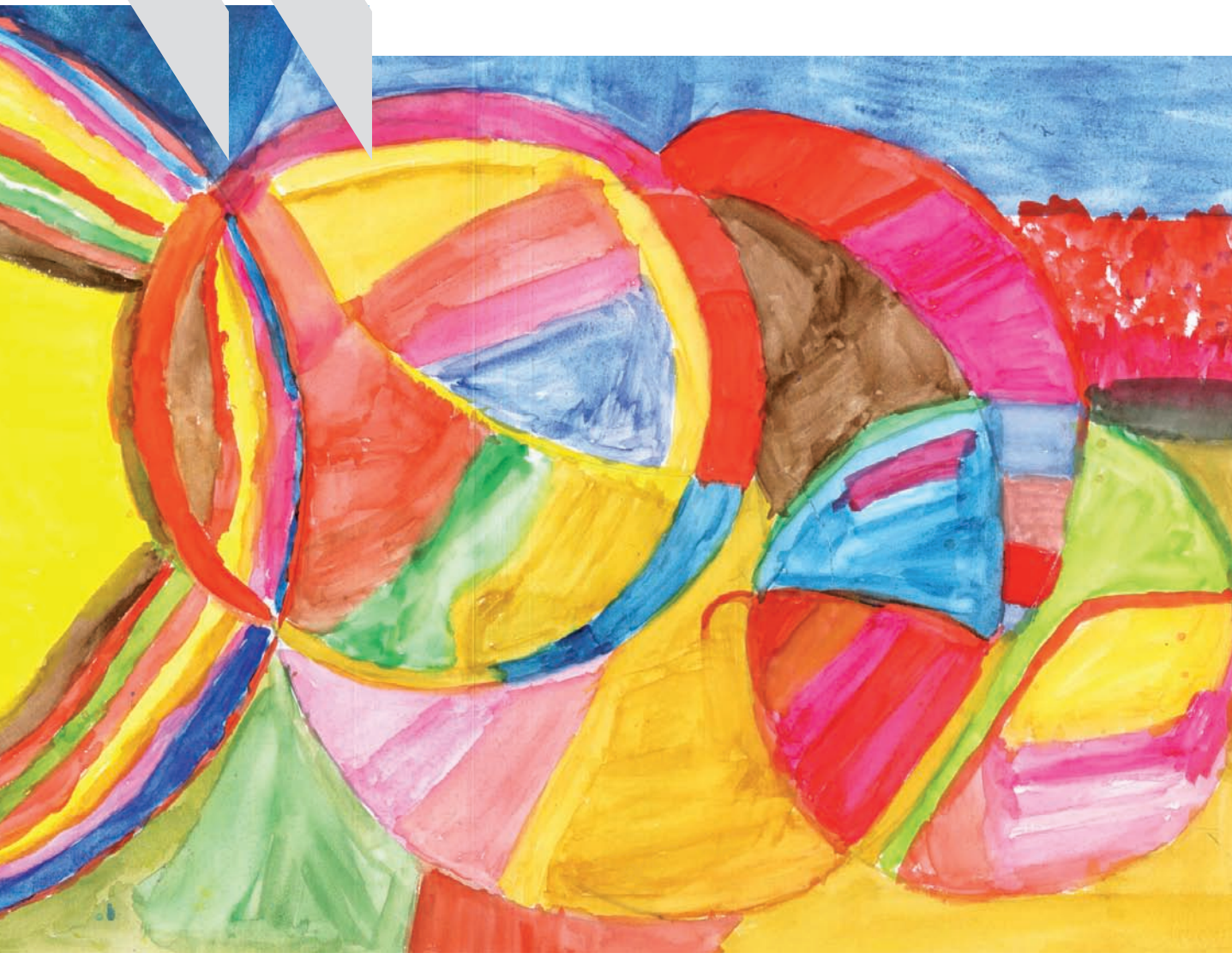
Maladie, invalidité et travail

SURMONTER LES OBSTACLES



SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DANS LES PAYS DE L'OCDE

OCDE

Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS
DANS LES PAYS DE L'OCDE



Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264088870-fr

ISBN 978-92-64-08886-3 (imprimé)
ISBN 978-92-64-08887-0 (PDF)

Crédits photo : Couverture © Myriam MICHAU/Personimages.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/editions/corrigenda*.

© OCDE 2010

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

Avant-propos

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les politiques relatives à la maladie et à l'invalidité se sont rapidement hissées au rang des priorités économiques. Avant même que la récession actuelle n'apparaisse, les individus d'âge actif et aptes au travail étaient trop nombreux à dépendre des prestations de maladie et d'invalidité comme principale source de revenu et le taux d'emploi des travailleurs handicapés était faible. La crise économique a aggravé la situation en augmentant le risque que de nombreux chômeurs de longue durée deviennent dépendants des prestations de maladie et d'invalidité, à l'instar de ce qui s'est produit lors des récessions précédentes. Il est donc urgent de faire face à cette « médicalisation » des problématiques du marché du travail en luttant contre le recours généralisé aux prestations d'invalidité dans la zone OCDE et en favorisant l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail. Étant donné que de nombreux individus souffrant de problèmes de santé peuvent, et veulent, travailler selon des modalités compatibles avec leur état de santé, toute politique fondée sur l'hypothèse qu'ils sont dans l'incapacité de travailler est fondamentalement inadaptée. Il n'y a que des avantages à contribuer au retour à l'emploi de cette population : lutte contre l'exclusion, augmentation des revenus et amélioration des perspectives d'une offre de main d'œuvre plus efficace et d'un renforcement des résultats économiques à long terme.

La présente étude fait la synthèse des travaux menés par l'OCDE ces dernières années dans le cadre de l'examen thématique Maladie, invalidité et travail. *Elle analyse le devenir professionnel des personnes handicapées dans la zone OCDE et formule, à partir des examens réalisés dans 13 pays (Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède et Suisse), des recommandations en vue de transformer leurs régimes de maladie et d'invalidité en systèmes d'aide active favorisant le travail. L'étude se compose de six chapitres et d'un résumé présentant les principales conclusions et les recommandations pour l'action publique. Le chapitre 1 examine les principales tendances et le contexte économique à court et à long terme dans lequel s'inscrivent les politiques d'invalidité. Le chapitre 2 détermine l'ampleur des problèmes en identifiant les principaux résultats sociaux et économiques pour les personnes handicapées et la société dans son ensemble dans la zone OCDE. Le chapitre 3 analyse l'orientation et l'envergure des réformes menées récemment dans le domaine des politiques de la maladie et de l'invalidité, ainsi que le degré de convergence entre les politiques des différents pays et l'impact des mesures publiques sur le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Les trois chapitres suivants sont consacrés aux principaux domaines d'action qui nécessitent une réforme : le régime de prestations d'invalidité, trop passif dans la plupart des cas, et les incitations au travail qu'il propose (chapitre 4) ; l'implication et les incitations financières des employeurs, notamment lors de la phase critique de l'absence pour maladie (chapitre 5) ; et la responsabilité des pouvoirs publics et des prestataires de services dans l'accès en temps utile aux aides à l'emploi (chapitre 6).*

