahme von Leistungsbeziehenden aufgrund psychischer Beeinträchtigungen. Gegenwärtig ist bei 4 von 10 Neuberentungen psychische Erkrankung die Hauptursache für die Invalidität.

Nicht nur die Schweiz sieht sich einer solchen Entwicklung gegenüber gestellt. Die OECD hält in ihrem Bericht *Transforming disability into ability / Transformer le handicap en capacité* (2003) fest, dass psychische Behinderungen für einen Viertel bis einen Drittel der Rentenbezügerinnen und -bezüger in den Invalidenversicherungen sowie einen beachtlichen Anteil an der Zunahme der Rentenbestände verantwortlich sind.*

Im Rahmen der 5. Revision des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) ist vorgesehen, Massnahmen für einen effektiveren Umgang mit psychischen Erkrankungen und den oft stressbedingten Erkrankungen des Knochen- und Bewegungsapparates einzuführen. Da andere Staaten ebenfalls vor dieser Herausforderung stehen hat das Bundesamt für Sozialversicherung einen Auftrag erteilt, ausländische Erfahrungen in der Früherkennung, der Abklärung und Reintegration von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu identifizieren und zu systematisieren.

Wie die vorliegende Überblicksstudie zeigt, sind in mehreren Staaten bereits eine Reihe von Massnahmen diskutiert und zum Teil auch schon entwickelt worden, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten von Invalidisierungsprozessen einsetzen sollen – von der Prävention bis zur (beruflichen) Wiedereingliederung. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Instrumente, die den verschiedenen Akteuren mit Empfehlungen zur Verfügung gestellt werden; systematische Anwendungen und Evaluationen fehlen jedoch noch weitgehend.

Bruno Nydegger Lory
Kompetenzzentrum Grundlagen
Bereich Forschung und Entwicklung

* Mental and psychological problems are responsible for between one-quarter and one-third of the disability recipency levels, and for a considerable portion of the increase of these levels. / Les troubles mentaux et psychologiques interviennent (pour un quart à un tiers dans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et pour une part considérable dans la hausse de ces taux (OECD / OCDE 2003: 10).

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'assicurazione federale per l'invalidità (AI) deve far fronte ad una situazione molto difficile e rispondere all'aumento smisurato dei beneficiari di prestazioni affetti da disturbi psichici. Attualmente il 40 per cento delle nuove rendite d'invalidità è da ricondurre principalmente a malattie psichiche.

La Svizzera non è l'unico Paese ad essere confrontato ad un'evoluzione di questo tipo. Nel suo rapporto *Transforming disability into ability / Transformer le handicap en capacité* (2003), l'OCSE ha constatato che nell'assicurazione invalidità i disturbi psichici sono alla base di un numero importante di casi di rendita (da un quarto ad un terzo) nonché di una parte considerevole delle nuove rendite.*

Nel quadro della 5a revisione delle legge sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) è prevista l'introduzione di provvedimenti atti a trattare in modo più efficace le malattie psichiche nonché le malattie alle ossa e all'apparato motorio, spesso dovute allo stress. Poiché anche altri Stati si trovano nella stessa situazione, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha assegnato l'incarico di raccogliere e ordinare in modo sistematico informazioni sulle esperienze fatte all'estero nell'ambito dell'individuazione tempestiva, dell'accertamento e della reintegrazione di persone affette da disturbi psichici.

Come mostra il presente studio panoramico, sono diversi gli Stati in cui è già stata discussa, e in parte anche sviluppata, una serie di provvedimenti da applicare nelle diverse fasi dell'invalidità - dalla prevenzione alla reintegrazione (professionale). Si tratta nella maggior parte dei casi di strumenti messi a disposizione dei diversi attori, cui se ne raccomanda l'uso; per il momento, tuttavia, applicazioni e valutazioni sistematiche sono pressoché inesistenti.

Bruno Nydegger Lory
Centro di Competenza Analisi fondamentali
Settore Ricerca e Sviluppo

* Mental and psychological problems are responsible for between one-quarter and one-third of the disability recipency levels, and for a considerable portion of the increase of these levels. / Les troubles mentaux et psychologiques interviennent (pour un quart à un tiers dans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et pour une part considérable dans la hausse de ces taux (OECD / OCDE 2003: 10).

Foreword by the Federal Social Insurance Office

One of the greatest challenges faced by the Federal Invalidity Insurance system (IV) is the over-proportional rise in the number of people receiving benefits due to mental and psychological problems. Currently, mental illness is the main cause of invalidity for four out of ten new IV benefit recipients.

Switzerland is not the only country to be affected by this development. In its 2003 report *Transforming disability into ability*, the OECD states that “mental and psychological problems are responsible for between one-quarter and one-third of the disability recipiency levels, and for a considerable portion of the increase of these levels” (p. 10).

The 5th revision of the Federal Law on Invalidity Insurance (IVG) envisages the introduction of measures for a more effective treatment of mental/psychological illnesses, as well as skeletal disorders and impairment to the organs of locomotion, which are often stress-related. Since other countries are also faced with the same problem, the Federal Social Insurance Office commissioned a report to identify and systematise other countries’ experiences with the early detection, clarification and reintegration of people with mental and psychological problems.

As the present survey shows, discussions are under way in several countries on a range of measures. Some have already been developed for implementation at different points during the disablement process – from prevention to (professional) re-integration. The majority of these instruments provide recommendations to those working in the field of invalidity insurance. However, the systematic application and evaluation of these instruments could still be improved.

Bruno Nydegger Lory
Competence Centre for Basic Principles
Research and Development

PRÉFACE DES AUTEURS

Cette analyse transnationale des statistiques sur les prestations et les pensions d'invalidité, ainsi que des mesures visant à prévenir l'invalidité n'aurait pas pu être réalisée sans l'intérêt et le soutien de différentes personnes et institutions.

Nous remercions les services d'assurances sociales des pays concernés qui se sont intéressés à notre travail et nous ont activement soutenus.

De nombreux experts appartenant à différents organismes de sécurité sociale, des chercheurs et des spécialistes de la gestion de l'invalidité ont permis la réalisation de cette étude. Ils ont toujours répondu à nos demandes de renseignements concernant les politiques, les projets pilotes et les procédures permettant de s'attaquer à la question de l'invalidité résultant de problèmes de santé psychique.

Nous voulons remercier tout particulièrement les statisticiens et les chercheurs des services d'assurances sociales pour avoir soutenu le projet et nous avoir fourni des données et des réponses à nos questions, parfois dans de brefs délais. Sans l'aide précieuse des experts suivants, il n'aurait pas été possible de mener à terme cette étude:

- Mme Annemarie Halin and Mme Petra van den Eynde, Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), Bruxelles.
- Mme Rita Kloosterman et Mme Joanna Kuznier, Politique du régime de pensions du Canada, Développement social Canada, Ottawa.
- Mme Lena Ericson and Mme Sisko Bergendorff, Riksförsäkringsverket RFV, Stockholm.
- Mme Ingrid van den Ende et M. Hilbrand Bruinsma, Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen UWV, Amsterdam.
- M. Edgar Kruse et M. Thomas Bütefisch, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR, Francfort.
- M. Bruno Nydegger Lory et M. François Donini, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Leiden, Pays-Bas
Septembre 2004

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ I

ZUSAMMENFASSUNG V

RIASSUNTO IX

SUMMARY XIII

1 CONTEXTE, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE 1
1.1 Contexte 1
1.2 Objectifs de l'analyse 1
1.3 Les pays étudiés 3
1.4 Sources et limites 5
1.5 Structure du rapport 6

2 LE RECOURS AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ 7
2.1 Introduction 7
2.2 Dynamique des programmes de prestations d'invalidité 8
2.3 Personnes assurées et bénéficiaires de prestations d'invalidité en 2002 11

3 L'INVALIDITÉ POUR CAUSE DE PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHIQUE 17
3.1 Aspects démographiques de l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique 17
3.2 Troubles mentaux et prestations d'invalidité partielles 20

4 LES MESURES 21
4.1 Champ d'investigation 21
4.2 Dépistage précoce des groupes à risque 22
4.2.1 Dépistage des personnes risquant de devenir invalides à long terme (UK) 22
4.2.2 Dépistage des employés souffrant de problèmes de santé psychique (NL) 23
4.3 Interventions en relation avec le travail 23
4.3.1 Lignes directrices pour reprendre le travail en cas de problèmes de santé psychique (NL) 23
4.3.2 Maintien de l'emploi et santé psychique: analyse documentaire et projets pilotes (UK) 26
4.3.3 Initiatives de sensibilisation à la détresse psychologique (EU) 27
4.3.4 Stratégies de prévention contre l'anxiété, la dépression et les troubles liés au stress (Europe) 28
4.3.5 Conventions pour la santé et la sécurité au travail (Pays-Bas) 28

4.4 Mesures concernant la sécurité sociale 29
4.4.1 Critères spécifiques pour évaluer les syndromes psychosomatiques (Danemark) 29
4.4.2 Evaluation précoce des personnes souffrant du syndrome de fatigue chronique (Belgique) 30
4.4.3 Evaluation des personnes souffrant de problèmes mentaux (Allemagne) 31
4.4.4 Reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie (international) 32

5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION 35
5.1 Tableaux d'évaluation 35
5.2 Eléments clés 38
5.3 Interventions concernant l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique 39

BIBLIOGRAPHIE 41

RÉSUMÉ

Afin de mieux percevoir l'évolution et de connaître les mesures prises pour répondre au problème des pensions d'invalidité, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a confié à l'AS*tri* Research and Consultancy Group le mandat de mener une étude comparative sur l'invalidité résultant de problèmes de santé psychique dans plusieurs pays.

L'étude, réalisée au printemps 2004, se divise en deux parties.
Une partie *quantitative* étudie les différences dans l'octroi de prestations d'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique entre les pays considérés, en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires, les tendances, les diagnostics types et les groupes à risque. Les quatre pays ayant précédemment participé à un tel projet (l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et la Suède), ainsi que le Canada et la Suisse sont les pays pris en compte dans la présente étude. Ils sont comparables, car ils possèdent un système de sécurité sociale très développé et sont des pays avancés. Si ces systèmes peuvent être très différents en matière de remplacement du revenu (par exemple des prestations sont prévues après la fin du paiement des pensions ou des prestations maladie), ils sont en grande partie similaires pour ce qui est de leur résultat.

Une partie *qualitative* présente les différentes mesures qui ont été introduites ou sont sur le point de l'être dans plusieurs pays dans le but de prévenir et de limiter l'invalidité (l'octroi de prestations) résultant de problèmes de santé psychique. Cette partie du projet ne se limite pas aux six pays mentionnés ci-dessus mais porte également sur d'autres pays (de l'Union européenne).

Les principaux chiffres des statistiques officielles et les études réalisées par les organismes de sécurité sociale des pays considérés ont servi de sources pour la partie quantitative du projet. Ils se réfèrent à l'invalidité (admissible) des membres de la population active (en Suisse: tous les habitants) et concernent la période qui va de 1993 à 2002. Les principaux résultats des comparaisons quantitatives ont été résumés sous forme de tableaux regroupant les pays par catégories:

Bénéficiaires de prestations d'invalidité (effectif) pour 1000 assurés	
Elevé	Pays-Bas
Moyen	Allemagne, Belgique, Suède
Faible	Canada, Suisse

Augmentation du nombre de bénéficiaires sur dix ans	
Elevé	Suisse
Moyen	Belgique, Suède
Faible	Allemagne, Canada, Pays-Bas

Nouveaux bénéficiaires (entrées) pour 1000 assurés	
Elevé	Pays-Bas, Suède
Moyen	Allemagne, Belgique, Suisse
Faible	Canada

Fins de prestations (sorties) pour 1000 bénéficiaires	
Elevé	Belgique
Moyen	Canada, Pays-Bas, Suisse
Faible	Allemagne

Nouveaux bénéficiaires pour cause de problèmes de santé psychique pour 1000 assurés	
Elevé	Suisse
Moyen	Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Suède
Faible	Canada

Nombre de bénéficiaires pour cause de problèmes de santé psychique pour 1000 assurés	
Elevé	Pays-Bas, Suède
Moyen	Belgique, Suisse
Faible	Allemagne, Canada

Le bref aperçu des mesures visant à prévenir et à limiter à court ou à long termes l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique est centré sur les personnes exerçant une activité lucrative qui peuvent avoir des problèmes de santé psychique et sont régulièrement en absence maladie ou invalidité. Les interventions médicales n'entraient pas dans le champ d'investigation de la présente étude.

Les mesures exposées dans l'étude peuvent être divisées en trois catégories:

1. *Méthodes de dépistage précoce*. Ces mesures permettent d'identifier les personnes qui risquent de se retrouver en situation d'incapacité de travail à long terme (UK) et les employés souffrant de problèmes de santé psychique (Pays-Bas).

2. *Interventions liées au travail* (au niveau de l'individu, de l'entreprise ou d'un secteur particulier). On trouve dans cette catégorie toute une série d'initiatives, d'instruments et de politiques. Il s'agit par exemple de lignes directrices pour reprendre le travail en cas de problèmes de santé psychique (Pays-Bas), d'un projet pilote pour le maintien de l'emploi en cas de problèmes de santé psychique (UK), d'initiatives de sensibilisation aux risques psychosociaux (Europe), de stratégies de prévention permettant de faire face aux troubles liés à l'anxiété, à la dépression et au stress (Europe) et de l'élaboration de conventions garantissant la santé et la sécurité au travail (« occupational health and safety covenants », Pays-Bas).

3. *Mesures de sécurité sociale*. Quatre types de mesures sont présentées dans cette catégorie: critères spécifiques pour évaluer les syndromes psychosomatiques (Danemark), dépistage précoce des personnes souffrant du syndrome de fatigue chronique (Belgique), évaluation de l'invalidité chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Allemagne) et initiatives pour que le stress soit reconnu comme une maladie professionnelle (différents pays).

L'accent a été mis sur l'entreprise et le domaine professionnel (deuxième catégorie) pour plusieurs raisons. D'une part, le travail peut être en partie à l'origine des problèmes de santé psychique; des conditions de travail défavorables comme une mauvaise gestion ou un accompagnement social insuffisant peuvent être la cause de problèmes de santé psychique, d'épisodes dépressifs, etc. De plus, les absences maladie liées à ce type de problèmes coûtent très cher. Mais d'autre part, les entreprises peuvent aussi favoriser l'introduction de mesures de prévention; si l'entreprise met à disposition une structure garantissant la santé et la sécurité au travail, il est plus facile de prendre des dispositions pour promouvoir entre autres la santé psychique.
Il n'est donc pas surprenant que la majorité des stratégies, des politiques, des projets pilotes et des études s'intéressent aux mesures à appliquer dans le cadre professionnel et en préconisent l'application.

Les assurances sociales sont un deuxième domaine où des mesures peuvent être prises. On adopte ici deux approches: la prévention pour le dépistage des problèmes avant qu'une demande de prestations ne soit faite et la « prévention secondaire » si la personne est déjà bénéficiaire (à court terme) d'une prestation. En outre, le processus d'évaluation de l'invalidité et sa qualité sont révisés dans plusieurs pays, car les responsables de l'octroi des prestations savent difficilement comment appliquer le système à cette catégorie de clients.

En conclusion, malgré les limites des sources prises en compte, différents systèmes ont pu être examinés, même si beaucoup d'entre eux sont encore en phase de développement. Mais il y a à ce jour très peu d'évaluations portant sur l'impact et la mise en œuvre des mesures apparemment efficaces, surtout dans le domaine du travail.

ZUSAMMENFASSUNG

Das schweizerische Bundesamt für Sozialversicherung BSV hat die AS*tri* Research and Consultancy Group mit einer länderübergreifenden Vergleichsstudie über Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen beauftragt. Der Vergleich soll einen besseren Einblick und damit eine bessere Kenntnis über die Charakteristik und Funktionsweise der wachsenden Invalidenrentenproblematik und somit geeigneter Gegenmassnahmen bieten.

