



**DIRECTION DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES
COMITE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**

POINT 4 DE L'ORDRE DU JOUR: Exposé oral du Directeur

Examen thématique de l'OCDE sur la réforme des politiques liées à l'invalidité

OCDE, Paris, les 9 et 10 mai 2005

Le document ci-joint, préparé par M. Christopher Prinz, est distribué aux délégués pour information (e-mail: christopher.prinz@oecd.org).

JT00183173

Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine
Complete document available on OLIS in its original format

« FAIRE TOMBER LES OBSTACLES »

Examen thématique de l'OCDE sur la réforme des politiques liées à l'invalidité

Cadre de référence

Objectifs de ce type d'examen

1. Ce projet vise à prolonger l'étude qui a été publiée, début 2003, par l'OCDE, sous le titre *Transformer le handicap en capacité*. Il s'agira d'examiner de façon plus approfondie les politiques mises en œuvre par les pays pour gérer et réduire les flux d'entrée dans les régimes d'indemnisation de la maladie et de l'invalidité, et pour accompagner les efforts des bénéficiaires qui souhaitent réintégrer le marché du travail. L'objectif est de parvenir à une meilleure compréhension des mécanismes et des dispositifs qui conduisent une personne qui a un problème de santé ou une incapacité à se retirer, temporairement ou définitivement, du marché du travail.

2. Avec les examens par pays, on cherchera à montrer pourquoi les problèmes médicaux causent apparemment de plus en plus de problèmes sur le marché du travail (les taux d'emploi des personnes faisant état d'une dégradation de leurs capacités sont faibles, peut-être en partie parce que les prestations d'invalidité sont de plus en plus fréquemment utilisées comme voie de sortie du marché du travail) et dans le champ des politiques sociales (une fraction de plus en plus nombreuse de la population tire l'essentiel de ses ressources des prestations d'invalidité, de maladie ou d'autres prestations en espèces liées à son état de santé). Le projet consistera à examiner les principaux déterminants – médicaux, professionnels et structurels – des importants flux d'accès aux prestations d'invalidité et cherchera à identifier les mesures de nature à permettre d'améliorer la situation.

Les éléments clés de ce type d'examen

3. On cherchera essentiellement à comprendre *pourquoi* tant de personnes malades finissent par percevoir une pension d'invalidité et quelles sont les mesures les plus *efficaces* pour réduire les flux d'accès aux prestations (gestion des flux d'entrée) et augmenter les flux de réinsertion dans l'emploi (gestion des flux de sortie). L'analyse ne traitera pas seulement des pensions d'invalidité mais aussi des prestations de maladie, de courte durée et de longue durée, des prestations « transitoires » servies, par exemple, durant une rééducation, ainsi que des prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Seront aussi examinées d'autres prestations destinées non pas à remplacer un revenu d'activité mais à compenser des dépenses supplémentaires liées à l'invalidité, ainsi que les aides accordées par le biais du système fiscal sous la forme de réductions d'impôt ou de crédits d'impôt (récupérables).

4. On a assisté à une augmentation régulière des *pathologies* que l'on peut qualifier d'invalidantes. De même, le *nombre des bénéficiaires* de pensions d'invalidité et/ou d'indemnités de maladie de longue durée est en augmentation. Or, avec le vieillissement de la population, on peut s'attendre que cette tendance perdure, car de plus en plus de travailleurs relèveront des catégories d'âge à haut risque, dans les années à venir. L'absentéisme pour raison de maladie est en règle générale deux fois plus élevé chez les

travailleurs âgés que chez les travailleurs dans la force de l'âge, et l'invalidité est 2.5 fois plus fréquente chez les travailleurs de plus de 50 ans que chez les travailleurs de moins de 50 ans. La plupart des pays de l'OCDE ont engagé des réformes de leur système de pension de vieillesse, s'efforçant notamment de fermer l'accès aux préretraites, dans le but d'augmenter l'âge effectif des départs à la retraite. Prévenir l'invalidité chez les travailleurs âgés et maintenir en activité les travailleurs malades ou handicapés sera essentiel pour la réussite de ces réformes.

