



Les demandes d'invalidité

Analyse des principales causes

Un des rôles du Contrôle Médical consiste à objectiver et évaluer l'incapacité physique (ou mentale) que présente un sujet au moment où il introduit sa demande, pour savoir si son invalidité dépasse les 66,6%. L'analyse des principales causes d'introduction de ces demandes, pourrait donc constituer théoriquement un moyen facile pour établir la morbidité de la population des travailleurs qui ont demandé une rente d'invalidité.

Toutefois, dans le rapport établi par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, et publié dans le Rapport gén. de la Sécurité Sociale 1983, p.81, on ne parle que de la cause principale de la demande. Or il est bien connu que la plupart des demandes contiennent plusieurs causes qui sont évoquées pour atteindre les 66,6%.

Un malade souffrant d'une arthrose lombaire aussi bien une artérite diabétique ou une cécité visuelle qui justifient à elles un pourcentage, sans atteindre à elles seules

Une deuxième remarque concerne l'évaluation du déficit physique. Chaque médecin sait qu'établir un inventaire des déficiences qu'accuse un sujet, n'est pas toujours chose facile et dépend souvent du but que l'individu poursuit. L'attribution d'avantages, quels qu'ils soient, entraîne toujours, partout et dans tous les milieux des abus. Nier ce fait relèverait d'une naïveté coupable. C'est ainsi que pour tout avantage économique (p.ex. obtention d'une rente ou d'une carte de priorité) le sujet a tendance à aggraver ses plaintes, alors que pour obtenir un poste de travail ou un permis de conduire le même sujet aura tendance à minimiser voire à nier ses troubles.

Ces considérations préliminaires pour justifier les réserves qui sont à formuler concernant le contenu et la portée du tableau en question. Si l'on analyse la liste des causes principales d'invalidité des ouvriers, plusieurs remarques sont à faire:

1) La raison principale des demandes pour l'obtention de la rente d'invalidité a été aussi bien pour les hommes (14,8%) que pour les femmes (22,4%) les maladies ostéo-articulaires dégénératives (arthroses, discopathies). Malheureusement les auteurs du tableau des causes n'ont pas fait de distinction entre les discopathies et les arthroses de l'appareil locomoteur. En effet, il aurait été intéressant de connaître la part des demandes pour discopathies dans un double but: et pour intensifier les cours de manutention qui ont été donnés dans certaines entreprises et pour savoir si une plus grande prévention devra être faite par les médecins du travail dans ce domaine.

Il n'est pas étonnant de retrouver les maladies dégénératives à la tête de liste, d'une part parce que ce sont les mêmes maladies que le médecin généraliste rencontre le plus fréquemment pendant ses consultations; d'autre part, parce que les lésions

dégénératives sont très souvent difficiles à objectiver, à tel point que l'on arrive à croire qu'elles représentent ce que d'aucuns ont appelé des maladies "alibi". Il est en effet bien connu que des lésions arthrosiques importantes sur les clichés radiologiques peuvent ne pas donner des signes cliniques et vice-versa.

Le médecin devra donc se fier uniquement aux plaintes subjectives du malade pour établir la demande d'invalidité. Cette prépondérance des maladies dégénératives implique également une réflexion sur leur traitement, car malgré les efforts énormes de l'industrie pharmaceutique une amélioration des symptômes n'a pas pu être obtenue dans ce domaine.

Enfin concernant les lésions ostéo-articulaires dégénératives, il est bien connu que tout effort de prévention est vain.

2) Le groupe suivant de maladies sur l'échelle de fréquence sont les insuffisances respiratoires (emphysème, asthme, bronchite chronique) chez l'homme (9,1%) et chez la femme les affectations mentales (9,8%).

Chez l'homme l'insuffisance respiratoire est sans doute la traduction d'un abus tabagique; toutefois il ne serait pas déraisonnable de croire que derrière les insuffisances respiratoires se cachent des maladies professionnelles (silicose, anthracose ou toute autre pneumoconiose). Une distinction plus rigoureuse des insuffisances respiratoires, selon des critères d'épreuves fonctionnelles aurait été préférable. Par ailleurs il apparaît de cette liste que l'homme a 2,5 fois plus de chances que la femme (3,4%) d'être atteint d'une insuffisance respiratoire.





En ce qui concerne les affectations mentales qui sont trois fois plus nombreuses chez la femme que chez l'homme, une spécification aurait apporté plus de clarté.