Die Studie setzt sich aus zwei Teilen zusammen und wurde im Frühling 2004 durchgeführt. Der *quantitative* Teil zielt darauf ab festzustellen, inwiefern sich Invalidenrenten infolge psychischer Probleme in den miteinbezogenen Ländern bezüglich Umfang, Trends, Diagnosemuster und Risikogruppen gleichen. Bei den Ländern handelt es sich um die vier bereits in einer früheren Studie teilnehmenden Länder Belgien, Deutschland, Holland und Schweden, sowie um die neu miteinbezogenen Länder Schweiz und Kanada. Da es sich bei diesen Ländern um moderne Staaten mit gut entwickelten Sozialsicherungssystemen handelt, sind sie gut vergleichbar. Obwohl bezüglich Erwerbsersatzbestimmungen erhebliche Unterschiede bestehen (z. B. Anschlussleistungen oder Renten nach Ablauf der Leistungen aus der Krankentaggeldversicherung), wirken sich die Vorkehrungen ihrer Systeme sehr ähnlich aus.

Der *qualitative* Teil der Studie konzentriert sich auf Massnahmen, die in den verschiedenen Ländern hinsichtlich Prävention und Reduzierung von Invalidität (Rentenbezug) infolge psychischer Probleme eingeführt wurden bzw. zur Einführung vorgesehen sind. Dieser Teil des Projekts beschränkt sich nicht allein auf die sechs erwähnten Länder, sondern zieht auch andere (EU)-Länder mit ein.

Die im *quantitativen* Teil verwendeten Quellen stammen aus dem Zahlenmaterial offizieller Statistiken und aus Übersichten von Sozialversicherungseinrichtungen aus den miteinbezogenen Ländern. Sie beziehen sich auf (rentenbezugsberechtigte) Behinderung bei Arbeitnehmenden (in der Schweiz: aktive Bevölkerung) in der Zeit von 1993 – 2002. Die wichtigsten Ergebnisse der quantitativen Vergleiche sind in Benchmark-Übersichten zusammengefasst:

Invalidenrentenbezüger (Bestand) pro 1000 Versicherten	
Hoch	Holland
Mittel	Belgien, Deutschland, Schweden
Tief	Kanada, Schweiz

Zunahme des Anteils der Invalidenrentenbezüger über 10 Jahre	
Hoch	Schweiz
Mittel	Belgien und Schweden
Tief	Kanada, Deutschland, Holland

Neuberentungen (Zugänge) pro 1000 Versicherte	
Hoch	Holland und Schweden
Mittel	Belgien, Deutschland und die Schweiz
Tief	Kanada

Aufhebungen (Abgänge) pro 1000 Bezüger	
Hoch	Belgien
Mittel	Kanada, Holland und die Schweiz
Tief	Deutschland

Neuberentungen infolge psychischer Beeinträchtigungen pro 1000 Versicherte	
Hoch	Schweiz
Mittel	Belgien, Deutschland, Holland und Schweden
Tief	Kanada

Rentenbezügerbestand infolge psychischer Beeinträchtigungen pro 1000 Versicherte	
Hoch	Holland, Schweden
Mittel	Belgien, Schweiz
Tief	Kanada, Deutschland

Die kurze Übersicht über Massnahmen zur Prävention und Eindämmung der Zunahme von vorübergehender und dauernder Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen bezog sich auch auf Personen im Anstellungsverhältnis als Zielgruppe. Es handelt sich dabei also um Massnahmen, die auf unselbständige Erwerbstätige mit einem Risiko für psychische Beschwerden abzielen und die krankheits- bzw. invaliditätsbedingte Absenzen aufweisen. Medizinische Interventionen wurden in den Erhebungen nicht mitberücksichtigt.

Die in die Betrachtungen miteinbezogenen Massnahmen können in drei Kategorien unterteilt werden:

1. *Früherkennung:* Ziel ist, potentiell von dauernder Erwerbsunfähigkeit Betroffene (UK) und Angestellte mit psychischen Störungen (Holland) möglichst frühzeitig zu erkennen.

2. *Arbeitsbezogene Interventionen:* (mit Ansatz auf Einzelpersonen-, Firmen- oder Branchenebene). In diesem Bereich konnten vielfältige Initiativen, Instrumentarien und Massnahmenprogramme festgestellt werden, unter anderem: Wiedereingliederungsrichtlinien bei längeren Absenzen infolge psychischer Erkrankungen (Holland), Pilotprojekt bezüglich Arbeitsstellenerhaltung und psychischer Gesundheit (UK), Bewusstseinsförderungsinitiativen zur Angehung von psychosozialen Risiken (Europa), Präventionsstrategien zum Umgang mit Ängsten, Depressionen und stressbezogenen Krankheiten (Europa) sowie die Anwendung von Verträgen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (Holland).

3. *Sozialversicherungsrelevante Massnahmen*: In dieser Kategorie werden vier Massnahmetypen aufgezeigt: Spezifische Kriterien zur Evaluation von psychosomatischen Syndromen (Dänemark), Früherkennung von Personen mit chronischer Schlafstörung (Belgien), Beurteilung der Invalidität bei Personen mit psychischen Leiden (Deutschland) und Bestrebungen, Stress als Berufskrankheit anzuerkennen (verschiedene Länder).

Dass man sich auch auf das Firmen- und Arbeitsumfeld (zweite Kategorie) konzentriert, hat vielerlei Ursachen. Zum einen kann die Arbeit ein Teil der Ursachen für psychische Gesundheitsprobleme ausmachen: ungünstige Arbeitsbedingungen, wie schlechter Managementstil oder geringer Halt im sozialen Umfeld, können psychische Gesundheitsprobleme, depressive Phasen usw. hervorrufen. Des Weiteren fallen durch die dadurch verursachten krankheitsbedingten Absenzen hohe Kosten an. Firmen können dieser Entwicklung durch Vorsorgemassnahmen und entsprechende Arbeitsbedingungen entgegen wirken: Bestehende Strukturen für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz erleichtern bspw. die Einführung von Förderungsmassnahmen hinsichtlich psychischer Gesundheit. Dementsprechend erstaunt es nicht, dass sich die meisten Strategien, Programme, Pilotprojekte und Studien auf Massnahmen im Arbeitsbereich konzentrieren bzw. diese untersuchen oder fördern.

Der zweite Massnahmenstrang liegt im Sozialversicherungsbereich. In diesem Bereich kommen sowohl eine präventive Annäherung (z. B. Monitoring vor der Geltendmachung von Ansprüchen) als auch "sekundäre Vorsorgemassnahmen" (wenn bereits über eine kurze Dauer Renten bezogen werden) zum Zug. Ferner wird in einigen Ländern das Beurteilungsverfahren bei Invalidität und dessen Qualität einer Revision unterzogen, da die für die Ausrichtung einer Rente zuständigen Personen bei den entsprechenden Versicherungen erhebliche Mühe bekunden, Fälle aus der Kategorie der psychischen Beeinträchtigungen zu beurteilen.

Lässt man die Einschränkungen der untersuchten Quellen einmal ausser Acht, kann aus den Erhebungen geschlossen werden, dass verschiedene Ansätze Beachtung finden, wenn auch viele noch "in den Kinderschuhen" stecken. So sind Evaluationen zur Beurteilung von Ergebnissen und Auswirkungen von anscheinend erfolgreich eingeführten Massnahmen, besonders im Arbeitsumfeld, immer noch selten.

RIASSUNTO

L'Ufficio federale svizzero delle assicurazioni sociali (UFAS) aveva commissionato all'AS*tri* Research and Consultancy Group uno studio comparativo sull'invalidità dovuta ad infermità psichica basato sui dati di diversi Paesi. Il confronto aveva lo scopo di ampliare e migliorare la conoscenza delle caratteristiche e della dinamica dell'aumento del numero delle rendite d'invalidità proponendo al contempo contromisure adeguate.

Lo studio, eseguito nella primavera del 2004, consta di due analisi: una *quantitativa* ed una *qualitativa.* Obiettivo dell'analisi *quantitativa* era di valutare le analogie delle rendite concesse per invalidità psichica nei Paesi considerati in relazione a volume, tendenze, diagnosi e categorie di rischio. Per il confronto sono stati scelti Stati moderni con sistemi di sicurezza sociale evoluti: quattro Paesi già oggetto di uno studio precedente (Belgio, Germania, Olanda e Svezia) più la Svizzera e il Canada. Nonostante le disposizioni dei diversi sistemi in materia d'indennità di perdita di guadagno presentino notevoli differenze (p. es. in relazione a sussidi o rendite versati alla scadenza delle prestazioni d'indennità giornaliera dell'assicurazione malattie), gli effetti dei provvedimenti proposti sono molto simili.

L'analisi *qualitativa* prende in esame i provvedimenti introdotti o previsti nei Paesi interessati al fine di prevenire e ridurre l'invalidità (nel senso del versamento di rendite). Questa parte del progetto non è limitata ai sei Paesi citati, ma è estesa ad altri Stati (membri dell'UE).

I dati utilizzati nell'analisi *quantitativa* – riferiti alle rendite d'invalidità dei salariati (per la Svizzera: degli assicurati in età lavorativa) – sono tratti da statistiche ufficiali e panoramiche di istituzioni delle assicurazioni sociali dei Paesi considerati relative al periodo compreso tra il 1993 e il 2002. I principali risultati dei confronti quantitativi sono riassunti in tabelle comparative (i tassi sono calcolati in per mille in funzione del numero di assicurati).

Tasso di beneficiari di rendite d'invalidità	
Elevato	Olanda
Medio	Belgio, Germania, Svezia
Basso	Canada, Svizzera

Crescita del tasso di beneficiari di rendite d'invalidità sull'arco dei 10 anni considerati	
Forte	Svizzera
Media	Belgio e Svezia
Debole	Canada, Germania, Olanda

Tasso di beneficiari di nuove rendite d'invalidità	
Elevato	Olanda e Svezia
Medio	Belgio, Germania e Svizzera
Basso	Canada

Tasso di rendite estinte o soppresse	
Elevato	Belgio
Medio	Canada, Olanda e Svizzera
Basso	Germania

Tasso di beneficiari di nuove rendite d'invalidità dovute ad infermità psichica	
Elevato	Svizzera
Medio	Belgio, Germania, Olanda e Svezia
Basso	Canada

Tasso di beneficiari di rendite d'invalidità dovute ad infermità psichica	
Elevato	Olanda, Svezia
Medio	Belgio, Svizzera
Basso	Canada, Germania

La breve panoramica dei provvedimenti finalizzati a prevenire i casi d'invalidità, durevole o passeggera, dovuta a disturbi psichici ovvero contenere l'aumento del loro numero è riferita anche ai salariati e contempla dunque provvedimenti destinati ai lavoratori dipendenti a rischio che hanno già fatto registrare assenze dovute a malattia o invalidità. Nelle rilevazioni non si è tenuto conto dei provvedimenti medici.

I provvedimenti considerati possono essere divisi in tre categorie:

1. *Individuazione tempestiva:* lo scopo è di individuare il più presto possibile le persone potenzialmente minacciate da incapacità al guadagno durevole (Gran Bretagna) e i salariati affetti da disturbi psichici (Olanda).

2. *Interventi in ambito lavorativo* (approccio individuale, aziendale o settoriale). In questa categoria si registrano molteplici iniziative, strumenti e programmi, in particolare: direttive per la reintegrazione in caso di assenza prolungata dovuta a disturbi psichici (Olanda), un progetto pilota per il mantenimento del posto di lavoro e la salute psichica (Gran Bretagna), iniziative per il promovimento della consapevolezza contro i rischi psicosociali (Europa), strategie preventive volte a combattere paure, depressioni e malattie dovute allo stress (Europa) e l'applicazione di accordi per la sicurezza e la protezione della salute sul posto di lavoro (Olanda).

3. *Provvedimenti rilevanti per le assicurazioni sociali*. In questa categoria si rilevano quattro tipi di provvedimento: elaborazione di criteri specifici per la valutazione dei disturbi psicosomatici (Danimarca), individuazione tempestiva delle persone affette da disturbi del sonno cronici (Belgio), valutazione dell'invalidità delle persone affette da disturbi psichici (Germania) e iniziative finalizzate al riconoscimento dello stress come malattia professionale (diversi Paesi).

L'ambiente di lavoro nelle aziende (seconda categoria) è stato scelto come oggetto dello studio per diverse ragioni. In primo luogo perché può essere in parte causa di problemi psichici: difficili condizioni lavorative, cattiva gestione e scarsa integrazione possono essere all'origine di disturbi psichici, depressioni ecc. Inoltre, le assenze per malattia che ne conseguono causano costi elevati. Le aziende possono prevenire situazioni di questo genere adeguando le condizioni di lavoro con appositi provvedimenti. La presenza di strutture per la protezione della salute e per la sicurezza sul lavoro, per esempio, agevola l'attuazione di provvedimenti per il promovimento della salute psichica. Non sorprende quindi che molto spesso strategie, programmi, progetti pilota e studi analizzino e promuovano provvedimenti destinati al settore lavorativo.

La seconda categoria di provvedimenti concerne le assicurazioni sociali. In questo settore sono praticate sia la prevenzione primaria (destinata a chi non ha ancora chiesto prestazioni, si pensi p. es. al monitoraggio) che la prevenzione secondaria (destinata a chi, per breve tempo, ha già beneficiato di una rendita). Inoltre, in alcuni Paesi si sta procedendo ad una revisione della procedura di valutazione dell'invalidità (inclusi i requisiti qualitativi) in quanto le persone responsabili della concessione delle rendite presso le competenti istituzioni assicurative hanno notevoli difficoltà a valutare i casi d'infermità psichica.

Nonostante i limiti delle fonti considerate, dall'analisi delle rilevazioni emergono diversi approcci, anche se in molti casi si è ancora ai primi passi. Soprattutto in relazione all'ambiente lavorativo sono ancora rare, per esempio, valutazioni dei risultati ed analisi degli effetti che documentino il successo dei provvedimenti introdotti.

SUMMARY

In order to obtain a better insight into the features of the growth and measures to face the disability pension problem, the Swiss Federal Office for Social Security (Bundesamt für Sozialversicherung, BSV) requested the AS*tri* Research and Consultancy Group to make a comparative cross-national exploration of disability due to mental health problems.

The study comprised two parts and has been carried out Spring 2004.
The *quantitative* part aimed to asses in how far disability benefit receipt due to mental health problems is similar across the countries covered with regard to size, trends, diagnostic patterns and risk groups. The countries included are those four countries, which already participated in the earlier study (Belgium, Germany, the Netherlands and Sweden) as well as Switzerland and Canada. These countries are quite comparable, as they are modern countries with well developed social security systems. Although some major features of their income replacement arrangements differ (e.g. follow up benefit or pension after exhaustion of sickness benefit payment,) they have many similarities in the outcomes of their systems.

In the *qualitative* part the study focused on the 'repertoire' of measures that have been introduced or are pending in various countries, which aim to prevent and reduce disability (benefit receipt) due to mental health problems. This part of the project was not restricted to the six countries mentioned before but also covered other (EU) countries.

The sources used in the quantitative study are basic figures from official statistics and overviews produced by social security agencies in the countries included. They regard (eligible) disability in employed persons (in Switzerland: inhabitants) in the period 1993-2002. The major outcomes of the quantitative comparisons have been summarized in some benchmark overviews:

Disability recipients (stock) per 1000 insured	
High	The Netherlands
Medium	Belgium, Germany, Sweden
Low	Canada, Switzerland

Growth in disability benefit recipients in 10 years	
High	Switzerland
Medium	Belgium and Sweden
Low	Canada, Germany, the Netherlands

New disability recipients (influx) per 1000 insured	
High	The Netherlands and Sweden
Medium	Belgium, Germany and Switzerland
Low	Canada

Completions (outflow) per 1000 beneficiaries	
High	Belgium
Medium	Canada, the Netherlands and Switzerland
Low	Germany

New recipients due to mental health problems per 1000 insured	
High	Switzerland
Medium	Belgium, Germany, the Netherlands and Sweden
Low	Canada

Stock of recipients due to mental health problems per 1000 insured	
High	The Netherlands, Sweden
Medium	Belgium, Switzerland
Low	Canada, Germany

The ‘quick scan’ of measures which aim to prevent or restrict short and long term disability due to mental health problems, also concentrated on persons in employment as the target group. So the measures discussed focus on persons in employment, who are vulnerable to mental health problems, and show sickness absence or disability. Medical interventions fell outside the scope of the inquiry.

The measures explored can be divided into three categories:

1. *Early identification methods*. They consists of measures for screening of persons at risk of long term work incapacity (UK) and identification of employees with mental health problems (Netherlands).