L'étude approfondit également les conclusions du rapport de 2003 de l'OCDE sur la politique d'invalidité pour la population d'âge actif, intitulé Transformer le handicap en capacité, *dont la*

plupart des recommandations restent valables. Comme le montre cette nouvelle étude, la politique à l'égard de l'invalidité a considérablement progressé au cours des dix dernières années dans de nombreux pays. Toutefois, les résultats sur le terrain n'ont pas évolué au même rythme que la politique elle-même. L'invalidité apparaît comme un objectif fluctuant des pouvoirs publics, qui nécessite i) *une application plus stricte de la réglementation et des réformes récentes et* ii) *des réformes supplémentaires et plus complètes. En outre, la situation s'est compliquée ces dernières années compte tenu du poids croissant représenté par un vaste éventail de troubles mentaux dans les entrées dans les régimes de maladie et d'invalidité. Ce phénomène demeure quelque peu mystérieux et l'OCDE vient de lancer une nouvelle série d'examens nationaux en vue de l'analyser et de déterminer les mesures à prendre pour y faire face.*

Les travaux menés dans le cadre de l'examen Maladie, invalidité et travail *sont le fruit de la collaboration entre la Division de l'analyse et des politiques de l'emploi et la Division de la politique sociale de l'OCDE. Cette étude a été préparée par Christopher Prinz (chef de projet), Shruti Singh, Heonjoo Kim et Ana Llena-Nozal, avec la contribution d'Allen Gomes et de Veerle Slootmaekers. Les modèles impôts/prestations ont été fournis par Dominique Paturot, les travaux statistiques ont été effectués par Dana Blumin et Maxime Ladaique et Sophie O'Gorman a apporté son concours sur le plan administratif. John Martin, Monika Queisser et Stefano Scarpetta ont fourni des commentaires précieux. L'étude inclut également les commentaires transmis par les pays examinés. Elle s'appuie sur les examens comparatifs publiés en 2006-10 et sur les informations supplémentaires fournies par les pays membres.*

Table des matières

Résumé et conclusions pour l'action publique 9

Chapitre 1. **Le contexte économique des politiques d'invalidité** 23
1.1. L'importance des travailleurs handicapés pour l'économie et la société. 25
1.2. Les travailleurs handicapés sont confrontés à des obstacles plus grands sur le marché du travail. 29
1.3. Tendances des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, du cycle économique et du vieillissement démographique 37
1.4. Conclusion 43
Notes 43
Bibliographie 44
Annexe 1.A1. Définition et mesure de l'invalidité 45
Annexe 1.A2. Données supplémentaires 47

Chapitre 2. **Grandes tendances et résultats en matière de maladie et de handicap** . . . 51
2.1. Intégration insuffisante au marché du travail des personnes handicapées . . . 52
2.2. Ressources financières moindres des personnes handicapées 55
2.3. Coût élevé des régimes de prestations de maladie et d'invalidité 60
2.4. Dynamique des régimes de prestations 66
2.5. Conclusion 71
Notes 72
Annexe 2.A1. Données supplémentaires 73

Chapitre 3. **Orientation des récentes réformes en matière de politique d'invalidité** 81
3.1. Les grandes lignes des réformes au sein de l'OCDE. 82
3.2. Les politiques convergent bien que des différences demeurent 89
3.3. Effet des réformes sur les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité 97
3.4. L'économie politique des réformes 100
3.5. Conclusion 102
Notes 103
Bibliographie 104
Annexe 3.A1. Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : classification par nombre de points sous chaque indicateur 106
Annexe 3.A2. Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : scores des pays aux alentours de 2007 108

Chapitre 4. **Transformer les régimes d'invalidité en instruments de promotion de l'emploi** 111
4.1. De l'évaluation de l'invalidité à l'évaluation de l'aptitude au travail 112
4.2. Adopter une démarche d'activation 115
4.3. Rendre le travail intéressant financièrement en réformant le système d'imposition et de prestations 128
4.4. Conclusion 134
Notes 134
Bibliographie 135

Chapitre 5. **Implication des employeurs et des médecins** 137
5.1. Renforcer les mesures incitant les employeurs à conserver leurs salariés ayant des problèmes de santé 138
5.2. Mesures destinées à aider les employeurs à remplir leurs obligations 148
5.3. Amener les médecins à se focaliser davantage sur l'emploi 153
5.4. Conclusion 157
Notes 158
BibliographIe 158

Chapitre 6. **Des services ciblés et opportuns** 161
6.1. Améliorer la coordination et la coopération entre les organismes 163
6.2. S'occuper des clients de façon systématique et personnalisée 170
6.3. Mettre en place des incitations adéquates pour les prestataires de services privés 179
6.4. Conclusion 183
Notes 183
Bibliographie 184

Tableaux

1.1. Le stress lié au travail s'accroît lorsque l'intensité du travail augmente et que la satisfaction liée au travail diminue 33
1.2. L'impact du cycle économique sur l'emploi des personnes handicapées est faible comparé à l'impact du handicap en soi 34
2.1. Les dépenses liées à l'incapacité sont bien supérieures aux dépenses liées au chômage 60
2.2. La probabilité de percevoir une pension d'invalidité après un épisode d'absence pour maladie varie avec les caractéristiques personnelles 68
3.1. Les trois différents modèles de politiques d'invalidité au sein de l'OCDE 94
3.2. Qu'est-ce qui explique l'évolution du taux d'allocataires des régimes d'invalidité ? 98
3.A1.1. Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : classification par nombre de points sous chaque indicateur 106
3.A2.1. Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : scores des pays aux alentours de 2007 108
4.1. Les règles en matière de pension d'invalidité à taux partiel varient largement selon les pays de l'OCDE 118

4.2. De plus en plus de pays octroient une pension d'invalidité à titre temporaire 125
5.1. Les obligations de l'employeur sont généralement limitées en matière de réintégration professionnelle 140
5.2. Les parcours menant à l'invalidité sont nombreux, mais le congé de maladie est la voie la plus fréquente d'entrée dans ce régime 145
6.1. Les critères d'éligibilité aux aides à l'emploi sont très stricts 171