On est tenté de croire que les dépressions ménopausiques sont une des raisons principales des affectations mentales des femmes. D'autre part le travail de la femme étant en général plus monotone que celui de l'homme, tout permet de croire qu'il y a là une autre raison.

Enfin l'alcoolisme des femmes étant plus caché que celui des hommes, une partie des affectations mentales incriminées chez la femme peuvent être imputées à l'éthylisme.

3) Le tableau du Contrôle Médical montre clairement que l'homme est beaucoup plus sujet à avoir des accidents de travail que la femme (6 fois plus) ce qui est connu depuis longtemps. Il est vrai que les femmes occupent en général moins de postes à risques que les hommes, mais on ne peut nier que la femme est en général beaucoup plus attentive et prend plus de précautions que l'homme. Ceci se reflète aussi dans le taux de fréquence des accidents de circulation où l'homme est 3 fois plus sujet à être victime.

4) Dans le domaine des maladies cardiovasculaires plusieurs considérations intéressantes découlent du tableau de la Sécurité Sociale.

a - L'hypertension artérielle est deux fois plus importante chez la femme que chez l'homme. Cette constatation s'affirme également dans les statistiques de décès de 1983 où à partir de l'âge de 60 ans le même rapport 1:2 est retrouvé. La raison de cette prépondérance chez les femmes reste inconnue.

b - L'infarctus du myocarde (ou ses suites) a été à l'origine de 2,7 % des demandes de rente chez

l'homme, alors que cette raison n'est pas du tout invoquée chez les femmes. Les statistiques de décès montrent que pour la tranche d'âge de 50-54, l'infarctus du myocarde a été à l'origine du décès de 14,8% d'hommes alors que pour la même tranche d'âge il n'y a eu que 2,0% de femmes décédées par infarctus. Pour la tranche d'âge de 55-59 ans la fréquence du décès par infarctus est de 13% pour l'homme et de 4,5% pour la femme. Dans le tableau du Contrôle Médical la fréquence des maladies coronariennes est sensiblement la même pour les deux sexes.

Si l'on considère l'infarctus comme une suite de la maladie coronarienne, tout porte à croire que la gravité des affectations coronariennes est moins prononcée pour les femmes de 50-60 ans que pour les hommes de la même tranche d'âge. En effet, il faut attendre l'âge de 70 ans pour retrouver à peu près le même pourcentage chez l'homme que chez la femme.

5) La comparaison des taux de fréquence des néoplasies chez les deux sexes permet de tirer les conclusions suivantes: (d'après la liste du Contrôle Médical)

a - Les femmes présentent plus d'affections malignes (5,0%) que les hommes (3,6%) dans les demandes pour l'obtention de la rente d'invalidité.

b - La néoplasie la plus fréquente est le cancer du sein de la femme (3,1%) qui devance de beaucoup l'affection maligne prédominante de l'homme (qui est le cancer de l'appareil digestif, 1,0%). Comparé aux statistiques de décès de 1983 le cancer du sein comme cause de décès est encore plus fréquent que dans les indications de la Sécurité Sociale: 14,2% des décès de 50-54 ans, 4,4% des décès de 55-59 ans et 11,6% des décès de 60-64 ans. Cependant la cause de décès par des néoplasies du tube digestif est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, du moins en ce qui concerne les statistiques de 83: Pour la tranche d'âge de 50-54, 5,6% des hommes sont morts d'un cancer de l'appareil digestif alors qu'il y avait 10,2% de femmes qui sont décédées pour la même raison; pour la tranche d'âge de 55-59 ans 3,9% d'hommes contre 3,0% de femmes et pour la tranche d'âge de 60-64 ans 11,6% de femmes contre 6,9% d'hommes sont décédés d'un cancer du tube digestif.

c - Les cancers du poumon sont réservés au sexe masculin, ce qui est confirmé par les statistiques de décès.

d - Les autres formes de néoplasies ne jouent qu'un rôle secondaire dans la hiérarchie des causes de demande d'invalidité: cancer de la prostate 0,6%, cancer du col utérin 0,3%, cancer du système nerveux (0,3% chez l'homme, 0,5% chez la femme) etc. ...

6) En ce qui concerne les affections du système nerveux la répartition des maladies est mal faite. En effet, les auteurs n'ont pas clairement exprimé ce qu'ils entendent par affections neurologiques (système nerveux périphérique ou central?). Apparemment les lésions du nerf sciatique par discopathie lombaire se retrouvent dans la catégorie des arthroses et discopathies. En dehors des maladies neurologiques p.d. on retrouve la sclérose en plaques, l'épilepsie et la sclérose cérébrale. Cette classification ne permet donc pas de tirer beaucoup de conclusions, sauf que la sclérose en plaques est nettement prédominante chez la

femme (15 fois plus de sclérose en plaque chez la femme).