2. *Employment related interventions* (be it on individual level, company level or sectoral level). Here a wide range of initiatives, instruments and policies have been found, which include: work resumption guidelines in case of mental health problems (Netherlands), pilot project on job retention and mental health (UK), initiatives raising awareness to tackle psychosocial risks (Europe), prevention strategies for coping with anxiety, depression and stress related disorders (Europe), and the use of ‘occupational health and safety covenants’ (Netherlands).

3. *Social security related measures*. In this category four types of measures are presented: specific criteria for evaluation of psychosomatic syndromes (Denmark), early assessment of persons with Chronic Fatigue Syndrome (Belgium), disability evaluation in persons with mental disorders (Germany) and attempts to have stress acknowledged as an occupational disease (various countries).

The focus on the enterprise and working environment (second category) has many roots. Firstly, work may be part of the causes of mental health problems: working conditions like negative management style or low social support may lead to mental health problems, depressive episodes etc. Further, these problems may cause high costs of sickness absence. On the other hand the enterprise also may create conditions for preventionaction: existing occupational health and safety structure in the work place facilitate the provision of (e.g.) mental health promotion activities.
So it is not surprising that the majority of strategies, policies, pilot projects and studies explore or promotes measures to be applied in the province of employment.

The second province of measures can be located in the social insurance sector. Here both the preventive approach is chosen (e.g. screening, before benefit claims are send in) and ‘secundary prevention’ measures, when the person already is on (short term) benefit receipt. Further, the disability assessment process and its quality is subject to revision in some countries, as sickness and disability benefit administrators 'struggle' with operating the scheme for this category of clients.

Notwithstanding the limitations of the sources examined it may be concluded that several approaches receive attention, whereas many still are ‘under development’. Evaluation studies, which assess the impact and implementation of measures that seem successful, especially in the field of employment, still are quite rare.

1 CONTEXTE, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

1.1 Contexte

L'AS*tri* Research & Consultancy Group a été chargé par une commission nationale[1] néerlandaise (Donner 1) de réaliser en 2000 une étude évaluative sur l'état des connaissances aux Pays-Bas en ce qui concerne les origines et les tendances de l'incapacité de travail à court ou à long termes résultant de problèmes de santé psychique, et les interventions dans ce domaine. Le rapport comprenait également une analyse transnationale des statistiques sur les prestations d'invalidité. Cette étude devait permettre de comparer la politique des Pays-Bas en matière de prestations d'invalidité pour cause de troubles mentaux avec celle d'autres pays, en se fondant sur les statistiques de quatre pays. Les données sur les tendances et les caractéristiques des bénéficiaires de prestations ou de pensions d'invalidité en Allemagne, en Belgique, en Suède et aux Pays-Bas ont été comparées. Les organismes de sécurité sociale suivants ont participé à cette étude quantitative: le VDR en Allemagne, l'INAMI en Belgique, le LISV aux Pays-Bas et le Riksförsäkringsverket en Suède[2].

L'étude a suscité de l'intérêt, car elle déterminait pour chaque pays le profil type du bénéficiaire de prestations ou de pensions d'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique. En Suisse également, on se préoccupe toujours plus de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a confié récemment à l'AS*tri* le mandat de mettre à jour l'étude transnationale comparant les taux d'invalidité en y incluant les données de la Suisse et celles d'autres pays qui le désiraient. L'objectif était de mieux cerner le problème des pensions d'invalidité. L'étude devait comprendre en outre une partie qualitative sous forme d'aperçu des mesures prises pour prévenir et limiter l'invalidité due à des problèmes de santé psychique.

1.2 Objectifs de l'analyse

La partie *quantitative* de l'étude évalue les différences dans l'octroi de prestations d'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique entre les pays considérés, en analysant le nombre de bénéficiaires, les tendances, les diagnostics types et les groupes à risque. Lorsque c'est possible, l'analyse comparative porte également sur les origines de ces différences, en prêtant particulièrement attention à celles qui sont liées à des modifications

[1] Cette commission a conseillé le gouvernement néerlandais dans sa politique visant à réduire les absences maladie et l'invalidité pour cause de problèmes de santé mentale.

[2] Cf. Prins, 2000.

légales (par exemple les critères pour définir l'invalidité, la population assurée) ou administratives (par exemple les méthodes d'évaluation).

La partie quantitative de ce projet traite deux questions principales:

a. *L'évolution* du phénomène: le programme de prestations d'invalidité est évalué de trois points de vue différents, à savoir les nouvelles prestations (les « entrées »), le nombre total de bénéficiaires (l' « effectif ») et les fins de prestations (les « sorties ») selon des critères démographiques (sexe, tranche d'âge) et selon les types principaux de diagnostic.
b. *Les caractéristiques* des personnes invalides souffrant de troubles mentaux en fonction de critères démographiques (sexe, âge) et, si possible, en fonction du diagnostic sous-jacent, ainsi que des causes de la cessation de paiement de prestations ou de pensions d'invalidité.

La partie *qualitative* de l'étude passe en revue les mesures introduites ou sur le point de l'être afin de prévenir et de limiter l'invalidité (l'octroi de prestations) pour cause de problèmes de santé psychique. Par conséquent, cet aperçu présente un large échantillon de mesures, à savoir:

- les mesures préventives;
- le dépistage précoce (par exemple chez les populations à risque);
- le diagnostic et les instruments d'évaluation (par exemple l'évaluation de l'invalidité);
- la reprise de l'activité professionnelle et les mesures de réinsertion professionnelle.

L'analyse porte tout particulièrement sur les pays considérés dans l'étude, mais elle présente quelques initiatives intéressantes prises dans d'autres pays ou proposées par des organisations internationales. La partie qualitative passe par contre rapidement en revue les différentes mesures déjà appliquées ou en cours d'application sans prétendre à l'exhaustivité et sans évaluer dans les détails les bases empiriques de la méthode adoptée pour chaque mesure. Les résultats des évaluations concernant la mise en œuvre et l'impact des mesures ont été résumés dans l'étude, chaque fois qu'ils étaient disponibles.

Cette brève analyse a pour but principal de présenter des expériences et des initiatives récentes qui pourraient être une source d'inspiration pour les pays cherchant à définir des mesures dans ce domaine.

1.3 Les pays étudiés

Sont pris en compte dans l'étude les quatre pays qui ont participé à la précédente étude (l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas et la Suède), ainsi que le Canada et la Suisse. Ces pays sont comparables, car ils possèdent un système de sécurité sociale bien développé et sont des pays avancés. Bien que ces systèmes présentent quelques disparités importantes en matière de remplacement du revenu (par exemple des prestations sont prévues après la fin du paiement des prestations maladie ou des pensions), ils se ressemblent à bien des égards dans leurs résultats.

Allemagne

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a ralenti entre les années 1985 et 1990. Entre 1990 et 1995, l'augmentation a été très nette, mais la hausse a été plus faible ces dernières années. Les problèmes mentaux et psychologiques sont à l'origine d'environ un quart des nouvelles prestations d'invalidité. Ces dernières années, sur l'ensemble des nouvelles prestations, le pourcentage de prestations d'invalidité octroyées pour cause de maladie psychique est passé de 17% en 1990 à 28% en 1999 (Transforming, 2003).

Belgique

En Belgique, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité s'est ralentie ces dernières années. Entre les années 1980 et 1985, l'augmentation était de 10%, puis elle est passée à 6% entre 1985 et 1990 et à 1% entre 1995 et 1999 (Transforming, 2003). Les statistiques de l'INAMI parues dans le rapport annuel 2002 montrent qu'entre un quart et un tiers du nombre total de bénéficiaires reçoit des prestations pour cause de problèmes de santé psychique. Cette proportion était de 28% en 1997, puis a augmenté à 30% en 2001.

Canada

Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont augmenté depuis 1990. Les troubles mentaux sont devenus une cause majeure d'invalidité parmi les travailleurs, puisqu'ils touchent pratiquement une personne sur quatre actuellement au bénéfice d'une pension d'invalidité versée par les services publics pour cause de maladie psychique. Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité pour cause de troubles mentaux a passé de 21 830 en 1990 à 63 171 en 2000 (Direction de la recherche parlementaire, 2002). Parmi les jeunes travailleurs, les troubles mentaux représentent la principale cause d'invalidité (Worksite News, 2003). Les données de l'OCDE montrent que sur l'ensemble des bénéficiaires de prestations d'invalidité, la proportion de personnes souffrant de maladie psychique était de 11% en 1990, et de 21% en 1999 (Transforming, 2003).

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité complètes ou partielles a augmenté à 921 000 en 1993. Les réformes concernant les critères de définition de l'invalidité et le calcul des prestations ont permis de réduire le nombre de nouvelles prestations octroyées. En outre, une partie des bénéficiaires ont été réexaminés en suivant les nouvelles lignes directrices de définition et d'évaluation, plus restrictives. Le nombre de bénéficiaires a ainsi pu être réduit à 855 000 en 1996. Ensuite, leur nombre a de nouveau augmenté (Gould & Laitinen-Kuikka, 2003), mais depuis 2002, les taux d'invalidité ont baissé que l'on examine les nouvelles prestations octroyées ou le nombre total de prestations. Sur l'ensemble des nouvelles prestations d'invalidité, 30% étaient dues à des problèmes de santé psychique en 1990, et 33% en 1999 (Transforming, 2003).

Suède

Au début des années 1990, le nombre de nouvelles pensions d'invalidité a atteint des valeurs records. Après 1993, ce nombre a diminué (Mansson, 1997), un phénomène que l'on attribue à des règles et à une application plus restrictive, ainsi qu'à la réduction du nombre d'absences maladie à long terme. Ces dernières années, le nombre des nouvelles pensions d'invalidité augmente à nouveau, et l'âge moyen des nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité permanente a chuté à 50 ans, alors qu'il était de 55 ans à la fin des années 1980 (The Social Insurance Institution). Les troubles mentaux prédominent chez les jeunes et une légère différence s'observe entre les hommes et les femmes (Prinz, 2003). Sur l'ensemble des nouvelles prestations d'invalidité, la proportion des bénéficiaires souffrant de maladie psychique a augmenté ces dix dernières années, passant de 16% en 1990 à 24% en 1999 (Transforming, 2003).

Suisse

Jusqu'en 1985, la situation en Suisse était très favorable, puisque très peu de personnes recevaient des prestations d'invalidité. Mais à partir de cette année, les prestations d'invalidité ont commencé à augmenter. Récemment, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a été plus importante que dans la plupart des autres pays d'Europe occidentale. Alors qu'environ 100 000 personnes ont bénéficié de prestations d'invalidité en 1980, quelque 200 000 personnes étaient dans cette situation en 2000 (Prinz, 2003). Les données de l'OCDE montrent que la maladie psychique est un diagnostic majeur en Suisse. Le pourcentage de personnes souffrant de maladie psychique sur l'ensemble des bénéficiaires de prestations d'invalidité était de 34% en 1990 et 39% en 1999. Environ le tiers (34%) des nouvelles prestations d'invalidité étaient dues à la maladie psychique en 1999.

1.4 Sources et limites

Mis à part les différences intéressantes que présentaient leur programme, des raisons pratiques nous ont poussés à examiner ces pays. Leurs administrations se sont montrées en effet capables de fournir des statistiques qui pourraient être comparées à bon droit.

Les statistiques sur la sécurité sociale donnent généralement de nombreux renseignements sur les demandeurs de prestations, les décisions, les paiements, les cessations de paiement, les diagnostics, les coûts, etc. Toutefois, ces sources ont des limites, n'ayant pas le même but et le même degré de précision dans les différents pays. Les statistiques portant sur les prestations d'invalidité ne devraient pas être considérées comme des indicateurs de santé fiables. Ils ne renseignent que partiellement sur la prévalence des troubles mentaux ou de la morbidité psychiatrique dans un pays, car les définitions, les critères d'octroi, les diagnostics ou les manières de compter ont une influence considérable sur les chiffres.
Mais ces sources de distorsions n'empêchent pas de comparer les niveaux, les tendances et les groupes à risque. Ces statistiques permettent également de savoir comment les systèmes de sécurité sociale des différents pays traitent le problème de la maladie psychique. L'acceptation des demandes, la durée de versement des prestations, ainsi que les raisons et le nombre de cessations de paiement témoignent des différentes politiques des pays en matière de sécurité sociale.

Les chiffres clés des statistiques et des synthèses officielles réalisées par les organismes de sécurité sociale des six pays considérés ont servi de sources à la présente étude. Ils portent sur les ayants droit comptant parmi les personnes salariées, des années 1993 à 2002. Etant donné que les règles concernant l'invalidité diffèrent d'un système à l'autre, les populations considérées ne sont pas exactement semblables. Dans les six pays, le système couvre toutes les personnes salariées. En Suède et au Canada, les indépendants font également partie du système, alors qu'en Suisse, les données concernent les pensions d'invalidité octroyées à toutes les personnes domiciliées dans le pays. Au besoin, les chiffres ont été corrigés pour qu'ils ne concernent que les personnes en âge de travailler (15 - 65 ans). Les chiffres des Pays-Bas, de la Suède et de la Suisse incluent également, à l'inverse des autres pays, l'invalidité résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Les données du Canada sont celles du Régime de pensions du Canada, le programme pour l'invalidité du gouvernement canadien.[3] Ces différences doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Les statistiques concernant la rééducation et la réintégration ont été écartées dans la présente étude.

[3] Le Régime de pensions du Canada n'inclut pas la province du Québec, qui possède son propre programme, même s'il ressemble au programme national. Les données concernant le Canada n'incluent pas les données des autres programmes de revenus pour les personnes invalides au Canada tels que l'assistance sociale, les indemnités pour travailleurs, les pensions aux anciens combattants et l'assurance-invalidité privée.

1.5 Structure du rapport

Les chapitres 2 et 3 contiennent la partie quantitative de l'étude. Le deuxième chapitre fait état des différences et des similarités entre les pays, en comparant le taux total d'octroi de prestations d'invalidité dans chaque pays (sans prendre en compte les diagnostics). Le chapitre 3 traite des prestations d'invalidité selon le type de maladie psychique. Les pays ont été comparés sur la base du nombre de nouvelles prestations et du nombre total de prestations d'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique. Le chapitre 4 contient la partie qualitative de l'analyse. Il donne un aperçu des résultats de notre inventaire des mesures et des initiatives visant à gérer les absences maladie et l'invalidité au niveau de l'entreprise et du système de sécurité sociale. Le chapitre 5 résume et analyse les conclusions que l'on peut tirer des parties quantitatives et qualitatives. Ce chapitre comprend également une analyse comparative des six pays.

2 LE RECOURS AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

2.1 Introduction

Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés dans de nombreux pays. Dans les années 1990, ces taux ont augmenté dans la plupart des pays. Dans certains d'entre eux cependant, cette augmentation s'est ralentie ces dernières années (entre autres à la suite des réformes des systèmes de prestations), tandis que d'autres continuent de voir leurs taux augmenter. Il est très rare que des personnes cessent de recevoir des prestations, malgré les différences très importantes existant entre les réglementations des pays concernant la révision des droits, l'accès aux prestations partielles, les mesures d'incitation au travail, etc. Seulement 1% environ des bénéficiaires de prestations d'invalidité quittent les programmes chaque année pour cause de rétablissement ou de reprise du travail (Gould & Laitinen-Kuikka, 2003).

En outre, des changements concernant les diagnostics préoccupent les responsables de nombreux pays. Des études ont montré que les problèmes mentaux et psychologiques sont à l'origine du quart ou du tiers environ des nouvelles prestations d'invalidité. Il semble aussi que plus les bénéficiaires sont jeunes, plus la part de personnes souffrant de problèmes mentaux est élevée. Les changements intervenus dans le monde du travail pourraient expliquer en partie l'augmentation des problèmes de santé psychique. Une étude de l'OIT a montré que l'incidence des problèmes de santé psychique parmi les travailleurs était en nette augmentation. Un travailleur sur dix dit souffrir de dépression, d'anxiété, de stress ou d'épuisement professionnel, des troubles qui peuvent dans certains cas mener à une hospitalisation ou au chômage (Gabriel & Liimatainen, 2000). La troisième enquête européenne sur les conditions de travail a également montré que près d'un quart des travailleurs salariés se plaignait d'un état général de fatigue, plus d'un quart souffrait de stress, 15% de maux de tête, 11% d'irritabilité, 8% de troubles du sommeil et 7% d'angoisses (Paoli & Merllié, 2001).