Graphiques

1.1. La prévalence de l'invalidité parmi les personnes en âge de travailler est grande dans la plupart des pays de l'OCDE. 24
1.2. L'intégration économique et sociale des personnes handicapées est à la traîne 25
1.3. Un accroissement des taux d'activité des personnes handicapées peut contribuer à prévenir un déclin futur de la population active 27
1.4. Les personnes handicapées ont des niveaux d'instruction nettement inférieurs. 29
1.5. Le fossé éducatif entre personnes handicapées et personnes sans handicap s'est creusé au fil des cohortes 30
1.6. Les tendances des indicateurs du marché du travail et des conditions de travail sont peu concluantes 32
1.7. Après le pic d'une récession, les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité tendent à augmenter 36
1.8. Le cycle économique n'est que l'un des facteurs (et souvent pas le plus important) d'explication des fluctuations du taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité 38
1.9. La prévalence de l'invalidité augmente fortement avec l'âge, ce qui pose un problème critique compte tenu du vieillissement démographique. 40
1.10. La démographie n'explique qu'une partie de la variation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité 41
1.A2.1. Le fait de sortir de l'emploi conduit à une plus grande détresse mentale... . . . 48
1.A2.2. ... tandis que le fait de trouver un emploi entraîne une amélioration de la santé mentale. 49
2.1. Les taux d'emploi des personnes handicapées sont faibles et ont diminué dans un grand nombre de pays. 53
2.2. Les taux d'emploi des personnes souffrant de maladies mentales sont particulièrement faibles 54
2.3. Lorsqu'elles ont un emploi, les personnes handicapées travaillent plus souvent à temps partiel 54
2.4. Les personnes handicapées sont deux fois plus susceptibles d'être au chômage, même lorsque le contexte économique est favorable 55
2.5. Les revenus des personnes handicapées sont relativement faibles, sauf lorsqu'elles ont un emploi et un niveau d'instruction élevé 57
2.6. Les personnes handicapées ont plus de risque de vivre dans la pauvreté ou la quasi-pauvreté 58

2.7. Un grand nombre de personnes handicapées sans emploi ne sont pas admissibles à recevoir ou ne reçoivent aucune prestation publique dans les pays méditerranéens et en Amérique du Nord 59
2.8. Un montant limité de ressources liées à l'invalidité va aux programmes pour l'emploi et la réadaptation 61
2.9. Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés et continuent d'augmenter dans de nombreux pays. 62
2.10. Les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont évolué différemment d'un pays de l'OCDE à l'autre, reflétant des choix politiques différents 63
2.11. Un nombre croissant d'entrées dans les régimes d'invalidité est imputable à des pathologies mentales 65
2.12. Les taux d'absence pour maladie sont corrélés aux taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité 66
2.13. Des épisodes antérieurs de prestations maladie augmentent la probabilité d'être candidat à une pension d'invalidité 67
2.14. Les déclins de l'absence pour maladie précèdent généralement un déclin des demandes de prestations d'invalidité. 69
2.15. Certains pays sont parvenus récemment à réduire le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité. 70
2.16. Les personnes ne sortent pratiquement jamais de l'invalidité longue durée pour entrer dans l'emploi 71
2.A1.1. Les dépenses au titre des prestations d'invalidité ont eu tendance à baisser à la fin des années 90 mais elles ont légèrement augmenté récemment. 74
2.A1.2. Pour les niveaux et les tendances des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, les 50-64 ans sont en position dominante. 76
2.A1.3. Dans certains pays, les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont désormais plus souvent des femmes que des hommes 77
2.A1.4. La structure par âge des entrées dans les régimes d'invalidité varie considérablement d'un pays à l'autre 78
3.1. Des politiques d'invalidité très variables au sein de la zone OCDE. 91
3.2. Les politiques d'invalidité évoluent vite dans de nombreux pays de l'OCDE. . . . 92
3.3. Les politiques d'invalidité convergent dans le même sens 96
4.1. Dans beaucoup pays de l'OCDE, plus d'une demande de pension d'invalidité sur deux est rejetée 123
4.2. Les taux de remplacement nets sont souvent élevés, en particulier pour les rémunérations antérieures faibles 129
4.3. Les prestations d'invalidité sont supérieures aux prestations d'aide sociale mais sont comparables aux indemnités de chômage 130
4.4. La reprise du travail n'est pas toujours intéressante financièrement, mais les disparités entre les pays sont importantes 133

© OCDE 2010

Résumé et conclusions pour l'action publique

Trop de travailleurs quittent définitivement le marché du travail pour des problèmes de santé ou d'invalidité et trop rares sont les personnes ayant une capacité de travail réduite qui parviennent à se maintenir dans l'emploi. C'est une tragédie à la fois sociale et économique, qui frappe quasiment tous les pays de l'OCDE. De plus en plus, l'évolution de l'économie et du marché du travail constitue un obstacle pour les personnes atteintes de problèmes de santé qui souhaitent reprendre le travail ou conserver leur emploi. En fait, jusqu'à ce que la récession frappe le marché du travail en 2008, l'invalidité était bien plus répandue que le chômage dans les pays de l'OCDE et les dépenses au titre des prestations d'invalidité étaient généralement deux fois plus élevées que celles allouées aux prestations de chômage, voire entre 5 et 10 fois supérieures dans certains cas comme dans les pays scandinaves et anglophones. Or cette situation semble paradoxale si l'on tient compte du fait que l'état de santé de la population d'âge actif s'est amélioré au cours des dernières décennies, comme en témoignent plusieurs indicateurs relatifs à la santé.

Le ralentissement marqué de l'économie et la crise de l'emploi qui s'en est suivie ont fait de la lutte contre la montée du chômage l'une des priorités des pouvoirs publics. Cependant, l'expérience laisse à penser que les récessions tendent à frapper plus durement les catégories de population défavorisées et, avec un décalage de quelques mois voire quelques années, à accroître le nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité, qui demeure ensuite structurellement plus élevé lors de la reprise. Dans ces conditions, la crise actuelle de l'emploi ne doit pas être un prétexte pour retarder les réformes urgentes qui sont nécessaires dans le domaine de la maladie et de l'invalidité.

Le problème de l'invalidité

Les prestations d'invalidité comme dernier recours

Pour les pouvoirs publics, la politique de l'invalidité à l'égard de la population d'âge actif constitue l'un des principaux défis sur le plan social et du marché du travail. Dans de nombreux pays, les prestations d'invalidité sont devenues un dernier recours pour les individus qui ne peuvent conserver leur emploi ou accéder au marché du travail, pour des motifs liés à l'élaboration des politiques et à l'évolution du marché du travail :

- Tout d'abord, des réformes de grande envergure des régimes d'allocations chômage et d'aide sociale, assorties d'une gestion beaucoup plus stricte des obligations en termes de disponibilité et de recherche d'emploi, ont restreint l'accès à ces prestations et en ont globalement réduit la durée maximum. Ces réformes ont donc contribué à la baisse du

chômage dans de nombreux pays de l'OCDE avant la récession, et notamment à la diminution de l'incidence du chômage de longue durée.