5. Mais l'invalidité ne concerne pas seulement les groupes âgés. Le nombre des bénéficiaires d'une pension d'invalidité est en augmentation depuis au moins deux décennies à *tous les âges*, et cela malgré l'amélioration continue de l'état de santé de la population d'âge actif. L'augmentation du nombre des bénéficiaires est particulièrement nette du côté des *systèmes non contributifs* qui existent, dans de nombreux pays, en plus d'un système de type assurantiel. La plupart des pays enregistrent actuellement une augmentation particulièrement rapide du nombre des cas d'invalidité liés à de *nouvelles maladies mentales et psychologiques*, que l'on impute souvent au stress et aux conditions de travail. Cette augmentation du nombre des cas s'explique en partie par une plus grande attention portée au problème et par de nouvelles techniques de diagnostic permettant de les repérer. C'est aussi, en partie, la conséquence de conditions de travail plus complexes et plus contraignantes, ce qui témoigne, de façon générale, des conséquences sur le plan de la santé de l'intensification des exigences du travail. Les cas de maladie mentale comme la dépression, en augmentation, posent un problème particulièrement difficile d'évaluation, de réadaptation et de réinsertion dans l'emploi car ces pathologies sont *susceptibles d'évoluer* et, souvent, les services sociaux ne sont pas bien formés ni bien équipés pour aider les clients souffrant d'une maladie mentale à continuer d'occuper un emploi qui soit adapté à leurs capacités. Au total, les dispositifs actuellement en place semblent insuffisants pour traiter le problème des personnes handicapées et éviter qu'un état de santé invalidant ne débouche sur une dépendance à long terme à l'égard des prestations.

6. C'est par le biais des *prestations de maladie* que les travailleurs s'engagent dans la voie de l'invalidité. La gestion de la maladie, les évaluations médicales et fonctionnelles et les procédures de suivi, ainsi que le calendrier et la qualité des interventions médicales et non médicales – avec, par exemple, l'élaboration d'un plan de réinsertion ; l'application de mesures d'activation, totale ou partielle, précoces ; et la mise en œuvre d'une réadaptation médicale et non médicale – conditionnent largement les chances de retour à l'emploi des travailleurs. Dans le cadre des examens, on s'intéressera au cas des travailleurs qui ont un emploi mais chez qui une maladie (de longue durée) se déclare. On examinera le rôle que jouent et le degré de latitude dont jouissent les différents *intervenants* – médecins, employeurs et organismes d'assurance sociale – au commencement de la maladie et, à terme, au moment du passage en invalidité. A ce titre, on observera les mesures que les *employeurs* prennent pour gérer les congés de maladie dans leur effectif et le soutien qu'ils peuvent recevoir, à cette occasion, de la part des pouvoirs publics. Certains pays imposent aux employeurs un *quota* de personnes handicapées dans leur effectif – quelle influence cela a-t-il sur la façon dont les travailleurs sont traités lorsqu'ils deviennent malades ; quelle incidence cela a-t-il sur le taux d'emploi des personnes handicapées de façon générale ; et en quoi l'effet est-il différent de celui d'une *loi interdisant la discrimination* ? On examinera aussi le rôle joué par les compagnies d'assurance auprès des entreprises pour ce qui est de les aider à repérer les problèmes ou leur fournir des avis sur la façon de gérer les cas de maladie.

7. On s'attachera, en particulier, à mettre en évidence les différences qu'il peut y avoir dans les procédures selon que l'on a affaire à un cas général de maladie ou à un cas d'*accident du travail* ou de *maladie professionnelle*. Les régimes d'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles qui, en règle générale, pratiquent une tarification sur la base des *risques spécifiques à la branche* et aussi, parfois, de l'*historique des sinistres* effectivement enregistrés chez l'employeur, semblent être souvent un meilleur outil pour gérer les cas de maladie et d'invalidité que les régimes généraux. Le retrait total du marché du travail après un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît moins fréquent et, à

l'inverse, la restauration ou la préservation de la capacité de travail de la personne semble plus fréquente. On cherchera à comprendre pourquoi il en est ainsi et quels enseignements on peut en tirer pour les dispositifs visant l'invalidité de façon plus générale.