Le champ de la présente étude ne permet pas d'analyser la relation entre les problèmes de santé psychique dont témoigne l'octroi de prestations d'invalidité et les conditions de travail ou les plaintes relatives à la santé. Ce chapitre d'introduction compare d'abord le recours aux programmes de prestations d'invalidité dans les six pays considérés, sans tenir compte des diagnostics. Le nombre de nouveaux bénéficiaires, le nombre total de bénéficiaires et le nombre de bénéficiaires quittant le système fait l'objet d'une comparaison, tout comme les caractéristiques socio-démographiques des personnes assurées. Dans un premier temps, les taux de croissance du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont examinés sur les dix dernières années. Ensuite, une analyse de l'ensemble des bénéficiaires, des nouveaux bénéficiaires et de ceux qui viennent de quitter le programme de

prestations durant l'année d'observation la plus récente permet de savoir plus précisément comment le système est utilisé.

2.2 Dynamique des programmes de prestations d'invalidité

Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité augmente dans quatre pays.
Le nombre (absolu) de bénéficiaires de prestations d'invalidité a augmenté dans quatre pays, à savoir la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Le taux de croissance le plus fort a été enregistré en Suisse, puis en Suède et en Belgique. Il est intéressant de noter que le nombre de bénéficiaires de prestations a également commencé par augmenter en Allemagne et au Canada, mais qu'il est resté stable dans ces pays ces quatre à cinq dernières années et a même diminué.

Tableau 2.1 Taux de croissance du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité (1993-2002)[4]

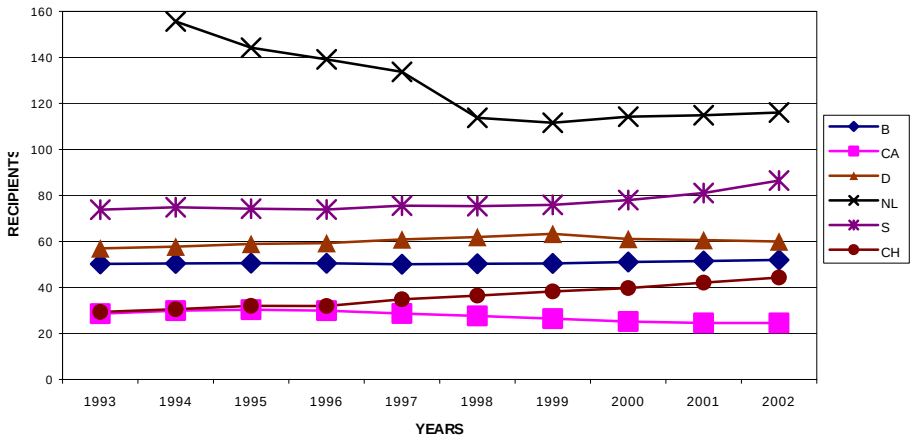
Année	B	CA	D	NL	S	CH
1994	0,9%	6,7%	0,7%	-3,6%	2,1%	5,5%
1995	1,1%	2,8%	0,6%	-4,6%	-0,5%	4,5%
1996	1,0%	-0,6%	-0,8%	-0,7%	-0,2%	4,6%
1997	1,2%	-1,6%	3,0%	0,6%	2,4%	4,4%
1998	2,2%	-0,8%	0,8%	3,9%	0,0%	4,9%
1999	1,6%	-1,8%	0,2%	2,1%	1,0%	5,3%
2000	3,1%	-1,8%	-2,4%	3,3%	3,2%	4,7%
2001	2,4%	-0,8%	0,2%	3,0%	4,4%	7,9%
2002	2,7%	0,0%	-1,7%	1,3%	7,3%	6,3%
Total[5]	17,5%	2,0%	0,5%	5,1%	21,2%	59,4%

Le taux de prévalence augmente en Suède, en Suisse et pour les femmes, aux Pays-Bas.
Lorsque l'on tient compte du nombre de personnes assurées, on observe toujours en Allemagne et au Canada une légère réduction du nombre de bénéficiaires de prestations ces dernières années (tableau 2.1). La Belgique présente des résultats stables actuellement, tandis que la Suède et la Suisse ont vu leur taux de prévalence augmenter quelque peu ces dernières années. Aux Pays-Bas, les taux ont significativement baissé jusqu'en 1999 et ont continué de diminuer légèrement pour les hommes, alors qu'ils augmentent pour les femmes.

[4] B: Belgique; CA: Canada; D: Allemagne; NL: Pays-Bas; S: Suède; CH: Suisse.

[5] Croissance totale sur dix ans.

Graphique 2.1 Nombre de bénéficiaires pour 1000 assurés (1993-2002)



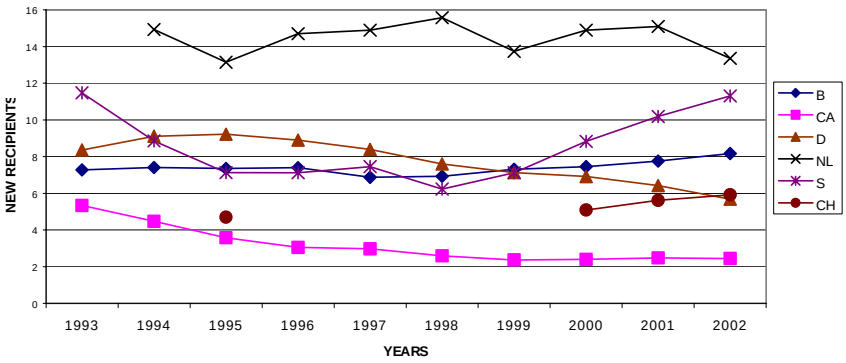
Le graphique 2.1 montre les différences significatives qui existent entre les taux de prévalence des différents pays. On constate également que ces différences se maintiennent au fil des ans. Les Pays-Bas possèdent les taux les plus élevés, qui peuvent être jusqu'à quatre fois plus élevés que ceux d'un pays présentant de faibles taux (Canada). Le Canada et la Suisse ont les taux de prévalence les plus faibles.

Les taux d'incidence augmentent en Suisse, en Belgique et en Suède

Les taux précédents concernent le nombre total de bénéficiaires, un nombre qui résulte de deux dynamiques: d'une part les bénéficiaires accédant au système de prestations (les « entrées ») et, d'autre part, les bénéficiaires quittant le système (les « sorties »).

Le graphique 2.2 montre que le nombre de nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité pour 1000 personnes assurées est en baisse en Allemagne (forte baisse) et au Canada (légère baisse). Ces cinq dernières années, les taux d'incidence ont été en (légère) augmentation en Suisse et en Belgique et en forte augmentation en Suède. Aux Pays-Bas, les taux d'incidence ont beaucoup variés et connaissent une baisse marquée depuis deux ans. Malgré tout, les Pays-Bas ont le taux d'entrée le plus élevé, tandis que le Canada affiche le taux le plus faible (environ 1/6 du taux des Pays-Bas). Dans les six pays, les taux d'incidence pour les hommes et les femmes suivent les mêmes tendances.

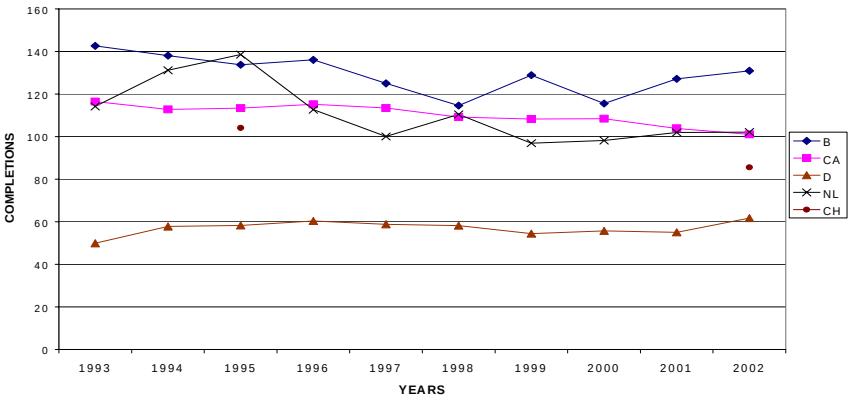
Graphique 2.2 Nombre de nouveaux bénéficiaires de prestations pour 1000 assurés (1993-2002)



Le nombre de bénéficiaires quittant le système augmente dans trois pays

Le nombre total annuel de bénéficiaires de prestations d'invalidité varie aussi en fonction du nombre de personnes quittant le système. Le graphique 2.3 montre que la situation n'est pas la même dans les cinq pays dont les données étaient disponibles: le nombre de bénéficiaires quittant le système (pour 1000 bénéficiaires) reste plus ou moins stable en Allemagne, il diminue légèrement au Canada et en Suisse et oscille en Belgique et aux Pays-Bas. Le système allemand affiche systématiquement le taux le plus bas de personnes pour qui les prestations prennent fin et le système belge affiche constamment le plus haut. Dans la plupart des pays, les tendances ont été les mêmes pour les hommes et les femmes, mais en Belgique et aux Pays-Bas, le nombre de femmes quittant le système de prestations varie beaucoup au fil du temps.

Graphique 2.3 Nombre de bénéficiaires quittant le système pour 1000 bénéficiaires (1993-2002)[6]



[6] La Suède n'a pas pu fournir de données sur les fins de prestations.

2.3 Personnes assurées et bénéficiaires de prestations d'invalidité en 2002

Dans cette partie, nous analysons plus en détail l'ensemble des bénéficiaires de prestations d'invalidité, les nouveaux bénéficiaires et les bénéficiaires quittant le système. Cependant, il convient dans un premier temps de comparer les populations d'assurés des différents pays en fonction de leur sexe et de leur âge, car ces facteurs démographiques déterminent en partie l'utilisation du système de prestations.

Légèrement plus d'hommes que de femmes assurés dans la majorité des pays
Le tableau 2.2 montre que la proportion d'hommes et de femmes et largement comparable d'un pays à l'autre. En Suède et en Suisse, la part des hommes et celle des femmes sont presque égales, alors que dans les autres pays, il y a légèrement plus d'hommes que de femmes qui sont assurés.[7]

Tableau 2.2 Proportion d'hommes et de femmes dans les populations d'assurés (2002)[8]

Sexe	B	CA	D	NL	S	CH
Hommes	55%	54%	56%	56%	51%	51%
Femmes	45%	46%	44%	44%	49%	49%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Population d'assurés et tranches d'âge
Le tableau 2.3 montre qu'il y a davantage de différences lorsqu'on s'intéresse aux tranches d'âge. Les Pays-Bas ont la plus grande proportion de jeunes dans leur population d'assurés (18% ont moins de 25 ans). La proportion de personnes appartenant à la dernière tranche d'âge (55-64 ans) est relativement faible aux Pays-Bas et au Canada (9% et 10% respectivement). C'est en Suède et en Suisse que cette proportion est la plus forte.

[7] Nous n'avons pas précisé si le pourcentage relativement bas d'hommes était dû à la définition de la population d'assurés en Suisse. Quant à la Suède, la faible proportion d'hommes est à mettre en relation avec le nombre traditionnellement élevé de femmes exerçant une activité lucrative dans ce pays.

[8] Le Canada n'a pas fourni les données sur la population d'assurés pour l'année 2002. Les chiffres de 2001 ont donc servi de base pour les estimations. Ces estimations concernant la population d'assurés en 2002 sont utilisées dans toute cette partie.

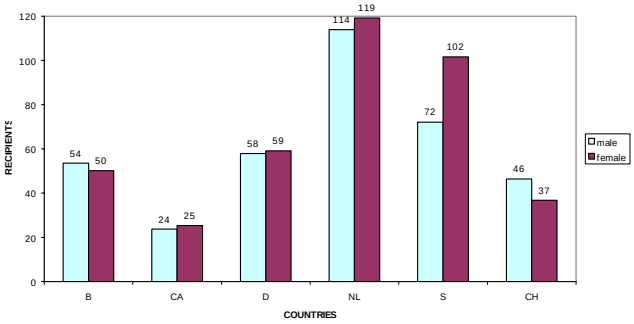
Tableau 2.3 Population d'assurés par tranche d'âge (2002)

Années	B	CA	D	NL	S	CH
16-24 ans	10%	14%	11%	18%	16%	13%
25-34 ans	29%	23%	21%	26%	21%	22%
35-44 ans	28%	29%	30%	26%	22%	26%
45-54 ans	21%	24%	24%	21%	21%	22%
55-64 ans	12%	10%	13%	9%	20%	17%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Caractéristiques démographiques des bénéficiaires

Le graphique 2.4 montre le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité selon les sexes. On constate qu'en Suède et aux Pays-Bas, il y a chez les femmes des taux de prévalence plus élevés que chez les hommes. Au Canada et en Allemagne, les taux de prévalence sont pratiquement identiques pour les hommes et les femmes, tandis qu'en Belgique et en Suisse, plus d'hommes que de femmes (pour 1000 personnes assurées) reçoivent des prestations d'invalidité. Par conséquent, il n'y a pas de modèle « universel » définissant la relation entre les sexes et la dépendance aux prestations. Les données montrent aussi que la situation est mauvaise aux Pays-Bas tant pour les hommes que pour les femmes, alors qu'en Suède, ce sont les femmes qui font monter les taux.

Graphique 2.4 Répartition par sexe des bénéficiaires de prestations d'invalidité pour 1000 assurés (2002)



Comme prévu, les taux de prévalence varient également en fonction de l'âge. Dans les premières tranches d'âge, on trouve des taux de prévalence plus faibles, alors que dans les dernières tranches d'âge, les taux sont plus élevés. Ce modèle s'observe dans les six pays considérés.

Le tableau 2.4 donne un aperçu plus détaillé des différences transnationales: on trouve les écarts les plus grands dans les premières tranches d'âge. Tandis qu'au Canada pratiquement aucun jeune de moins de 25 ans ne reçoit de prestations, 5 personnes de cette

tranche d'âge en bénéficient en Suisse et aux Pays-Bas, et 13 en Suède (pour 1000 personnes assurées). Par contre, les Néerlandais âgés de 55 à 64 ans sont cinq fois plus nombreux que les Suisses à recevoir des prestations d'invalidité, quatre fois plus nombreux que les Canadiens et trois fois plus nombreux que les Belges.

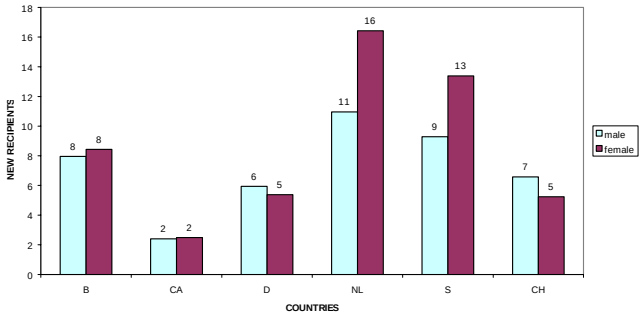
Tableau 2.4 Répartition par tranche d'âge des bénéficiaires de prestations d'invalidité pour 1000 assurés (2002)

Années	B	CA	D	NL	S	CH
16-24 ans	3	0	1	5	13	5
25-34 ans	13	2	7	38	20	14
35-44 ans	38	12	22	79	50	29
45-54 ans	89	32	61	169	109	57
55-64 ans	155	128	271	546	235	107
Total	52	25	58	116	87	42

De nombreuses femmes reçoivent des prestations aux Pays-Bas et en Suède

Le graphique 2.5 analyse les taux d'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité pour 1000 personnes assurées. Le Canada et la Suisse ont les taux les plus faibles, tandis que les Pays-Bas et la Suède présentent les plus élevés. Dans ces deux pays, un nombre plus important de femmes que d'hommes accède au système de prestations. En Suisse, la tendance inverse s'observe, avec un taux plus élevé de nouveaux bénéficiaires chez les hommes que chez les femmes. Dans les autres pays, les taux d'incidence sont pratiquement les mêmes pour les hommes et pour les femmes.