- Ensuite, sous l'effet des réformes majeures des retraites et plus particulièrement de la restriction et de la suppression progressive des dispositifs ou mesures de départ anticipé à la retraite, ainsi que de l'élimination de nombreuses passerelles spéciales entre les allocations chômage et les prestations de retraite, les travailleurs âgés – encouragés de longue date à partir en retraite plusieurs années avant l'âge légal – n'ont plus à leur disposition autant de possibilités pour quitter plus tôt le marché du travail.
- Enfin, les changements technologiques qui privilégient les qualifications et les pressions générées par la mondialisation ont eu des conséquences négatives sur les perspectives d'emploi des travailleurs peu qualifiés, notamment des nombreux travailleurs affectés par des problèmes de santé ou des handicaps, qui sont plus susceptibles de ne pas avoir achevé le deuxième cycle de l'enseignement secondaire ou d'avoir abandonné leurs études prématurément et moins nombreux à avoir bénéficié d'une formation professionnelle.

L'une des conséquences de ces évolutions est que, dans de nombreux pays de l'OCDE, les prestations d'invalidité sont de plus en plus considérées comme des prestations de dernier recours par de nombreux individus en âge de travailler qui sont défavorisés sur le marché du travail et qui rencontrent des difficultés pour maintenir un niveau de performance correspondant à la productivité élevée attendue.

Retombées sociales et économiques de la politique d'invalidité

Les dépenses au titre des prestations d'invalidité représentent désormais un poids important pour les finances publiques dans la plupart des pays de l'OCDE et freinent la croissance économique en diminuant l'offre effective de main d'œuvre.

- Les dépenses publiques au titre des prestations d'invalidité représentent 2 % du PIB en moyenne dans la zone OCDE et peuvent atteindre 4-5 % du PIB en Norvège, aux Pays-Bas et en Suède.
- Près de 6 % de la population d'âge actif dépend des prestations d'invalidité en moyenne, voire 10-12 % dans certains pays du nord et de l'est de l'Europe.
- Le taux d'emploi des personnes handicapées est inférieur en moyenne de 40 % au taux d'emploi total, tandis que leur taux de chômage est généralement deux fois plus élevé.

Surtout, le recours aux prestations d'invalidité est à sens unique : les bénéficiaires n'abandonnent quasiment jamais le régime d'invalidité pour occuper un emploi et s'ils sortent du régime avant leur retraite, ils sont davantage susceptibles de passer à une autre prestation.

Par ailleurs, le faible taux d'emploi des personnes handicapées s'accompagne de coûts sociaux élevés : même si la plupart des personnes handicapées sans emploi perçoivent des prestations publiques, leurs revenus sont beaucoup plus bas et elles sont beaucoup plus exposées au risque de pauvreté – dans certains pays, deux fois plus que l'ensemble de la population.

Le ralentissement économique récent a envenimé la situation : il est désormais urgent d'empêcher de nouvelles entrées dans le régime d'invalidité en période de crise en vue

d'atténuer la poussée du chômage – afin d'éviter un coût structurel pour la société et un coût social pour les personnes concernées. Il conviendra de consentir tous les efforts nécessaires pour améliorer les perspectives d'emploi des personnes souffrant de maladies chroniques. Il s'agit également d'un enjeu majeur du fait que des études ont montré que le chômage ou l'inactivité de longue durée ont des effets néfastes sur la santé, notamment sur la santé mentale, et que le retour à l'emploi s'accompagne généralement d'une amélioration de la santé.

Troubles mentaux : un défi à relever

Dans la majorité des pays de l'OCDE, la progression rapide du nombre de demandes de prestations d'invalidité pour cause de troubles de la santé mentale, souvent à un âge relativement jeune, complique encore la situation pour les responsables de l'action publique chargés d'élaborer les politiques en matière d'invalidité. Les troubles mentaux constituent désormais la principale cause des demandes de prestations d'invalidité dans la plupart des pays : au Danemark, aux Pays-Bas, en Suède et en Suisse, ils sont à l'origine de la moitié des nouvelles demandes. Par ailleurs, les taux d'emploi des personnes affectées par des troubles de la santé mentale sont particulièrement bas. Les politiques d'invalidité ne sont pas vraiment adaptées aux troubles de la santé mentale et ne sont pas efficaces pour les personnes qui en sont atteintes (par exemple, l'utilisation et l'efficacité des services de l'emploi sont encore plus faibles pour cette catégorie de population). D'importantes incertitudes demeurent quant aux principaux facteurs permettant d'expliquer cette évolution mais ils semblent comprendre notamment une évolution dans l'acceptation des troubles de la santé mentale par la société, des changements dans le comportement des médecins et des régimes d'invalidité vis-à-vis du traitement des problèmes de longue date et une amélioration des outils de diagnostic.

Éliminer les obstacles sur le marché du travail

Le travail est la meilleure solution pour aider les personnes souffrant de problèmes de santé ou de handicaps

La meilleure façon de lutter contre la dépendance à l'égard des prestations et l'exclusion chez les personnes handicapées consiste à encourager leur retour à l'emploi, si elles sont capables et désireuses de travailler. La croissance de l'emploi permet de renforcer la cohésion sociale et de réduire les risques de pauvreté; elle peut contribuer à l'amélioration de la santé mentale ou à l'accélération de la guérison; elle fait baisser les dépenses publiques au titre des prestations d'invalidité et elle garantit l'offre de main d'œuvre, améliorant ainsi les résultats économiques potentiels à long terme. Ce dernier argument revêt également une importance particulière compte tenu du vieillissement rapide de la population et de la stagnation, voire de la baisse, probable de l'offre de main d'œuvre dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des prochaines années. Les personnes handicapées comptent parmi les catégories de population qui doivent être mobilisées au sein de la population active, aux côtés des femmes et des travailleurs âgés.

C'est pourquoi l'orientation de l'action publique varie dans la plupart des pays de l'OCDE, à la recherche d'un nouvel équilibre entre les deux objectifs potentiellement contradictoires de la politique d'invalidité : *i*) garantir des revenus adaptés et sûrs aux

personnes inaptes au travail et à leurs familles ; et *ii*) offrir les incitations et les aides nécessaires pour que les personnes qui en ont la capacité puissent travailler. Jusqu'au milieu des années 90 et encore relativement souvent aujourd'hui, les politiques publiques étaient principalement fondées sur des prestations d'invalidité généreuses et facilement accessibles, en accordant peu, voire pas, d'importance à ce deuxième objectif. Or cette stratégie n'est dans l'intérêt ni des travailleurs ni de la société dans son ensemble.