8. On suivra, étape par étape, le processus qui, peut-être, fera qu'un travailleur, un chômeur ou un inactif finira par bénéficier d'une pension d'invalidité. Savoir par quel cheminement on en vient à *reconnaître* l'invalidité, aussi bien du point de vue médical que du point de vue professionnel, est un aspect déterminant du processus. Les lignes directrices et critères de l'invalidité, et la façon de les appliquer, sont très variables d'un pays de l'OCDE à l'autre. On examinera les critères qui sont appliqués pour *évaluer* l'invalidité, depuis un congé pour raison de maladie jusqu'à la réintégration dans l'emploi ou la dépendance de longue durée avec une pension d'invalidité, totale ou partielle, ainsi que les *transitions* qui s'opèrent entre un système de prestations et un autre. On examinera aussi les procédures mises en œuvre pour s'assurer de la qualité de ces évaluations, pour donner un feedback aux experts et aux médecins, et pour former et motiver, notamment par des incitations financières, les experts, en particulier les généralistes. Les efforts de *réadaptation*, sur le plan médical et non médical, et leur séquençement sont un autre aspect important du processus.

9. On examinera aussi les mesures destinées à aider les personnes qui ont un problème médical, en particulier celles qui perçoivent des prestations d'invalidité, à se réinsérer sur le marché du travail. Dans les pays où l'accès au régime de l'invalidité est comparativement ouvert et libéral, la gestion des *flux de sortie* est au cœur de la stratégie en matière d'invalidité. Comment les gens sont-ils aidés tout au long du processus ; bénéficient-ils d'un soutien spécial ou cherche-t-on plutôt à uniformiser l'ensemble des services offerts ? Quelles sont les mesures les plus efficaces et pour qui ? Quelles sont, à cet égard, les *obligations* des personnes qui constituent le stock des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ? On s'intéressera, aussi, au rôle que jouent les services de l'emploi, publics et privés lorsqu'ils existent, qui oeuvrent pour préparer les personnes handicapées à occuper un emploi et s'efforcent de leur trouver des emplois qui leur conviennent.

10. L'étude de l'OCDE *Transformer le handicap en capacité* a montré que la *structure*, les *critères d'attribution* et la *générosité* des différents dispositifs, maladie et invalidité, influent sur l'effectif des bénéficiaires. On examinera et comparera les divers dispositifs pertinents dans le domaine de la maladie et de l'invalidité. On s'attachera, en particulier, à analyser l'impact qu'ont les différents dispositifs, selon leur nature et leurs modalités – prestations *partielles ou intégrales*, prestations servies sur une courte période ou à long terme, prestations accordées sans tenir compte du statut au regard de l'emploi, aides liées à l'exercice d'un emploi et prestations d'invalidité non contributives. Parfois, l'admissibilité à un certain type de prestation ouvre droit à d'autres prestations, d'où un renforcement de la dépendance à l'égard des prestations. Il est important, aussi, de savoir qui a la responsabilité de la prestation : cela fait-il une différence que la prestation soit servie par une assurance sociale, par une assurance privée ou par l'employeur (qui d'ailleurs, souvent, souscrita une assurance pour ce type de risque auprès d'une compagnie d'assurance privée) ?

11. Outre l'éventail de l'offre et le niveau des prestations, le *mode d'administration* du régime influe fortement sur l'effectif des bénéficiaires. Le *nombre de dossiers* traités par chaque expert peut avoir une incidence sur le temps passé à relever d'un régime d'invalidité. De longs délais de traitement des dossiers peuvent signifier qu'on perdra un temps précieux qui aurait pu être consacré à apporter au client les services, médicaux et professionnels, adaptés qui lui auraient permis de cesser de relever d'un régime de prestations et de travailler à nouveau. De plus en plus souvent, les prestations sont accordées à *titre temporaire*. La façon dont on s'assure de la persistance du bien-fondé des droits, la fréquence avec laquelle on fait ces vérifications et la façon dont on traite ceux qui perdent leurs droits influent sur la situation. Très souvent, ceux qui n'ont pas obtenu satisfaction ou dont les droits ont été interrompus *soumettent, de nouveau*, une demande de pension d'invalidité, plus tard, souvent sans avoir travaillé entre-temps et sans