Graphique 2.5 Répartition par sexe des nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité pour 1000 assurés (2002)



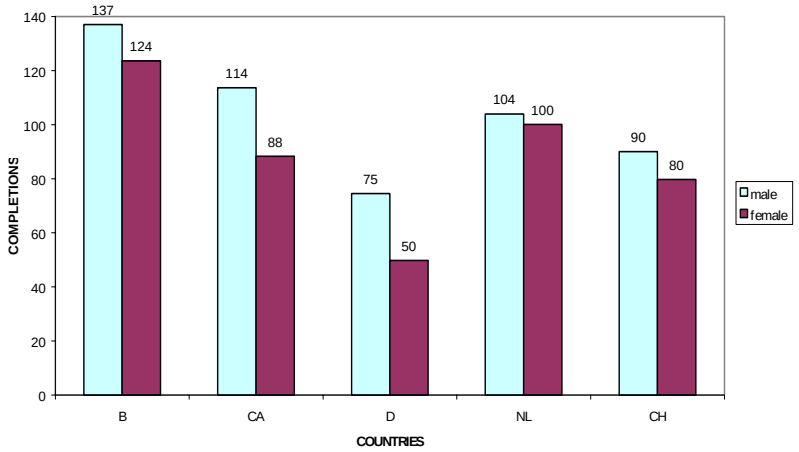
Si l'on combine les chiffres par tranche d'âge et par sexe (cf. tableau 2.5), on voit qu'il existe d'importantes différences selon les pays pour la dernière tranche d'âge: en Allemagne et en Suisse, plus d'hommes accèdent au programme de prestations, tandis qu'en Suède et aux Pays-Bas, ce sont les femmes qui sont plus dépendantes des prestations d'invalidité.

Tableau 2.5 Répartition par âge et par sexe des nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité pour 1000 assurés (2002)

Années	B		CA		D		NL		S		CH	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
16-24 ans	3	2	0	0	0	0	2	4	3	3	2	2
25-34 ans	5	5	1	1	1	1	7	15	3	4	2	2
35-44 ans	8	9	1	2	3	4	11	18	6	11	4	5
45-54 ans	13	14	3	4	9	9	17	25	11	17	8	8
55-64 ans	11	11	10	10	19	14	22	27	24	30	16	10
Total	8		2		6		13		11		6	

On peut encore remarquer que les taux élevés des Pays-Bas se retrouvent dans toutes les tranches d'âge, alors qu'en Suède, pays classé juste après les Pays-Bas, les taux sont élevés surtout dans la dernière tranche d'âge.

Graphique 2.6 Répartition par sexe du nombre de bénéficiaires quittant le système de prestations pour 1000 bénéficiaires (2002)



Le graphique et le tableau 2.6 donnent plus de précisions sur les cessations de paiement de prestations d'invalidité. Dans les six pays, plus d'hommes que de femmes quittent les programmes de prestations. Il apparaît également que l'âge a une influence sur la durée de l'insertion dans un système de prestations: dans tous les pays considérés à l'exception de la Suisse, on trouve le plus de personnes quittant le système de prestations dans la première tranche d'âge. Le nombre de personnes quittant le système de prestations est très

faible en Suisse pour toutes les tranches d'âge (hormis la dernière), alors qu'en Belgique, de nombreuses personnes quittent le système (à part dans la dernière tranche d'âge).

Tableau 2.6 Répartition par tranche d'âge du nombre de bénéficiaires quittant le système de prestations pour 1000 bénéficiaires (2002)

Années	B	CA	D	NL	CH
16-24 ans	391	130	216	243	48
25-34 ans	228	59	86	157	45
35-44 ans	125	40	67	106	38
45-54 ans	75	40	66	61	36
55-64 ans	169	155	61	117	149
Total	131	102	64	102	86

* Suède: aucune donnée disponible sur les raisons de cessation de paiement des pensions d'invalidité.

Les raisons de la cessation de paiement des prestations varient beaucoup

Pour finir, les chiffres que nous ont fournis la plupart des organismes de sécurité sociale nous permettent également d'examiner les raisons des « sorties » du système. Le tableau 2.7 détaille ces raisons. Les catégories figurant dans les statistiques des différents pays ne sont pas les mêmes, mais des écarts marqués peuvent être observés.

Tableau 2.7 Les différentes raisons expliquant les sorties des systèmes de prestations d'invalidité (2002)

Raisons	B	CA	D	NL	S*	CH
Exclusion, refus	27%	-	-	-	-	-
Fin de prestations temporaires	-	-	11%	-	-	-
Passage au régime des retraites	32%	59%	61%	36%	-	57%
Reprise du travail	23%	7%	1%	45%	-	-
Capacité retrouvée	-	1%		-	-	-
Décès	18%	30%	22%	11%	-	-
Migration	-	-		-	-	8%
Autres	-	4%	5%	9%	-	35%
Total	100%	100%	100%	100%	-	100%

* Suède: aucune donnée disponible sur les raisons de cessation de paiement des pensions d'invalidité.

Dans tous les pays considérés à l’exception des Pays-Bas, les principales raisons pour lesquelles les prestations d’invalidité prennent fin sont de nature démographique: environ 60% des prestations prennent fin car les bénéficiaires atteignent l’âge de la retraite et 11% à 30% des paiements de prestations cessent pour cause de décès. Cependant, dans les programmes belge et néerlandais, beaucoup moins de personnes quittent le système parce qu’elles ont atteint l’âge de la retraite (un peu plus de 30% seulement), tandis que dans ces pays la reprise du travail (et pour la Belgique l’exclusion du système) constitue une raison importante de cessation de paiement. Il existe plusieurs raisons pour lesquelles dans ces deux pays la conversion des prestations en pensions de retraite n’a qu’une importance limitée. En Belgique, les travailleurs âgés peuvent prendre plus facilement une retraite anticipée. Les chiffres peu élevés des Pays-Bas dans cette catégorie s’expliquent peut-être par l’âge relativement jeune des bénéficiaires néerlandais. Finalement, on peut encore noter que, à l’exception des Pays-Bas, la mortalité parmi les bénéficiaires de prestations d’invalidité est élevée au Canada et, dans une moindre mesure, en Allemagne et en Belgique.

3 L'INVALIDITÉ POUR CAUSE DE PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHIQUE

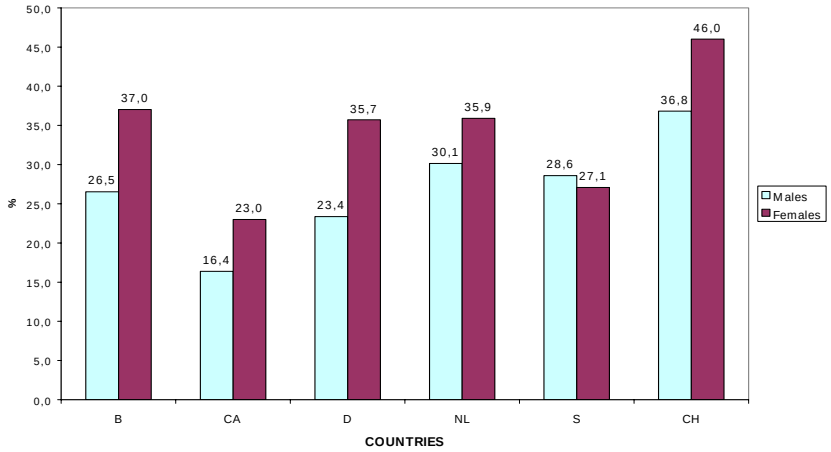
Ce chapitre analyse plus précisément les données concernant l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique. Toutefois, les données sur les diagnostics provenant des statistiques de la sécurité sociale ne permettent pas de faire des comparaisons trans-nationales élaborées. Les diagnostics types des différents pays reflètent le contexte légal, administratif et tout particulièrement culturel. Pour cette raison, nous ne comparerons que les principales catégories de diagnostics, à savoir les bénéficiaires souffrant de troubles mentaux, de problèmes musculo-squelettiques et d'autres troubles (une catégorie mixte). En Europe du nord-ouest, les deux premières catégories regroupent dans la plupart des pays environ les deux tiers de l'ensemble des personnes qui accèdent actuellement au système de prestations.

3.1 Aspects démographiques de l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique

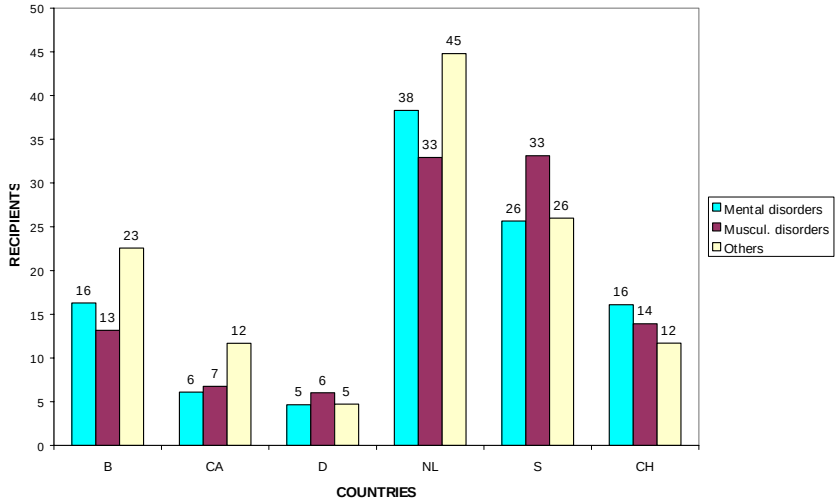
La Suisse présente le nombre le plus élevé de bénéficiaires souffrant de problèmes de santé psychique

Comme le montre le graphique 3.1, la proportion de nouveaux bénéficiaires souffrant de problèmes de santé psychique varie. C'est au Canada que la part est la plus faible et en Suisse qu'elle est la plus grande (deux fois plus qu'au Canada). A l'exception de la Suède, les rapports entre nombre de bénéficiaires femmes et de bénéficiaires hommes sont semblables: un nombre plus élevé de femmes que d'hommes souffrent de problèmes de santé psychique sur l'ensemble des bénéficiaires. En Belgique, en Allemagne et en Suisse particulièrement, les différences entre les sexes sont très marquées.

Graphique 3.1 Proportion de nouveaux bénéficiaires souffrant de problèmes de santé psychique (2002)

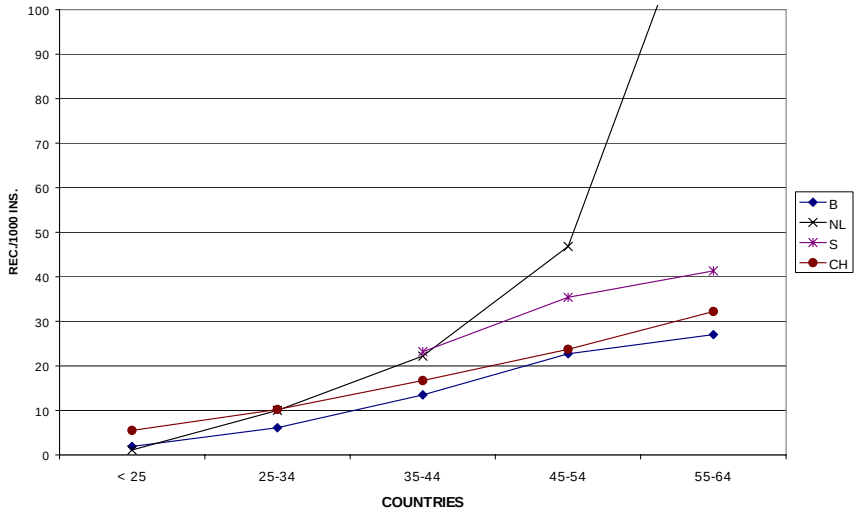


Graphique 3.2 Bénéficiaires (pour 1000 assurés) par catégorie de diagnostics (2002)



Le graphique 3.2 présente la manière dont se répartissent les diagnostics des personnes au bénéfice de prestations d'invalidité. On sait déjà que les Pays-Bas et la Suède présentent les plus hauts taux de prévalence. Il peut être intéressant de relever que les maladies musculo-squelettiques représentent toujours les catégories les plus importantes dans les systèmes suédois et allemands. Au Canada, en Belgique et aux Pays-Bas, les bénéficiaires sont également nombreux dans la catégorie « autres diagnostics ».

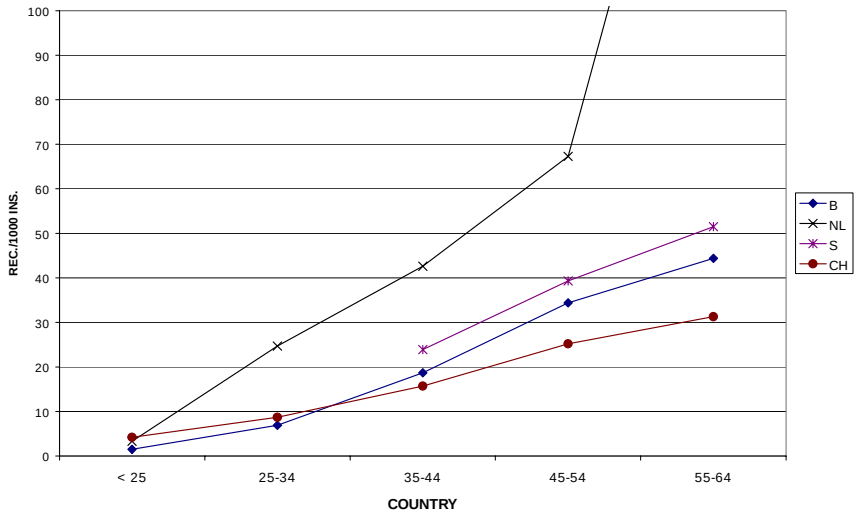
Graphique 3.3 Bénéficiaires de sexe masculin (pour 1000 assurés) souffrant de problèmes de santé psychique par âge (2002)



Les taux d'invalidité liés à la santé psychique sont particulièrement élevés chez les jeunes assurés aux Pays-Bas

Les graphiques 3.3 et 3.4 montrent la prévalence de l'invalidité résultant de problèmes de santé psychique dans quatre pays[9]. Pour les personnes assurées de sexe masculin, les différences entre les pays sont légères jusqu'à 34 ans, mais pour les tranches d'âge plus élevées, certains pays (Pays-Bas, Suède) comptent beaucoup plus de bénéficiaires que d'autres pays (Belgique, Suisse). La Suisse présente des taux très comparables dans les différentes tranches d'âge. Dans la dernière tranche d'âge, la prévalence des diagnostics liés à la santé psychique est 3 à 5 fois plus élevée aux Pays-Bas que dans les autres pays.

Graphique 3.4 Bénéficiaires de sexe féminin (pour 1000 assurés) souffrant de problèmes de santé psychique par âge (2002)



Les courbes des bénéficiaires de sexe féminin sont légèrement différentes. Tandis que les taux de prévalence en Suisse et en Belgique dans les premières tranches d'âge sont presque identiques, chez les femmes néerlandaises âgées de 25 à 34 ans, le taux de prévalence de la maladie psychique est trois fois plus élevé que dans les autres pays. Ces différences transnationales se creusent avec l'âge; dans les dernières tranches d'âge, les taux de prévalence chez les femmes néerlandaises sont six fois plus élevés que chez les femmes suisses assurées et quatre fois plus élevés que chez les femmes belges assurées.

[9] Aucune donnée n'était disponible pour l'Allemagne et le Canada. Quant à la Suède, seules les données concernant les personnes de plus de 34 ans ont pu être prises en compte.

3.2 Troubles mentaux et prestations d'invalidité partielles

En dernier lieu, il convient d'examiner s'il existe une différence entre les bénéficiaires de prestations souffrant de problèmes de santé psychique et l'ensemble des bénéficiaires, les premiers recevant plus ou moins de prestations partielles que les autres. Seules les données des Pays-Bas, de la Suisse et de la Suède peuvent être comparées[10].

Tableau 3.1 Pourcentage de bénéficaires souffrant de problèmes de santé psychique et recevant des prestations partielles (2002)

	Problèmes de santé psychique		Tous diagnostics	
	Hommes	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**
Pays-Bas	25.4	23.3	37.3	26.8
Suisse	11.2	18.5	22.9	28.2
Suède	7.7	14.2	22.2	25.4

Le tableau 3.1 montre que les problèmes de santé psychique requièrent des prestations d'invalidité *complètes*. Une tendance générale se dessine nettement: les personnes souffrant de problèmes de santé psychique reçoivent beaucoup moins de prestations d'invalidité partielles que la moyenne (« tous diagnostics »). Toutefois, des différences marquées s'observent d'un pays à l'autre: tandis qu'environ 25% des bénéficiaires reçoivent des prestations partielles dans le système néerlandais, en Suisse et en Suède, le pourcentage est deux fois, voire trois fois moins important.