Les réformes récentes ont été insuffisantes pour la plupart des cas

Ces vingt dernières années, les préoccupations croissantes quand à la progression rapide du nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité ont entraîné des changements dans les paramètres de l'action publique. Ainsi, les programmes d'action relatifs à l'invalidité comprennent désormais un panel plus étendu de mesures en faveur de l'emploi et de la réadaptation dans la plupart des pays de l'OCDE. Parmi les changements les plus marquants on note les tentatives visant à améliorer la qualité des aides, à élargir l'accès aux services disponibles, à mieux coordonner la prestation des services et des allocations, à identifier plus tôt les besoins des clients et à assurer une gestion individualisée des dossiers au sein du système. Parallèlement, plusieurs pays ont également renforcé les dispositifs de filtrage afin de limiter l'accès aux prestations de maladie ou d'invalidité de longue durée.

En dépit de ces réformes, le changement d'orientation stratégique s'est généralement avéré insuffisant, de même que les investissements dans les aides à l'emploi et à la réadaptation, pour améliorer le taux d'emploi des personnes atteintes de problèmes de santé. La composition des dépenses au titre des prestations d'invalidité reste majoritairement axée sur les prestations passives, qui représentent 95 % ou plus des dépenses totales dans la plupart des pays. Seuls quelques rares pays, comme l'Allemagne, la Norvège, les Pays-Bas et le Danemark, consacrent plus de 10 % de leurs dépenses aux programmes actifs du marché du travail destinés aux personnes handicapées. L'adoption des mesures en faveur de l'emploi reste très faible et la plupart des personnes qui entrent dans le régime de prestations d'invalidité n'en ont jamais bénéficié. Souvent, les bénéficiaires des prestations ne sont pas identifiés et aidés suffisamment tôt avant que leurs problèmes de santé ne deviennent chroniques.

Toutefois, l'évolution des niveaux d'invalidité constatée dans quelques pays qui ont radicalement réformé leurs régimes laisse à penser que la politique a un rôle à jouer. Les programmes de réforme qui prévoient non seulement une amélioration des aides à l'emploi mais aussi, et surtout, un accès plus restreint aux prestations d'invalidité au moyen du renforcement des incitations au travail pour les travailleurs et des obligations financières pour les employeurs, semblent en mesure d'influer en profondeur sur l'offre et la demande de main d'œuvre. Le nombre de demandes annuelles de prestations d'invalidité réagit rapidement à une réforme globale du régime, comme cela a été le cas en Hongrie, en Italie, aux Pays-Bas et en Pologne. Par ailleurs, il semble qu'environ la moitié des personnes qui ne perçoivent plus les prestations d'invalidité conservent un emploi même sans aide à l'emploi, ou très peu. Il s'agit d'un résultat encourageant mais il sera capital de mieux comprendre ce qui se produit avec l'autre moitié, qui devrait en grande partie être passée à d'autres prestations d'inactivité.

En conclusion, les vingt dernières années ont été marquées par un grand nombre de réformes des politiques d'invalidité dans de nombreux pays. Les réformes qui prévoyaient une modification du système de filtrage ont généralement réussi à réduire le nombre d'entrées dans le régime de prestations d'invalidité. Néanmoins, beaucoup reste à faire pour aider les bénéficiaires de prestations d'invalidité de longue durée à se réinsérer dans l'emploi et, d'une manière plus générale, pour améliorer les perspectives d'emploi et le taux d'activité des travailleurs souffrant de maladies chroniques ou de handicaps.

Ce qu'il reste à faire : conclusions pour l'action publique

L'élément indispensable pour une réforme en profondeur de la politique d'invalidité et la clé de la réussite consiste à renforcer les incitations financières de toutes les parties prenantes afin qu'elles œuvrent pour atteindre le même objectif : optimiser les possibilités d'emploi des individus souffrant d'un handicap.

- Les travailleurs malades et les bénéficiaires des prestations d'invalidité doivent être incités financièrement à rester dans l'emploi, à chercher un emploi ou à augmenter leur charge de travail.
- Les employeurs doivent être incités financièrement à conserver les travailleurs malades dans leurs effectifs et à les réintégrer rapidement à leur poste ou à les aider à trouver un nouvel emploi et des subventions pourraient être accordées pour l'embauche de travailleurs souffrant de problèmes de santé.
- Les autorités en charge des prestations doivent être incitées financièrement à évaluer rigoureusement la capacité de travail des individus et à éviter d'octroyer des prestations uniquement pour des questions de facilité.
- Les prestataires de services doivent être incités financièrement à réintégrer durablement leurs clients sur le marché du travail.

L'optimisation des incitations financières offertes à chaque partie prenante devra s'accompagner 1) d'un renforcement des attentes en termes d'emploi à la fois des travailleurs atteints de problèmes de santé et de ceux qui les aident à s'insérer sur le marché du travail, 2) d'obligations mutuelles correspondantes, surtout pour les travailleurs et les employeurs, et 3) d'une aide plus efficace afin que chaque partie prenante soit en mesure de respecter les obligations qui lui incombent. Le renforcement des attentes en termes d'emploi et des responsabilités et aides correspondantes joue également un rôle déterminant pour deux autres parties prenantes : 1) les médecins, qui doivent intensifier leurs efforts pour diminuer au maximum la durée des absences pour maladie et orienter les travailleurs malades vers le retour à l'emploi le plus tôt possible, et 2) les agents des services de l'emploi, qui doivent établir un profil minutieux de leurs clients et consentir tous les efforts nécessaires pour les rapprocher du marché du travail.

Les réformes nécessaires dépendront de la situation de départ de chaque pays, de la structure du régime, de ses points faibles et de ses maillons manquants et, dans une certaine mesure, des priorités de l'action publique. Toutefois, si l'on analyse divers pays de l'OCDE, plusieurs grands enjeux communs se dégagent.