que rien n'ait changé dans leur situation médicale. On sait trop peu de choses sur ce type de situation et on ne fait pas suffisamment d'efforts pour éviter que, finalement, ces personnes ne soient nombreuses à relever de l'invalidité. On examinera donc les questions de délai dans l'examen des dossiers, les rejets et les recours, le pourcentage de dossiers de bénéficiaires réexaminés chaque année et la fréquence des interruptions de prestations selon les programmes.

Procédure d'examen et choix des pays

12. Nous examinerons *trois pays* chaque fois, l'objectif étant d'établir un rapport comparatif par an et de diffuser les résultats des examens dans le cadre de *séminaires nationaux* organisés dans les trois pays examinés. Les travaux seront réalisés sous l'égide du Comité ELSA qui, à un moment ou à un autre, examinera un rapport intérimaire et un rapport final de synthèse (mais pas les rapports comparatifs annuels).

13. Nous souhaitons nous focaliser sur les pays qui mènent des politiques particulièrement intéressantes pour gérer les flux d'entrée dans l'invalidité et promouvoir les flux de sortie des dispositifs d'indemnisation de l'invalidité. Nous nous proposons de *confronter* différentes options – par exemple, pension d'invalidité totale ou partielle, réadaptation obligatoire ou volontaire, ou modèle d'assurance privée ou publique – et de comparer les résultats entre pays ayant adopté des approches *similaires*. La comparabilité des expériences nationales sera garantie dans la mesure où l'analyse portera d'abord sur la phase d'entrée dans la maladie puis sur l'invalidité. Tous les pays sont confrontés à des situations analogues sur le plan médical et à des évolutions comparables sur le marché du travail, et tous doivent définir des procédures fiables d'évaluation de la maladie et de l'incapacité, même si les systèmes d'indemnisation peuvent être très différents d'un pays à l'autre.

14. Les rapports comparatifs comporteront quatre chapitres qui mettront plus ou moins l'accent sur telle ou telle question selon les enjeux clés dans le pays considéré :

- Chapitre 1 : Etat de la situation
 - On fera un état de la situation au regard, en termes de niveau et de tendances, de l'emploi, du chômage et du non-emploi chez les personnes handicapées, et de leur absentéisme pour raison de maladie, ainsi que de la proportion de bénéficiaires de prestations de maladie ou d'invalidité par groupes sur le marché du travail (groupes définis en fonction de l'âge, du sexe, du niveau de formation, du secteur économique).
- Chapitre 2 : Gestion des flux d'entrée dans l'invalidité
 - Il s'agira d'examiner le processus qui s'enclenche après qu'une maladie s'est déclarée – rôle des différents intervenants ; voies d'accès à une pension d'invalidité (pour les travailleurs, pour les chômeurs et pour les inactifs) ; moyens de limiter les flux d'entrée (obligations s'imposant aux salariés et aux employeurs, efforts de réadaptation, soutien apporté par l'employeur) et d'éviter les abus (expertises médicales et fonctionnelles).
- Chapitre 3 : Gestion des flux de sortie
 - Seront examinés à ce titre les mesures de contrôle visant le stock des bénéficiaires et l'aide apportée à ceux qui souhaitent se réinsérer sur le marché du travail (politiques actives du marché du travail, etc.) ; les dispositions générales de la politique de l'emploi (quota, interdiction de toute discrimination) ; les mécanismes incitatifs et désincitatifs vis-à-vis de l'activité liés aux systèmes

d'indemnisation et d'activation ; les enseignements que l'on peut tirer des dispositifs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

- Chapitre 4 : Conclusions à l'intention des gouvernements

15. Nous nous efforcerons d'actualiser les données qui ont commencé d'être rassemblées en 2000 pour la publication *Transformer le handicap en capacité*, pour le plus grand nombre possible de pays de l'OCDE. Nous demanderons donc à tous les pays de l'OCDE de nous communiquer les données les plus récentes pour établir le rapport final.