[10] Les données de l'Allemagne font défaut et les systèmes des autres pays ne prévoient des prestations qu'en cas d'invalidité complète.

4 LES MESURES

4.1 Champ d'investigation

Les comparaisons quantitatives réalisées jusqu'ici ont servi à comparer les taux, les tendances et les modèles fondamentaux de prestations. Elles renseignent de manière comparative sur la dépendance aux prestations des personnes en âge de travailler, liée à une diminution ou à l'abandon de l'activité lucrative pour des raisons de santé.
L'aperçu des mesures visant à prévenir ou à limiter l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique à court ou à long termes a pour groupe cible les personnes exerçant une activité lucrative. Les mesures analysées dans cette partie de l'étude se rapportent donc aux personnes exerçant une activité lucrative, qui sont sujettes à des problèmes de santé psychique et sont invalides ou en congé maladie.
Le type de mesures choisies délimite aussi plus précisément le champ d'investigation: les interventions médicales n'ont pas été prises en compte ici. Les sources analysant les traitements médicaux, psychologiques ou psychothérapeutiques ont été écartées. On s'est donc limité aux mesures visant le maintien de l'activité lucrative et la diminution de la dépendance aux prestations d'invalidité. Par conséquent, les mesures destinées à remédier aux absences maladie et à l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique ont été retenues.

Les mesures visent un grand nombre de problèmes de santé relatifs aux affections et aux troubles mentaux. Nous ne nous sommes pas limités aux mesures ayant fait l'objet d'une solide évaluation. Il aurait été irréaliste de le faire, car l'on se préoccupe des conséquences sur la santé des problèmes psycho-sociaux rencontrés sur le lieu de travail (par exemple le stress au travail, les agressions, l'intimidation) depuis dix ans seulement. De plus, c'est tout récemment que les problèmes de santé n'ayant aucun rapport ou très peu avec le travail (par exemple la dépression, le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie) ont été pris en compte dans le cadre de politiques de prévention. Ce n'est donc pas surprenant que la plupart des instruments ou des stratégies présentés dans cette étude soient en cours d'élaboration ou ont été introduits sans que leur application ou leurs effets n'aient encore été examinés dans les détails.

Il existe trois catégories de mesures et de politiques:
1. le dépistage précoce;
2. les interventions en relation avec le travail (au niveau de l'individu, de l'entreprise ou du secteur);
3. les mesures prises dans le cadre de la sécurité sociale.

4.2 Dépistage précoce des groupes à risque

4.2.1 Dépistage des personnes risquant de devenir invalides à long terme (UK)

Un rapport, publié en 2003 sur mandat du Corporate Medical Group, a analysé les méthodes permettant d'identifier les personnes susceptibles de devenir incapables de travailler à long terme (Waddell et al, 2003). Ce rapport a vu le jour pour aider les administrations en charge de la sécurité sociale à identifier à temps les personnes risquant de se retrouver en incapacité de travail à long terme.

L'objectif de cette étude était de développer des mesures plus ciblées et plus efficaces pour aider les personnes à quitter le système de prestations et à reprendre le travail. Ces mesures doivent permettre d'identifier les personnes les plus menacées par une incapacité de travail à long terme et celles qui pourraient reprendre le travail rapidement. Ces méthodes de dépistage devaient pouvoir être appliquées à des individus exerçant une activité lucrative et à des groupes de personnes invalides (salariées, au chômage ou inactives). La complexité de la mise en œuvre (nécessité ou non d'un spécialiste), le niveau de transparence et la pertinence ont constitué d'autres critères permettant d'évaluer ces mesures.

Le rapport expose les fondements conceptuels et scientifiques du dépistage, il examine si les méthodes de dépistage sont applicables à tous les problèmes de santé, il démontre la relative médiocrité des données administratives (dans l'administration de la sécurité sociale) par rapport aux données individuelles, cliniques et psychologiques et il présente les modalités pratiques du dépistage au sein d'un organisme de sécurité sociale.
L'évaluation a identifié un grand nombre d'indicateurs individuels permettant de prévoir l'incapacité de travail à long terme, mais peu se sont révélés efficaces selon différentes études réalisées et dans différents contextes. Un dépistage fondé sur des données socio-démographiques pourrait être utile pour les organismes de sécurité sociale, mais les « indicateurs risque » utilisés (par exemple avoir plus de 55 ans) ont donné peu de résultats en ce qui concerne les obstacles à la reprise du travail.

Si on en a conclu que des prévisions étaient valables lorsque l'incapacité de travail est décrite comme subaiguë (à trois voire quatre semaines), après six mois, tous les bénéficiaires devraient être considérés comme personnes à risque. Les résultats variables des différentes études font penser qu'il n'existe pas un instrument de dépistage simple, fiable et applicable dans tous les cas. Les auteurs en ont conclu que l'instrument de dépistage peut être valable dans le cadre de la sécurité sociale, mais doit être développé. Toutefois, le choix des instruments de dépistage devrait être lié au développement de programmes plus efficaces de réinsertion.

En se fondant sur cette étude, le service médical chargé de l'évaluation (« Corporate Medical Group ») a mis sur pied un projet de pré-pilotage afin d'identifier les nouveaux bénéfici-

aires de prestations d'incapacité temporaires qui sont les plus susceptibles de reprendre le travail dans les six à douze prochains mois ou qui ont les problèmes de santé les plus graves. Le rapport et le projet qui en a découlé ne se sont pas intéressés distinctement aux personnes ayant une incapacité de travail pour cause de problèmes de santé psychique. L'analyse a toutefois montré que le facteur psycho-social « dépression » est un prédicateur modéré voire important de douleurs chroniques ou d'invalidité.

4.2.2 Dépistage des employés souffrant de problèmes de santé psychique (NL)

Aux Pays-Bas, le médecin du travail joue un rôle important en aidant l'employeur qui doit définir les conditions de travail et gérer les absences maladie. Par conséquent, des échelles d'évaluation (questionnaires) ont été créées pour le travailleur qui consulte le médecin de l'entreprise pour aider ce dernier à évaluer l'incapacité de travail ou donner un avis concernant la reprise du travail. L'une des échelles utilisées par le médecin de l'entreprise évalue les problèmes de santé psychique de manière générale, alors qu'une échelle spécifique (« UBOS ») mesure l'épuisement professionnel. Mais une minorité de médecins du travail seulement utilise ces échelles de manière régulière. Dans d'autres pays également, des instruments semblables sont en voie d'élaboration pour les médecins des entreprises (en Allemagne et au Royaume-Uni par exemple).

4.3 Interventions en relation avec le travail

4.3.1 Lignes directrices pour reprendre le travail en cas de problèmes de santé psychique (NL)

Une commission (nationale) multidisciplinaire[11] a proposé en 2001 de développer la prévention, les soins et les mesures de réinsertion professionnelle en cas d'absence au travail pour cause de problèmes de santé psychique. La commission a commencé par dresser la liste des initiatives existantes. Puis, elle a défini des lignes directrices préconisant une approche intégrée des personnes qui sont en train de tomber malade ou qui sont invalides pour cause de problèmes de santé psychique. Les conflits au travail ont aussi été explicitement abordés, puisqu'un nombre non négligeable de personnes malades à long terme sont en conflit avec leur employeur ou avec leur supérieur.

Les lignes directrices doivent fonctionner comme un système destiné à mettre en route un processus: après une période relativement courte de rétablissement, il convient d'identifier les problèmes et de trouver des solutions afin d'encourager l'employeur et l'employé à agir pour le rétablissement et la reprise du travail (Absence, 2004). Voici en résumé les différentes étapes du processus:

[11] Cette commission était composée de médecins spécialistes et de généralistes, de psychothérapeutes, de représentants des centres de réinsertion, des services de santé au travail, des administrations des assurances sociales, des organisations patronales, des syndicats, des organisations de patients, des ministères et des centres de recherche.

Première semaine d'absence maladie
L'employé avertit qu'il est malade (le premier ou le second jour) et reste prêt à entrer en contact (par téléphone) plus tard dans la semaine avec son employeur ou son supérieur, qui peut alors demander si l'absence est liée au travail et si oui, quand et à quelles conditions le travail peut être repris.

Deuxième semaine
Nouveau contact téléphonique: l'employeur/le supérieur prend des nouvelles, demande si les causes sont mieux cernées, s'il y a une amélioration, si l'employé a demandé de l'aide (d'un médecin), s'il a pensé à des solutions et enfin il se renseigne sur ce qu'il pourrait (encore) faire. On devrait faire appel à un médecin du travail lorsque l'origine de l'absence maladie demeure incertaine.

Jusqu'à la cinquième semaine de l'absence maladie
S'il semble probable que l'absence devienne chronique, le médecin du travail devrait faire une analyse du problème. Il donne un premier avis concernant les causes et les limites des symptômes et de l'absence maladie. Si nécessaire, un examen plus approfondi est conseillé (dans certains cas un examen psychiatrique). En se fondant sur l'analyse du problème et les conseils du médecin du travail, l'employé et son supérieur établissent un calendrier (écrit) de reprise du travail et le respectent, lorsque cela est nécessaire avec l'aide de conseillers ou de prestataires de soins.

Entre six et douze semaines
Lorsque les causes de l'absence maladie s'avèrent complexes et que l'absence perdure, l'employeur discute avec l'employé et le médecin du travail des prochaines étapes. Employeur et employé peuvent demander une évaluation (un « deuxième avis ») de l'organisme d'assurance sociale (concernant les prochains versements de salaire, la possibilité d'occuper un poste approprié dans l'entreprise). Il est également conseillé de s'enquérir des éventuelles subventions pour la reprise du travail.

Après douze semaines d'absence maladie
Le superviseur/employeur, l'employé et le médecin du travail prennent régulièrement contact (toutes les six semaines) pour savoir si un rétablissement est proche et si le travail peut être repris. Ils déterminent ensemble par écrit les dates où une évaluation de la situation sera effectuée, ainsi que les adaptations à apporter au plan de reprise du travail.

Dernière étape: prévention contre de prochaines absences maladie
Si nécessaire, le médecin du travail, l'employé et le supérieur se mettent d'accord sur les moyens de prévenir une prochaine absence maladie. L'important est de définir ce qui pourrait changer dans l'attitude des employés face au travail, ainsi que d'éviter toute nouvelle incapacité de travail. Il est aussi conseillé d'examiner si certains facteurs professionnels peuvent influer sur la santé et la manière de travailler des autres employés dans le même département ou la même entreprise.

Ces lignes directrices ont été publiées en automne 2001. Par la suite, une campagne de relations publiques (pour les employeurs, les employés, les prestataires de soin, etc.) et un programme de formation (par exemple pour les médecins du travail) ont été mis sur pied dans le but d'encourager l'application de ces lignes directrices. Une première évaluation a montré que seule une minorité de médecins du travail et d'employeurs les utilise une année après leur parution.
Tout récemment, un projet pilote a fait l'objet d'une évaluation dans sept institutions (soins de santé et soins quotidiens) qui voulaient agir contre les nombreuses absences maladie pour cause de problèmes de santé psychique (sélection positive!). Voici les principaux résultats d'une évaluation intermédiaire (cf. van den Heuvel et al., 2004):

a. il n'y a pas eu de mise en œuvre complète des lignes directrices: chaque institution a intégré dans son programme les lignes directrices dont elle avait besoin;
b. les points fondamentaux des lignes directrices (par exemple le double objectif du rétablissement et de la reprise du travail) ont été inclus dans tous les programmes;
c. on peut citer parmi les facteurs qui facilitent l'application des lignes directrices: le soutien de l'entreprise, l'implication des supérieurs de l'employé dans l'établissement du programme, la formation des supérieurs, le soutien d'un conseiller extérieur (dans ces projets pilotes, ils n'ont pas été rémunérés);
d. Il existe plusieurs obstacles à l'application de ces lignes directrices: par exemple le temps important requis par la mise en œuvre, les difficultés qu'ont les supérieurs à identifier les problèmes de santé psychique car ils n'ont pas envie de contacter l'employé souffrant de problèmes de santé psychique, la portée très générale des lignes directrices.

Une conférence tenue en juin 2004 sur les premières expériences révèle par ailleurs que le soutien de la hiérarchie est essentiel pour la mise en œuvre des lignes directrices; les responsables et les médecins du travail hésitent en effet à engager la responsabilité de l'employé; et les prestataires de soins dans le domaine de la santé psychique ne connaissent pas suffisamment les lignes directrices et ignorent le rôle essentiel du travail dans le processus de rétablissement[12].

[12] Conversation avec Ilse Hento (Pays-Bas).

4.3.2 Maintien de l'emploi et santé psychique: analyse documentaire et projets pilotes (UK)

Dans le cadre du programme de réinsertion professionnelle (« New Deal for Disabled Persons [NDDP] »), une analyse documentaire a été réalisée pour définir des critères clés permettant la création d'un bon projet pilote de maintien de l'emploi. Cette analyse montre qu'il manque cruellement d'études et de publications sur la santé psychique et le maintien de l'emploi (Thomas, et al., 2002). L'analyse documentaire a porté sur trois types d'approches:

a. *Les programmes d'aide aux employés (PAE)*: les employeurs offrent à leurs employés des prestations de conseil, ce qui permet aux personnes en détresse psychologique d'avoir accès gratuitement et confidentiellement à des soins lorsqu'elles souffrent de problèmes mentaux (par exemple des interventions contre le stress professionnel quand les personnes travaillent encore). Généralement, ce sont les grandes entreprises américaines et britanniques qui ont recours à ce type de programmes.

b. *Le processus social:* un travailleur social est responsable du maintien de l'emploi. Il donne à l'employeur des renseignements sur la nature de l'invalidité, explique les politiques de l'employeur aux travailleurs invalides, négocie avec l'employeur afin de s'assurer que des adaptations aux besoins de l'employé seront faites et forme les supérieurs ou les autres personnes concernées sur la manière d'agir avec les personnes invalides;

c. *Le suivi individuel du patient*: il requiert l'intervention d'un intermédiaire chargé de faciliter la communication entre les personnes impliquées (les services de santé, l'employeur, le travailleur, d'autres organismes). La personne chargée du suivi coordonne le traitement avec un programme de reprise du travail, accepté par l'employeur et l'employé.

L'évaluation a permis de conclure que le suivi individuel des patients était le modèle le plus efficace. Il a été testé au Royaume-Uni également (Thomas, et al, 2003). Le projet pilote auquel a participé seulement un nombre restreint de patients a montré que les conditions suivantes étaient nécessaires:

- intervention précoce: passé quatre semaines, le malade doit avoir eu accès au service assurant le suivi;
- reprise du travail comme objectif permanent (comment, quand, quelle fonction);
- soutien continuel;
- accès au suivi quel que soit le diagnostic;
- la personne chargée du suivi doit posséder toute une série de compétences (par exemple dans le domaine de la santé psychique et du travail) et d'aptitudes (par exemple faire preuve d'empathie envers les clients, comprendre les problèmes des employeurs, savoir jouer le rôle de médiateur entre l'employeur et l'employé).

4.3.3 Initiatives de sensibilisation à la détresse psychologique (EU)

En automne 2002, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (Bilbao) a mis à disposition une liste des bonnes pratiques en matière de prévention des risques psychosociaux sur le lieu de travail. Les politiques sélectionnées se concentrent sur trois types de risques: le stress, l'intimidation et la violence. Nous pouvons en citer quelques exemples (Agency, 2002):

Mise en œuvre d'un programme de santé psychique en entreprises industrielles (Royaume-Uni)

Au Royaume-Uni, plusieurs grands employeurs ont mis en œuvre un programme de santé mentale à l'échelle de l'entreprise, visant à garantir le bien-être psychologique des employés. Ces programmes prévoient une évaluation des risques (pour qu'il y ait une réelle amélioration de la conception et de la gestion du travail) ainsi que des mesures de sensibilisation (brochures destinées aux responsables, journées de sensibilisation au stress, etc.). Cette démarche a pour objectif clairement défini d'encourager les interventions axées sur la prévention au niveau organisationnel. De telles interventions sont plus « durables » que les interventions axées sur la réinsertion ou l'individu.