Convertir les prestations d'invalidité en instruments au service de l'emploi

Trop souvent, les prestations d'invalidité fournissent uniquement des transferts monétaires, alors que nombre des bénéficiaires actuels et futurs ont une capacité partielle de travail et ont besoin d'aide pour trouver un emploi correspondant à leurs aptitudes. Les systèmes existants continuent majoritairement à aider les personnes à ne pas travailler, avec un fort accent sur leur handicap. Les individus qui demandent à bénéficier d'une prestation d'invalidité ne sont soumis à aucune obligation de participation et la plupart des régimes n'accordent que peu d'attention aux incitations/désincitations au travail qui découlent de l'octroi d'une prestation souvent généreuse et, la plupart du temps, définitive. De nombreux pays ont commencé à réviser la stratégie mise en place à l'égard des personnes dotées d'une capacité de travail partielle, en s'appuyant sur les éléments clés suivants :

Évaluer la capacité de travail et non l'invalidité. Traditionnellement, les régimes de prestations d'invalidité reposaient sur le principe de la prestation d'allocations aux individus dans l'incapacité de travailler. Dans ce contexte, pour bénéficier des prestations, il fallait prouver l'existence du handicap et l'incapacité de travail. À l'inverse, pour éliminer les demandes inutiles et exploiter pleinement la capacité de travail quelle qu'elle soit, les régimes d'invalidité devraient commencer par évaluer la *capacité de travail résiduelle* de toute personne demandant à bénéficier d'une prestation d'invalidité et fournir une aide à l'emploi adaptée afin de maintenir le demandeur en contact avec le marché du travail. Cette évaluation et l'aide qui en découle doivent intervenir rapidement de manière à éviter que les demandeurs demeurent trop longtemps inactifs et perdent contact avec le marché du travail.

Adopter une stratégie fondée sur l'activation. Les prestations d'invalidité, tout comme les allocations de chômage, ciblent les personnes sans emploi qui sont, souvent, capables de travailler au moins partiellement. Toutefois, le fonctionnement d'un régime de prestations d'invalidité est radicalement différent de celui du régime d'allocations chômage, qui prévoit des obligations strictes de participation. Si cette différence est justifiée pour les personnes inaptes au travail, elle ne l'est pas pour le nombre plus important de personnes ayant une capacité de travail partielle, ce qui explique en partie le faible taux d'utilisation de services potentiellement efficaces. La stratégie qui consiste à œuvrer en faveur du retour à l'emploi d'un bénéficiaire de l'allocation chômage doit s'appliquer de la même manière aux bénéficiaires des prestations d'invalidité : par exemple, les prestations devraient être conditionnées à la volonté du bénéficiaire de coopérer avec l'autorité compétente et de participer à des activités destinées à améliorer son employabilité et, le cas échéant, à chercher un emploi. Certains pays conditionnent le versement des prestations à la réadaptation, tandis que d'autres, comme la Suisse, adoptent une démarche encore plus stricte en supprimant les prestations au profit de la réadaptation.

Rendre les prestations d'invalidité temporaires. À l'exception de rares personnes atteintes de graves problèmes de santé, les prestations d'invalidité, à l'instar d'autres prestations versées aux personnes d'âge actif, devraient être de nature temporaire, avec une réévaluation régulière des droits à prestations. Cette pratique se répand aujourd'hui dans un grand nombre de pays, comme l'Autriche, l'Allemagne et la Pologne. Il s'agit d'un principe important pour les jeunes, dans la mesure où ces derniers peuvent percevoir longtemps une prestation d'invalidité susceptible d'empêcher leur intégration sociale et

économique. Une telle réforme pourrait soulever des questions difficiles par rapport aux bénéficiaires existants, dont les droits devront être réévalués en raison de *nouveaux* critères d'éligibilité *souvent plus stricts*. Alors que cela n'est pas perçu comme problématique dans certains pays, comme les Pays-Bas, cette réforme n'est pas envisageable sur le plan politique dans d'autres.

Valoriser le travail. Les pouvoirs publics sont confrontés à un défi de taille : comment réformer au mieux les régimes d'impôts et de prestations pour les personnes handicapées afin de leur proposer les incitations financières adéquates pour trouver un emploi, conserver un emploi ou travailler davantage. Jusqu'à présent, cette problématique n'était pas considérée comme prioritaire, même si plusieurs pays ont commencé à s'y intéresser dernièrement, comme en témoigne la mise en place de prestations liées à l'exercice d'un emploi au Royaume-Uni et en Irlande et d'une prestation conditionnée au temps de travail aux Pays-Bas. Les prestations d'invalidité ne doivent pas être plus intéressantes que les autres prestations versées aux personnes en âge de travailler, les versements doivent être éliminés progressivement afin de veiller à ce que chaque heure supplémentaire travaillée soit rémunérée et les aides complémentaires ou secondaires versées pour compenser les coûts supplémentaires associés au handicap doivent être payées indépendamment du bénéficiaire ou de la situation au regard de l'emploi. Les modalités de mise en œuvre de ces principes différeront entre les pays en fonction de la nature des prestations versées par le régime : prestations liées aux revenus, allocations forfaitaires ou prestations soumises à des conditions de ressources.

Mobiliser les employeurs et les professionnels de santé

Les employeurs sont des intervenants clés du régime de prestations d'invalidité, même s'ils ne sont souvent pas reconnus comme tels. Ils sont trop fréquemment mis à l'écart du processus d'élaboration des politiques, dans la mesure où on considère qu'ils font partie du problème et pas de la solution. Ainsi, dans la plupart des pays, on pourrait faire bien plus au cours de l'absence pour maladie afin de contrôler l'état de santé des travailleurs et préparer leur retour au travail. À l'heure actuelle, les régimes de prestations de maladie et d'invalidité sont trop souvent utilisés comme un moyen pour les employeurs de réduire leurs effectifs. Outre les employeurs, les administrations, les représentants syndicaux et les médecins semblent trop peu informés sur ce type de travailleurs pour les empêcher de glisser progressivement vers les prestations de maladie puis d'invalidité. Plusieurs changements majeurs sont nécessaires pour que les employeurs contribuent à améliorer la situation.

Renforcer le rôle des employeurs et les incitations qui leur sont destinées. Tout d'abord, les employeurs doivent jouer un rôle bien plus important dans le suivi et la gestion des maladies. Ils sont en effet bien placés pour déterminer la capacité résiduelle de travail de leurs employés et les aménagements nécessaires au niveau des tâches ou du poste de travail pour s'adapter au problème de santé diagnostiqué. En coopération avec les représentants des travailleurs, les employeurs sont en bonne position pour prévenir les problèmes chroniques, idéalement avec l'aide d'un service de médecine du travail axé sur l'emploi (particulièrement développé en Finlande), et pour intervenir rapidement le cas échéant. Il est essentiel de mettre systématiquement à profit cet avantage et la connaissance qu'ont les employeurs des capacités de leurs salariés, comme aux Pays-Bas où les employeurs sont désormais tenus, en partenariat avec leurs salariés, d'élaborer, de

suivre et d'actualiser un plan de réintégration, caractérisé par un certain nombre d'étapes. Il est possible de renforcer la responsabilité des employeurs au moyen d'incitations financières correspondantes, sous la forme d'une participation aux prestations de maladie, comme cela se pratique couramment dans plusieurs pays de l'OCDE, ou de primes à taux différencié pour les prestations d'invalidité à l'instar de la Finlande et des Pays-Bas – afin de veiller à ce que les employeurs fassent tout leur possible pour aider les travailleurs à retrouver leur emploi ou pour procéder rapidement aux aménagements nécessaires.