7) Les demandes d'invalidité pour des raisons d'intoxication professionnelle sont rares (0,6%) et ne concernent pratiquement que les hommes. Malheureusement il n'existe aucune rubrique des autres maladies professionnelles, ce qui permet de croire qu'aucune demande d'invalidité n'a été formulée en 1983 pour une affection professionnelle. Or d'après les informations de l'Assurance-Accidents 5 cas de silicose, 2 cas d'hépatite, 1 cas d'asthme bronchique, 1 cas de dermatose et 1 cas de tendinite ont été reconnus, parmi lesquels il y a certainement eu une demande d'invalidité!

8) Le fait que l'éthylisme et ses suites représentent 5,3% des demandes masculines (0,5% chez les femmes) il semble que le taux de fréquence des buveurs excessifs se situe à 6% environ ce qui serait assez bas en comparaison avec le taux luxembourgeois de consommation totale de litre d'alcool pur par habitant, qui est le plus élevé du monde (en 1982: 17,51%) (Ce taux élevé s'explique en partie par la vente des boissons alcooliques à bas prix aux frontaliers du Luxembourg).

Sachant que les 6% d'alcooliques dépistés lors de l'examen du Contrôle Médical ne représentent qu'un cinquième du taux réel, on est porté à croire que le taux de fréquence de l'alcoolisme chez les travailleurs ayant dépassé en moyenne l'âge de 50 ans se situe à environ 30%, ce qui correspond aux chiffres avancés dans des études étrangères (Le GO, France, KELLER, U.S.A.). Ce taux de fréquence de l'alcoolisme s'explique d'une part par les habitudes de consommation alcooliques (le Luxembourg étant un pays où l'on tolère aussi bien la consommation alcoolique normale que les excès alcooliques), d'autre part par l'absence de campagnes de prévention dans les entreprises.

9) Les accidents de travail qui se rangent chez l'homme (4,9%) directement derrière l'éthylisme sont souvent une conséquence de ce dernier. Il est bien connu que le taux d'accidents dans une entreprise reflète indirectement le degré d'intoxication alcoolique des travailleurs. Toutefois il n'est pas possible d'extrapoler le taux de fréquence des accidents du travail rencontré lors des demandes d'invalidité sur toute la population des travailleurs. Des statistiques plus précises de



l'Inspection du Travail et des Assurances Accidents ont été établies à ce sujet.

10) Enfin une dernière remarque d'ordre général à faire au sujet du tableau élaboré par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale serait d'utiliser dorénavant une codification internationale (soit OMS, soit NACE) des maladies. Ceci faciliterait des travaux de statistiques et permettrait des comparaisons avec des études étrangères semblables. Néanmoins on peut constater que dans 5 pays de la CEE (France, Belgique, Allemagne, Danemark et Hollande) les maladies dégénératives de l'appareil locomoteur se rangent aux premières places de la classification par causes des maladies ayant déterminé une demande d'invalidité. Il en est de même des insuffisances respiratoires qui sont mêmes prédominantes dans certains pays. Pour les autres maladies leur place dans la classification des causes est variable d'un pays à l'autre, de sorte qu'il paraît difficile d'établir des comparaisons.

En conclusion, on peut dire que ce tableau des causes principales des maladies pour lesquelles une demande d'invalidité a été introduite, présente, malgré quelques défauts "cosmétiques", un aperçu général sur la prévalence des maladies susceptibles d'entraîner une invalidité pendant l'année 1983. Le taux de fréquence plus élevé pour certaines maladies implique des mesures de prévention à prendre, et sur le plan national et sur le terrain du travail. Une comparaison des taux de morbidité des personnes ayant introduit une demande d'invalidité et des personnes absentes du travail pour des raisons médicales est difficile à faire, vu que pour la deuxième catégorie il n'existe aucune donnée statistique.

Enfin il aurait été intéressant de savoir, combien de demandes de rente ont été effectivement retenues. Cela aurait permis non seulement d'avoir des données objectives, mais plus encore d'avoir une idée des efforts que les médecins du Contrôle Médical doivent produire pour objectiver ces demandes, tâche sans doute pas facile et souvent très ingrate.

Dr Nicolas RUME



in PF 11/81