Mise en oeuvre de programmes contre l'intimidation (Finlande)

L'intimidation au travail est à l'origine de graves états de stress, de problèmes de santé mentale et physique, de troubles post-traumatiques liés au stress et d'une augmentation des absences maladie. De nombreuses (grandes) organisations en Finlande ont conçu et ont mis en œuvre des programmes et des lignes directrices pour apprendre aux employés à réagir dans des situations d'intimidation. Les supérieurs et les personnes chargées de la santé et de la sécurité au travail reçoivent une formation et un soutien pour savoir comment réagir face aux auteurs de brimades et à leurs victimes, individuellement ou au sein de l'organisation.

Prévention de la violence au travail en milieu hospitalier (Pays-Bas)

Une grande majorité de médecins et d'infirmières travaillant dans les hôpitaux des Pays-Bas ont été victimes de violences psychologiques ou physiques et de harcèlement sexuel. Les « Safe Care Projects » mis en œuvre dans les hôpitaux néerlandais permettent de mener une politique sévère en matière d'agressions et de violence. Ils consistent en plusieurs points: tout d'abord, les incidents sont classés selon leur nature en trois catégories et sont traités en conséquence (« carton jaune ou carton rouge »). Ensuite, on met l'accent sur l'amélioration de la sécurité et sur l'apprentissage par le personnel de techniques permettant de réagir aux agressions.

Des organisations internationales (OIT, Fondation européenne) et des organisations sectorielles proposent également de telles listes de « bonnes pratiques ».

4.3.4 Stratégies de prévention contre l'anxiété, la dépression et les troubles liés au stress (Europe)

En juillet 2004, un rapport sur la promotion de la santé psychique et sur les différents programmes existants à ce sujet (notamment le dépistage précoce et les moyens d'action contre les troubles anxieux, de nombreuses formes de dépressions et les troubles liés au stress) a été publié. L'étude propose une analyse documentaire des publications scientifiques et une analyse portant sur les programmes mis sur pied dans quinze pays membre de l'Union européenne au niveau communautaire ou institutionnel, ou dans les entreprises[13].

L'évaluation des programmes a permis de dresser la liste des « modèles de bonnes pratiques », même si nombre d'entre eux n'avaient pas été évalués plus rigoureusement jusqu'alors. Toutefois, l'étude a pu formuler dix grandes recommandations en matière de promotion de la santé psychique et de prévention contre les problèmes de santé psychique (Berkels et al., 2004).

La partie sur l'anxiété, la dépression et les troubles liés au stress chez les adultes qui travaillent âgés de 25 à 60 ans montre qu'il faut intégrer la promotion de la santé psychique et la prévention dans les programmes de sécurité et de santé au travail. Les vingt modèles de bonnes pratiques sélectionnés mettent principalement l'accent sur l'entreprise et diffèrent quant au niveau de l'intervention:

- l'individu (par exemple développer ses capacités d'adaptation);
- l'environnement social (par exemple des politiques pour lutter contre l'intimidation);
- les conditions de travail (par exemple la réduction des facteurs de risque ou des changements dans l'organisation du travail).

Les mesures prises au niveau de l'entreprise devraient se concentrer sur les problèmes d'anxiété et de dépression en permettant aux employés d'améliorer leur capacité de contrôle personnel et en encourageant l'inclusion sociale. La formation et l'information, le renforcement des compétences et les stratégies d'adaptation, ainsi que la mise en œuvre de politiques d'entreprise concernant l'intimidation, le harcèlement et la violence au travail sont autant de moyens pour y parvenir.

4.3.5 Conventions pour la santé et la sécurité au travail (Pays-Bas)

Les conventions pour la santé et la sécurité au travail sont des accords passés entre le gouvernement, les organisations patronales et les syndicats dans un secteur particulier

[13] L'étude porte sur trois périodes de la vie (l'enfance, l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte; l'âge adulte et la vie professionnelle; la vieillesse) et sur différents cadres de vie (par exemple le milieu de l'éducation, le travail, les services de soins aux personnes âgées).

dans le but de réduire les problèmes de santé, d'améliorer les conditions de travail et de réduire le nombre d'absences maladie et de demandes de prestations d'invalidité.

Les conventions, introduites en 1999, ont pour but de fixer des objectifs exprimés en termes mesurables, tels que la réduction du taux d'absences maladie de 20% en deux ans. Les autres questions sur lesquelles ces conventions peuvent porter sont par exemple la pression au travail, la pression physique et les traumatismes provoqués par la répétition de contraintes physiques, les interventions en cas d'agressions et de violence, l'introduction d'un programme de gestion des absences maladie, la promotion de mesures de réinsertion précoce, etc.

A la fin de l'année 2003, environ 51 conventions étaient en vigueur dans le domaine de la sécurité et de la santé, concernant 3,3 millions d'employés (46% de la population active aux Pays-Bas). Environ 20% des conventions prévoient des mesures concernant les conditions de travail qui peuvent avoir une influence sur la santé psychique, telles que la violence et le harcèlement (par exemple dans la police et le secteur de la santé) ou les pressions et le stress au travail (par exemple dans le secteur bancaire, les écoles, les municipalités, les services de nettoyage).
Les premiers résultats de ces conventions de sécurité et de santé sont positifs. Dans les secteurs dotés de conventions, les taux d'absences maladie ont chuté à 8,4% en 2002. Dans les secteurs commerciaux qui n'ont pas de conventions, les taux d'absentéisme sont resté plus ou moins les mêmes (Arboconvenanten, 2004).

4.4 Mesures concernant la sécurité sociale

Une troisième catégorie de mesures relève du domaine des assurances sociales. Les initiatives sont de diverses natures: elles peuvent concerner la supervision des travailleurs ayant été déclarés malades, la méthodologie pour évaluer l'invalidité et la reconnaissance de l'origine professionnelle de certains problèmes de santé psychique (maladies professionnelles).

4.4.1 Critères spécifiques pour évaluer les syndromes psychosomatiques (Danemark)

Dans les années 1990 déjà, l'organisme danois de sécurité sociale avait remarqué que des différences significatives existaient entre les 275 agences locales lorsque l'on comparait les taux d'acceptation des demandes de pensions d'invalidité pour cause de syndromes psychosomatiques. En outre, certains responsables politiques et certaines organisations de patients ont critiqué les agences de sécurité sociale, car elles refusaient d'accorder des pensions d'invalidité pour des syndromes tels que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique et le syndrome de tension répétée (STR). C'est pour cette raison que des critères

d'admissibilité aux pensions d'invalidité ont été élaborés en décembre 1993 pour ces syndromes (Birket-Smith, 2000[14]).

Les dernières statistiques du Danemark montrent que les personnes souffrant de fibromyalgie, de STR et de troubles causés par un syndrome cervical reçoivent plus souvent des pensions d'invalidité que les autres personnes qui sollicitent des pensions (pour tous les diagnostics). Ce phénomène peut être attribué à la pression croissante exercée par les médias et les organisations de patients. De plus, les experts danois mentionnent également le manque d'unité de doctrine au sein du corps médical sur le classement nosologique et sur les pronostics de ces syndromes. Cependant, une révision des principes fondamentaux d'évaluation des médecins n'est pas envisagée à l'heure actuelle car le nombre annuel de nouveaux bénéficiaires de pensions d'invalidité a sensiblement baissé (de 30 000 à 15 800 en 2002).

4.4.2 Evaluation précoce des personnes souffrant du syndrome de fatigue chronique (Belgique)

Les médecins du système d'assurances sociales belge n'évaluent pas uniquement l'incapacité de travail à court terme (absences maladie d'une durée d'une année au maximum), mais ils examinent également l'admissibilité aux prestations d'invalidité. En 1999, le personnel médical des caisses-maladie a défini des lignes directrices pour évaluer les personnes voulant accéder au système de prestations pour cause de SFC. La première démarche intervient plusieurs semaines après l'octroi de prestations de maladie. Les lignes directrices sont de portée générale et concernent l'évaluation de l'invalidité ainsi que les prestations de conseil au patient au sujet de la reprise du travail. Le processus se déroule en deux temps (Vanden Wijngaert, 2001).

1. Collection de données et établissement de relations

La première étape consiste à collecter dans un premier temps toutes les informations utiles (anamnèse, examen clinique, analyse des informations données par le médecin traitant) et, dans un deuxième temps, à établir les bases d'une relation de confiance entre le patient et le médecin de contrôle. Ensuite, le patient doit consulter le médecin de l'assurance sociale toutes les 4 à 6 semaines. Après trois consultations, une décision doit être prise pour savoir si le patient peut reprendre le travail ou s'il a toujours besoin d'un suivi et d'un soutien pour reprendre le travail.

La méthode pour identifier les personnes souffrant de SFC n'est ni plus normative ni plus détaillée. Le médecin de contrôle tient compte tout d'abord des informations fournies par le médecin traitant (diagnostic du certificat de maladie, informations supplémentaires). Ensuite, il utilise les informations obtenues au cours de son entrevue avec le patient pour diagnostiquer le SFC. Ces deux sources d'information ont ici la même pertinence.

[14] Littérature et communication orale.

2. Suivi et soutien en vue de la reprise du travail
La seconde étape consiste pour le médecin au service d'un organisme d'assurance sociale:

- à faire des recherches cliniques plus approfondies (par exemple test neuropsychologique, spiroergométrie);
- à prendre contact avec le docteur de famille et le spécialiste de l'assuré (à propos de la thérapie, de l'incapacité de travail);
- à prendre contact avec le médecin du travail du patient (par exemple à propos des possibilités et des conditions pour garder son travail).

A ce stade, le médecin de contrôle établit avec le patient un plan et une sorte d'échéancier en vue d'une reprise du travail partielle ou complète. A chaque entrevue avec le patient, le médecin contrôle le plan et, si nécessaire, l'adapte en fonction de la situation.

Les médecins travaillant pour un organisme de sécurité sociale se sont dits satisfaits de ces lignes directrices: elles ont permis de réduire le nombre de conflits et les discussions sur la valeur du diagnostic. Aucun chiffre n'existe pour évaluer l'impact de cette initiative sur la reprise du travail et sur les demandes de prestations d'invalidité. Ces lignes directrices permettent également d'étoffer le dossier des patients.

4.4.3 Evaluation des personnes souffrant de problèmes mentaux (Allemagne)

Les caisses de pension allemandes ont révisé leurs lignes directrices pour l'évaluation de l'invalidité des patients souffrant de troubles mentaux (VDR, 2001). La proportion de personnes souffrant de troubles mentaux a augmenté de manière constante et les mesures médicales et professionnelles de réinsertion (financées par la caisse de pension) avaient besoin d'une révision. Les lignes directrices ont le statut de « recommandations », notamment pour une évaluation socio-médicale fiable de l'invalidité par rapport à deux objectifs: les mesures de réinsertion à prendre et l'accessibilité aux pensions d'invalidité. Par conséquent, l'utilisateur des lignes directrices doit connaître les dernières évolutions de la médecine en matière de réinsertion pour de nombreuses catégories de patients (par exemple les troubles psychosomatiques ou l'alcoolisme et les toxicomanies).

Les lignes directrices spécifient en quoi consistent l'évaluation et l'examen. Elles indiquent également à quels examens neuropsychologiques supplémentaires on peut procéder, si nécessaire (par exemple électroencéphalogrammes, électromyographies, tomodensitométries crâniennes). Elles mentionnent également des points particuliers auxquels il faut être attentifs pour certains troubles mentaux et qui doivent être pris en compte lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles.
Les lignes directrices ne précisent pas à quel moment il faut faire l'évaluation et ne préconisent pas une identification précoce des patients. Le moment de l'évaluation dépend

uniquement du patient qui envoie une demande de réinsertion ou de pension d'invalidité. Cette démarche relève de sa propre initiative ou de celle de la caisse de pension, qui peut encourager le patient à demander un plan de réinsertion ou une pension d'invalidité.

4.4.4 Reconnaissance de l'origine professionnelle de la maladie (international)

Un groupe de travail européen s'est récemment penché sur la question des maladies psychosociales et de leur reconnaissance en tant que maladies professionnelles (Eurogip, 2004). Les treize pays étudiés reconnaissent les séquelles psychologiques ou mentales que peut avoir un incident tel qu'un hold-up; ils peuvent y voir un « accident du travail ». Mais, d'autres maladies ou troubles mentaux liés à des risques psycho-sociaux (dépressions, névroses, troubles obsessionnels compulsifs, etc.) ne sont que rarement reconnus (et donc dédommagés) comme des maladies professionnelles.

Actuellement, six pays seulement reconnaissent l'origine professionnelle de certaines maladies (la Belgique, le Danemark, la France, l'Italie, le Portugal et la Suède). Les maladies d'origine psychosociale n'apparaissent pas sur les listes de maladies professionnelles. C'est à la victime de prouver l'origine professionnelle de sa maladie. Il est par exemple difficile de prouver que le milieu de travail a été la cause décisive ou essentielle d'une dépression. Comme il n'existe pas de définition claire des maladies psychiques d'origine professionnelle, chaque pays définit ses propres critères, à savoir: « sévérité exceptionnelle » et « séquelles permanentes » au Danemark, refus de reconnaître les maladies résultant de relations inter-personnelles en Italie et en Suède. Toujours est-il que les taux d'acceptation de telles demandes sont (très) faibles (Bakkum & Prins, 2004).

Les autres pays étudiés (l'Allemagne, l'Autriche, la Finlande, le Luxembourg, la Suisse, l'Espagne et l'Irlande) ne reconnaissent pas à l'heure actuelle les maladies psychiques comme des maladies du travail. Dans les deux derniers pays cités, seules les maladies figurant sur la liste des maladies professionnelles sont reconnues comme telles. En Allemagne, si l'on se fonde sur les recherches réalisées jusqu'à présent, les maladies « psychosociales » n'entrent pas dans la définition des maladies professionnelles (selon laquelle certaines personnes sont plus exposés que d'autres à des risques particuliers en raison de leur activité professionnelle). En Finlande, un groupe de travail comprenant notamment les partenaires sociaux, des médecins, des scientifiques a conclu à l'unanimité que les troubles mentaux n'avaient pas leur place sur les listes de maladies professionnelles, à moins qu'un rapport de causalité soit établi avec certitude entre les risques de maladie psychique que comporte l'activité professionnelle et le trouble psychique.

En outre, la Commission européenne n'a pas non plus jugé utile à la fin de l'année 2003 d'inclure dans sa liste des maladies professionnelles les symptômes de santé psychique résultant de facteurs psychosociaux.

Il ne faut pas croire pour autant qu'il n'existe pas de demande de reconnaissance des maladies de nature « psychosociale ». Dans les pays où une telle reconnaissance n'est pas prévue, la recherche tend à confirmer cette décision. Dans les autres pays, la recherche a pour objectif de définir plus précisément les limites de la reconnaissance et de l'indemnisation des maladies psychosociales. En Italie par exemple, des instructions vont circuler dans les offices centraux et régionaux des assurances sur la manière d'évaluer les risques et l'état psychologique initial du travailleur, les tests de diagnostic et les visites servant à établir un diagnostic médico-légal.

Cela dit, l'évolution mentionnée de la médecine exposée dans l'étude de l'organisme Eurogip se poursuit. En juin 2004, un projet a débuté en Suède sous la direction du conseil consultatif médical (Labour Market Insurance Company, AFA) dans le but de déterminer quand les troubles de santé psychique avaient un caractère professionnel. L'étude examinera quelles preuves peuvent être apportées pour évaluer les rapports de causalité entre les troubles de santé mentale et les tensions psychologiques au travail. En outre, le groupe d'experts examinera les preuves nécessaires pour évaluer les troubles somatiques et les tensions psychologiques au travail (en se concentrant sur les syndromes douloureux au niveau du cou et des épaules). Ensuite, des cas traités en justice seront examinés en analysant de plus près les évaluations faites et les motifs des décisions des tribunaux[15].

[15] Entretien personnel avec P. Westerholm.

5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Ce chapitre résume les principales conclusions de cette étude. Dans un premier temps, nous présenterons de manière comparative les résultats des analyses quantitatives. Ils permettent d'évaluer la position (tableaux d'évaluation) de chaque pays par rapport au pays affichant les taux les plus faibles. La seconde partie est consacrée à la liste des mesures prises en Europe. Ces mesures et ces politiques ne peuvent cependant pas donner lieu à une analyse par pays, car l'expérience n'a pas encore fourni assez d'enseignements. C'est que dans la plupart des pays, on ne s'intéresse que depuis peu à l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique.