Offrir une aide plus efficace aux employeurs. Les employeurs doivent aussi être aidés plus efficacement pour pouvoir respecter leurs obligations. Par exemple, ils doivent avoir facilement accès à des conseils sur les aménagements nécessaires sur le lieu de travail et les aides financières correspondantes : il est en effet compréhensible que les employeurs soient effrayés par des procédures administratives et des contacts trop complexes. En Norvège, chaque employeur bénéficie d'un contact personnalisé et spécialisé au sein de l'agence publique pour l'emploi la plus proche. Pour promouvoir l'embauche des personnes malades ou handicapées et pour éviter que le renforcement des obligations et des incitations relatives au maintien de l'emploi n'entraîne une diminution des embauches de personnes souffrant de problèmes de santé, les employeurs doivent bénéficier d'une forme de compensation (notamment par le biais de subventions salariales) pour la capacité de travail ou la productivité réduites de leurs salariés. Ces subventions, particulièrement répandues dans les pays scandinaves, doivent être précisément ciblées par rapport à la capacité du travailleur et peuvent s'avérer nécessaires sur une longue période (voire dans certains cas de manière permanente). Elles doivent de ce fait inclure un accompagnement permanent, le cas échéant. Il convient de prendre en compte l'aléa moral, notamment lorsque le régime permet de transformer un emploi existant en emploi subventionné.

Fédérer différentes parties prenantes au sein d'une procédure commune. Les employeurs ne seront pas en mesure de jouer leur rôle sans changements complémentaires parmi les autres intervenants impliqués dès le début du processus. Il est ainsi particulièrement crucial de mieux orienter l'action des médecins généralistes en mettant l'accent sur l'utilité et la possibilité d'exercer un emploi dès le diagnostic, ainsi que de diminuer au maximum la durée de l'absence pour maladie. Les recommandations médicales formulées récemment en Suède à l'intention des médecins quant à la durée des absences pour maladie dans les pathologies les plus fréquentes sont encourageantes dans ce sens. Dans de nombreux pays, il serait également nécessaire de renforcer le contrôle des certificats médicaux, comme cela se pratique déjà en Autriche, en France et en Espagne. Les autorités publiques ont également un rôle essentiel à jouer dans le suivi des maladies, comme c'est le cas au Danemark : elles doivent notamment assurer le suivi et la gestion des maladies pour les personnes qui n'ont pas ou plus d'employeur ni de représentants syndicaux, à savoir les chômeurs et les inactifs, qui constituent un groupe important, voire croissant dans certains pays, parmi les demandeurs de prestations d'invalidité.

Fournir les bons services aux bonnes personnes et au bon moment

Davantage de personnes handicapées pourraient travailler si elles bénéficiaient des aides adaptées au moment voulu. Le recours aux aides à l'emploi est faible alors qu'il est impératif d'améliorer l'employabilité des personnes atteintes d'un handicap, qui pâtissent souvent d'un manque de qualifications et d'expérience professionnelle récente. Le faible

taux d'utilisation des services de l'emploi est en partie imputable à la manière dont ils sont fournis. Dans de nombreux pays à l'heure actuelle, les intervenants et agences impliqués dans le versement des allocations et la prestation des services sont trop nombreux : ils ne coopèrent pas efficacement, ne sont pas suffisamment incités à promouvoir les nouvelles orientations stratégiques en faveur de l'emploi et ne disposent pas des outils et des ressources nécessaires pour fournir aux clients les services dont ils ont besoin, en temps utile. Si les pouvoirs publics investissent aujourd'hui davantage dans les programmes de réadaptation et d'emploi, cela n'est généralement pas suffisant en dépit des déclarations en faveur de l'emploi : la plupart des pays ne consacrent que 0.1 à 0.2 % de leur PIB aux programmes de réadaptation et d'emploi dédiés aux personnes handicapées. Des améliorations sont nécessaires dans trois domaines :

Améliorer la coordination et la coopération entre les intervenants. Dans la plupart des pays, une coopération plus efficace est nécessaire entre l'autorité en charge des prestations et le service public de l'emploi, ainsi qu'entre les différentes agences impliquées dans la prestation des services. Il existe plusieurs moyens d'obtenir une meilleure coopération, de la fusion de différentes entités comme cela a été fait aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et au Royaume-Uni, au regroupement de différentes agences au sein d'un même bureau en passant par l'échange systématique d'informations et le financement croisé de services (Suède). Dans tous les cas, l'objectif consiste à déterminer le rôle adapté à chaque agence et à répartir les ressources et les responsabilités financières en conséquence. Dans certains pays, il conviendrait aussi de restructurer les régimes de prestations et/ou les systèmes d'aide à l'emploi : la fragmentation des systèmes entraîne en effet le risque que les résultats dépendent de la voie d'entrée choisie par, ou imposée à, l'individu.

S'engager systématiquement auprès des clients, en leur offrant des services personnalisés. Dans l'idéal, les pays devraient adopter la formule du guichet unique : ainsi, l'ensemble des personnes qui rencontrent des difficultés sur le marché du travail pourraient bénéficier de la même voie d'accès au système et de la même procédure. Cette procédure doit notamment comprendre *l'établissement systématique du profil* des clients, comme cela se pratique en Australie et en Norvège, *l'évaluation complète de leurcapacité de travail* et, le cas échéant, une *orientationrapide vers le service le plus adapté*. L'ensemble de la procédure doit être guidé par les besoins du client et non par les intérêts des organismes impliqués. Il convient d'étendre l'accès aux aides afin que les personnes ayant une capacité partielle de travail puissent aussi en bénéficier et que l'accès soit uniquement régi par les besoins et non par des droits à certaines prestations par exemple – un principe de plus en plus répandu dans les pays de l'OCDE. Les services doivent s'adapter facilement à l'évolution des besoins et peuvent conjuguer stratégies donnant la priorité au travail et méthodes axées sur la formation.