5.1 Tableaux d'évaluation

Taux relativement faibles au Canada et en Suisse
L'analyse comparative des chapitres 2 et 3 montre qu'il y a des différences significatives entre les pays en ce qui concerne le nombre de personnes bénéficiant de prestations d'invalidité. Les Pays-Bas et la Suède affichent « par habitude » les taux de prévalence les plus élevés pour ce qui est des bénéficiaires de prestations d'invalidité, tandis que le Canada et la Suisse possèdent les chiffres les plus bas.

Bénéficiaires de prestations (effectif)	
Elevé	Pays-Bas
Moyen	Allemagne, Belgique, Suède
Faible	Canada, Suisse

Augmentation du nombre de bénéficiaires sur dix ans	
Elevé	Suisse
Moyen	Belgique et Suède
Faible	Allemagne, Canada, Pays-Bas

Un tableau un peu différent apparaît si l'on tient compte des taux de croissance: la Suisse, la Belgique et la Suède sont les pays où l'augmentation du nombre de bénéficiaires du système de prestations est la plus forte. Ces dernières années, le Canada et l'Allemagne ont même vu leur nombre de bénéficiaires diminuer ou se stabiliser.

Les taux en Allemagne sont intéressants d'un point de vue comparatif, car ils nous amènent à nous interroger sur les origines de ce phénomène, étant donné que les conditions de

travail et la situation économique ne sont pas différentes dans les autres pays de l'Union européenne. On peut alors se demander si l'adaptation du système de pensions d'invalidité et les nouveaux critères ont eu un impact sur le nombre de nouveaux bénéficiaires. Mais depuis plus de dix ans, le nombre d'absences maladie n'a jamais été aussi bas en Allemagne.

Entrées et sorties

Lorsque l'on compare le nombre annuel de nouveaux bénéficiaires (pour 1000 personnes assurées), on s'aperçoit que les mêmes pays ont les taux les plus faibles: les taux d'incidence du Canada sont très faibles; ceux de la Suisse et de l'Allemagne sont également peu élevés.

Nouveaux bénéficiaires de prestations (entrées)	
Elevé	Pays-Bas, Suède
Moyen	Belgique, Allemagne et Suisse
Faible	Canada

Fins de prestations (sorties)	
Elevé	Belgique
Moyen	Canada, Pays-Bas et Suisse
Faible	Allemagne

En ce qui concerne les personnes quittant les systèmes de prestations, il n'est pas surprenant de constater que les résultats sont différents: lorsqu'un nombre relativement élevé de personnes accède au système, un nombre relativement élevé doit aussi en sortir. Ce phénomène s'observe aux Pays-Bas, mais aussi dans les pays affichant de faibles taux de prévalence tels que le Canada, la Suisse et la Belgique.

Il se peut que ces pays aient défini des critères ou pris des mesures administratives de surveillance (réexamens, mesures visant à la reprise du travail) qui encouragent à quitter le système de prestations. Cependant, notre analyse des raisons expliquant les départs montre que la plupart des bénéficiaires sortent du système car ils ont atteint l'âge de la retraite. C'est ainsi le principal facteur de sortie en Allemagne, au Canada et en Suisse. Si l'on observe leur santé, il semble que les bénéficiaires de prestations d'invalidité dans ces trois pays sont relativement âgés et en mauvaise santé (cf. taux élevés de mortalité chez les bénéficiaires canadiens et allemands)[16].

[16] Les données n'ont pas permis d'examiner quels autres facteurs de morbidité (par exemple la proportion des personnes souffrant d'infirmités congénitales) ont une influence sur ces différences.

Le peu de passage au système de retraite et les faibles taux de mortalité (en particulier aux Pays-Bas) suggèrent que les bénéficiaires belges et néerlandais sont plus jeunes et qu'il est de ce fait plus facile de les (forcer à se) réinsérer sur le marché du travail. Dans le cas de la Belgique, il faut préciser que les (nombreux) départs en retraite anticipée (permettant de partir en retraite vers les 60 ans) masquent l'importance de l'âge dans ce pays.

Invalidité pour cause de problèmes de santé psychique

Pour ce qui est de l'invalidité pour cause de troubles mentaux, l'objet principal de l'étude, les comparaisons montrent que les différences entre les systèmes ne sont pas exactement les mêmes. En somme, pour toutes les catégories de diagnostics, les taux des Pays-Bas sont (considérablement) plus élevés, en particulier si l'on considère le nombre de personnes dans les premières tranches d'âge qui accèdent annuellement au système de prestations.

Nouveaux bénéficiaires souffrant de problèmes de santé psychique	
Elevé	Suisse
Moyen	Allemagne, Belgique, Pays-Bas et Suède
Faible	Canada

Effectif de bénéficiaires souffrant de problèmes de santé psychique	
Elevé	Pays-Bas, Suède
Moyen	Belgique, Suisse
Faible	Canada, Allemagne

Cela dit, on se préoccupe de plus en plus des troubles mentaux dans les assurances sociales suisses. Si relativement peu de personnes accèdent au système de prestations national, la Suisse possède la plus grande proportion de personnes souffrant de problèmes de santé psychique (4 nouveaux bénéficiaires sur 10).

Enfin, pour les pays prévoyant une compensation en cas d'invalidité partielle, il a été prouvé que les troubles mentaux entraînent le plus souvent une invalidité complète, sans que nous puissions expliquer ce phénomène. Les méthodes d'évaluation ou le manque de lignes directrices pour l'évaluation ne sont pas les seules raisons permettant d'expliquer les taux élevés de prestations d'invalidité complètes. L'usage que fait le médecin chargé de l'évaluation de son pouvoir discrétionnaire en ce qui concerne les assurances peut aussi jouer un rôle.

5.2 Eléments clés

Malgré les limites des données qui ont servi aux comparaisons, nous avons pu constater des différences substantielles entre les systèmes. L'étude a permis de mettre en évidences des éléments clés des différents systèmes, même si certains d'entre eux peuvent être discutés à la lumière des études transnationales récentes.
Nous avons identifié un grand nombre de paramètres qui pourraient expliquer ces différences.
Les différences qui provenaient de sources de variation conceptuelles et statistiques dans les données ont été vérifiées autant que possible.
L'origine des différences observées est à chercher en partie dans les particularités des systèmes de prestations d'invalidité. Dans la plupart des pays prévoyant des *pensions* d'invalidité, les jeunes sont relativement moins nombreux à accéder au système que dans les pays où il n'existe pas de système de pension qui dicte le niveau des prestations. Les critères non médicaux d'accessibilité permettent également d'expliquer certaines différences. Il s'agit par exemple d'une période minimale de cotisation (par exemple 5 ans en Allemagne et 4 ans au Canada). Enfin, la définition de l'invalidité ainsi que l'évaluation et les méthodes de décision peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre.

Un autre type d'explication est à chercher au sein de l'entreprise. La politique du personnel et la politique sociale de l'employeur envers ses employés, les conditions de travail et la gestion des absences maladie peuvent jouer un rôle. Des études transnationales plus anciennes avaient montré que des facteurs tels que la protection du travail (« risque de licenciement ») ou des interventions précoces (par les médecins du travail ou des organismes de sécurité sociale) pendant la période de paiement des prestations maladie pouvaient permettre de réduire le nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité.

Enfin, le contexte médico-culturel semble également jouer un rôle. Par contexte médico-culturel, on entend les normes et les définitions de la maladie et des attitudes des patients, la conception que l'on a de la santé, ainsi que la qualité des soins de santé (les temps d'attente, les idées que l'on se fait des maladies psychiatriques). Ce contexte joue un rôle pour le patient/la personne assurée, mais aussi pour le médecin traitant et pour le médecin du travail[17].

[17] Par exemple, Verhaak et al. (2004) ont fait remarquer que les médecins de famille en Suisse avaient davantage tendance à identifier les symptômes de santé physique des patients comme des problèmes mentaux que leurs confrères pratiquant dans d'autres pays.

5.3 Interventions concernant l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique

Certains aspects qui peuvent expliquer les différences transnationales font à présent l'objet d'actions préventives ou d'un traitement particulier. Notre répertoire d'initiatives et de mesures visant à traiter l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique a montré que des démarches destinées à prévenir l'invalidité pour cause de problèmes de santé psychique sont entreprises dans deux domaines principalement: tout d'abord l'entreprise et ensuite la sécurité sociale.

Mettre l'accent sur le lieu de travail et sur l'entreprise
Il existe plusieurs raisons qui expliquent pourquoi il faut mettre l'accent sur le lieu de travail et l'entreprise. Tout d'abord, le travail peut être en partie à l'origine des problèmes de santé psychique: les conditions de travail comme une mauvaise gestion ou un soutien social insuffisant peuvent causer des problèmes de santé psychique, des épisodes dépressifs, etc. Ces problèmes provoquent des absences maladie qui peuvent coûter très cher. Mais il appartient également à l'entreprise de créer des conditions favorables à la mise en œuvre d'actions de prévention: si l'entreprise met à disposition une structure garantissant la santé et la sécurité au travail, il est plus facile de prendre des dispositions pour promouvoir la santé psychique.

Il n'est donc pas surprenant que la majorité des stratégies, des politiques, des projets pilotes et des études prennent en compte et préconisent des mesures qui s'insèrent dans le cadre professionnel. Dans certains pays (par exemple les Pays-Bas), des mesures de ce type peuvent être prises au moyen de conventions collectives qui concernent spécialement la prévention et les interventions visant à combattre les absences maladies causées par des problèmes psychosociaux.

Des organisations nationales et internationales favorisent de telles mesures axées sur l'entreprise par des actions de soutien. Elles peuvent en effet fournir toutes sortes d'instruments pour traiter un grand nombre de problèmes tels que le stress professionnel, les dépressions, l'agressivité, l'intimidation.

Il est important de préciser que la plupart des mesures exposées n'ont pas été évaluées (à l'heure actuelle), ou l'évaluation n'a porté que sur leur mise en œuvre. D'un autre côté, certains pensent qu'il faut promouvoir les « bonnes pratiques » sans attendre une évaluation par des scientifiques puisque leur mise en œuvre montrera si elles sont efficaces.

Les problèmes de santé psychiques et les assurances sociales

Une deuxième catégorie de mesures relève du domaine des assurances sociales.

Dans plusieurs pays, des instruments comparables ont été créés pour répondre aux problèmes des absences maladie et de l'invalidité pour cause de troubles mentaux. Il existe dans ce cadre deux approches possibles: la prévention servant au dépistage des problèmes avant qu'une demande de prestations ne soit faite et la « prévention secondaire », si la personne est déjà bénéficiaire (à court terme) d'une prestation.

En outre, le processus d'évaluation de l'invalidité et la qualité de l'évaluation font l'objet d'une révision dans plusieurs pays. Ces questions posent d'ailleurs problème dans de nombreux pays. Une conférence sur l'évaluation de l'invalidité des patients souffrant de symptômes psychosomatiques a montré que les employés des administrations avaient du mal à appliquer le système de prestations d'invalidité ou de maladie pour cette catégorie de clients dans tous les pays considérés (13 pays). L'évaluation de l'invalidité et des besoins en matière de réinsertion se révèle problématique dans de nombreux pays européens (Prins et al, 2000).

Le « marché international » des interventions

Malgré les limites que comportaient les sources de la présente étude, nous pouvons conclure que cet inventaire des instruments a permis de présenter toute une série d'approches différentes. Il est de plus en plus facile d'obtenir des informations sur la gestion de l'invalidité et sur les démarches entreprises dans le cadre professionnel. Des groupes de travail internationaux, des plateformes d'échange ainsi que la technologie informatique sont autant de moyens qui facilitent l'introduction de politiques visant à prévenir et traiter les problèmes de santé psychique dans la population en âge de travailler.

BIBLIOGRAPHIE

Absence because of psychological problems? The steps to a healthy solution, (septembre 2004, disponible sur le site: www.ifdm.nl).

Agency Issue 104 – *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 25/11/2002.

Allen, P., *Mental health absenteeism threatens to break disability bank, in: Canadian HR Reporter*, March 22, 2004.

Arboconvenanten : Safety and Health Covenants Index, http://www.arboconvenantenhetbeterewerk.nl

Aust, B. *Health circles, a participative approach to improve health related working conditions- Germany*, In: Agency, op. cit. 2002.

Bakkum, J.P.A. & R. Prins, *Beroepsziektelijsten: een onmisbaar instrument in omringende landen*, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 12, nr. 1 p. 12-15, 2004.

Berkels, H., J. Henderson, N. Henke, K. Kuhn, J. Lavikainen, V. Lehtinen, A. Ozamiz, P. Van den Heede, K. Zenzinger, *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress Related Disorders in Europe (2001-2003)*, BAUA, Bremerhaven, 2004.

Birket-Smith, M., *Psycho-somatic disorders and disability pensions in Denmark, in: Assessment of disability due to psycho-somatic complaints, proceedings of an international conference*, AS*tri*, Leiden, 2000.

Department for Work and Pensions, *Pathways to work, helping people into employment, summary*, London, 2003.

Eurogip, *Work related mental disorders, what recognition in Europe?*, Paris, 2004.

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *Preventing psychosocial risks at Work: European perspectives*, Forum, 9, 2002.

Gould, R. & S. Laitinen-Kuikka, *Current Trends in Disability Pensions in Europe, proceedings from a seminar*, Finnish Centre for Pensions, Helsinlki, 2003.

Heuvel. F. van den, R. van Amstel, K. Jettinghoff, J.F. Ybema, S. van den Bossche, *Evaluatie van de Leidraad 'Aanpak verzuim om psychische redenen' in de Thuiszorg en GGD*, TNO-rapport, Hoofddorp, 2004.

Irle, H., S. Amberger und P. Nisschan, *Entwicklungen in der psychotherapeutisch/ psychosomatischen Rehabilitation, Die Angestelltenversicherung*, 7/2001, p. 1–7.

Prins, R., *Disability due to mental disorders: a cross-national exploration*; In: T.J. Veerman e.a., Psychische arbeidsongeschiktheid, een overzicht van actuele feiten en cijfers, Leiden/Utrecht, AStri/Trimbos instituut, 2000.

Prins, R., A. van der Giezen & I. Hento, *Assessment of disability due to psychosomatic complaints; proceedings of an international invitational conference*, AS*tri*, Leiden, 2000.

Prins, R & M. van Kolck, *Early detection of disability due to mental disorders; an exploration of instruments and experiences in West European countries*, AStri/BSV, Leiden/Bern, 2003.

Prinz, C., *European Disability Pension Policies. 11 country trends 1970-2002.* Ashgate: European Centre Vienna, 2003.

Rebergen, D. & J. Hoenen, *Burnout in de praktijk*, Vakgroep Psychologie van de Arbeid, Gezondheid en Organisatie, Rijksuniversiteit Utrecht , 2003

Swissinfo, *Mental illness sends disability claims rocketing*, August, 4, 2003 (www.swissinfo.org).

The Social Insurance Institution, *The prevention of problems related to dis-allowed disability pensions*, Social security and health research working paper, 21/2002, Helsinki, 2002.

Thomas, T, J. Secker & B.Grove, *Job retention and mental health; a review of the literature*. Department of Work and Pensions, London, 2002.

Thomas, T, J. Secker & B. Grove, *'Getting back before Christmas; Avon and Wiltshire Mental Health Partnership Trust, Job Retention Pilot Evaluation*, Department of Work and Pensions, London, 2003.

Transforming disability into ability: policies to promote work and income security for disabled people, OCDE, Paris, 2003.

VDR, *Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen, Hinweise zur Begutachtung*, Frankfurt 2001.

Vanden Wijngaert, M. et al, *Het verzekeringsgeneeskundige beleid bij CVS-patienten (´Social insurance medical policy towards patient with CFS´)*, TBV, 8, nr. 2, 54-58, 2002.

Verhaak, P.F.M., A. van den Brink-Muinen, J. Bensing, L. Gask, *Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries*, European Journal of Public Health, 2004, p. 134-140.

Waddell, G. et al, *Screening to identify people at risk of long term incapacity to work: a conceptual and scientific review*, Royal Society of Medicine Press, London, 2003.