Proposer des incitations ciblées aux autorités et aux prestataires de services. Il est essentiel que les incitations financières destinées aux autorités publiques soient suffisantes pour qu'elles investissent dans des programmes actifs du marché du travail au profit de clients nécessitant souvent des aides spécifiques et plus longues, plutôt que d'opter pour la facilité en leur octroyant des allocations. Pour ce faire, il convient tout d'abord de suivre avec attention les mesures prises à l'échelon régional et local et de diffuser les résultats des organismes locaux dans le but de créer une émulation entre chaque collectivité locale, comme l'ont fait récemment le Danemark et la Suisse. L'étape suivante consiste à offrir des incitations financières directes aux organismes publics afin de les responsabiliser davantage, comme cela a été mis en place au Danemark au moyen d'une hausse des

remboursements à partir des budgets nationaux pour les collectivités locales (qui font fonctionner le système danois) qui adoptent des mesures en faveur de l'emploi. Il est également capital d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de l'emploi en réformant leur système de financement, afin d'abandonner les dotations globales au profit d'un financement fondé sur les résultats concrets obtenus en matière d'emploi (à l'instar de l'Australie et du Royaume-Uni). Une telle réforme devrait être plus facile à mettre en œuvre parallèlement à une privatisation (partielle) des services, mais des stratégies de financement fondé sur les résultats peuvent également être mises en place pour les services publics de l'emploi.

Conclusion : des choix politiques décisifs

Restreindre le nombre de nouveaux bénéficiaires ou augmenter le nombre de sorties du régime

Les pouvoirs publics doivent-ils s'efforcer de réduire le nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité ou d'augmenter le nombre de sorties de ce régime vers le marché du travail? Dans l'optique d'une amélioration durable des résultats, il semble plus efficace de restreindre le nombre de nouveaux bénéficiaires de ce qui est devenu une prestation quasi permanente dans la plupart des pays. De nombreux pays ont en effet choisi cette voie et ont modifié la démarche adoptée à l'égard des demandeurs de prestations d'invalidité, tout en protégeant explicitement les droits acquis par les bénéficiaires existants à la date de la réforme. Dans certains pays, ce choix politique révèle une stratégie visant à obtenir l'adhésion des parties prenantes à la réforme. Dans d'autres, il est juridiquement impossible d'imposer de nouveaux critères d'éligibilité aux bénéficiaires existants. Néanmoins, la diminution du nombre d'entrées dans le régime ne se traduira que progressivement par une baisse du nombre total de dossiers. Il est envisageable de réformer aussi les critères appliqués aux bénéficiaires existants, notamment aux plus jeunes qui sont susceptibles de percevoir les prestations pendant des années. Les choix politiques relatifs aux bénéficiaires existants dépendront du contexte national : dans les pays où il est impossible de réexaminer les dossiers à l'aune de nouveaux critères, même en offrant des aides plus efficaces, la meilleure et la seule solution possible et viable sur le plan politique pourrait consister à appliquer un traitement totalement différent aux bénéficiaires existants, comme cela se pratique en Suède : plutôt que de réexaminer leur dossier, il conviendra alors d'encourager leur recherche d'emploi en leur octroyant la possibilité de percevoir à nouveau la prestation dans le futur.

Promouvoir le maintien dans l'emploi ou les nouvelles embauches

Outre la question consistant à déterminer s'il faut se concentrer sur les entrées ou sur les sorties du régime, il convient aussi d'établir si la politique doit avoir pour objectif de maintenir les travailleurs dans l'emploi en s'appuyant sur la relation existante entre l'employeur et le salarié ou d'insérer les inactifs sur le marché du travail. Or il s'agit de deux orientations stratégiques radicalement différentes. Pour garantir le maintien dans l'emploi, il convient de concentrer les efforts sur la phase d'absence pour maladie, alors que pour promouvoir les embauches, particulièrement de travailleurs sans expérience

professionnelle, les subventions et autres aides jouent un rôle crucial. Les pouvoirs publics sont donc confrontés à un véritable dilemme : le renforcement des obligations de maintien des effectifs et des incitations financières pour les employeurs peut rapidement engendrer des obstacles à l'embauche de demandeurs d'emploi. En fait, la plupart des politiques destinées aux personnes handicapées, comme les quotas obligatoires et la législation relative à la lutte contre les discriminations, sont concernées par ce dilemme. Les examens par pays donnent à penser que toutes ces politiques sont avantageuses pour les personnes qui occupent un emploi, alors que les personnes sans emploi ont encore plus de difficulté à accéder au marché du travail, l'impact net sur l'emploi étant souvent négatif. Il s'agit de l'opposition classique entre les salariés et les sans emplois dans la politique et la réglementation du marché du travail. La stratégie adoptée par les Pays-Bas pour les primes d'assurance invalidité est un bon exemple : il s'agit d'un outil efficace pour diminuer les absences pour maladie et le nombre d'entrées dans le régime de prestations d'invalidité mais qui peut freiner l'emploi des personnes considérées par les employeurs comme présentant des risques de maladie ou d'invalidité. C'est pourquoi les Pays-Bas ont mis en œuvre des mécanismes supplémentaires pour stimuler la demande de main d'œuvre.

Adopter une prestation unique pour la population d'âge actif

Le recours croissant et généralisé aux régimes de prestations d'invalidité observé ces 20 dernières années tient en grande partie aux différences (de plus en plus) importantes entre les prestations d'invalidité et les autres allocations versées aux individus d'âge d'actif et plus particulièrement aux différences en termes de générosité, d'obligations de participation et de recherche d'emploi et aux modalités des aides à la réinsertion sur le marché du travail. Dans de nombreux pays, les individus passent ainsi d'une prestation à l'autre et d'un organisme à l'autre sans bénéficier d'une aide optimale. Pour remédier à ce problème, certains pouvoirs publics ont donné à tous accès aux services généraux de l'emploi, ce qui n'élimine pas les différences liées aux prestations et ne permet pas de garantir automatiquement une aide mieux ciblée aux personnes handicapées. Une autre solution consiste à simplifier les prestations et les régimes, dans l'objectif d'éliminer toute différence entre les risques divers et de remplacer l'arsenal de prestations disponibles pour les personnes en âge de travailler par une allocation unique.

Cette approche radicale n'a encore été mise en œuvre par aucun pays de l'OCDE et ne devrait pas l'être à court terme. Néanmoins, il s'agit d'une idée prometteuse et plusieurs pays se sont engagés dans cette direction. Pour les personnes ayant une capacité de travail partielle, la nouvelle indemnité d'emploi et de soutien (*Employment and Support Allowance*) adoptée par le Royaume-Uni pour remplacer la prestation d'invalidité (*Incapacity Benefit*) fonctionne de la même manière que les allocations de chômage. En Allemagne, on a récemment instauré une prestation unique pour toutes les personnes d'âge actif aptes au travail, mais la prestation d'invalidité a été maintenue. La nouvelle indemnité d'évaluation du travail en Norvège est née de la fusion de différents types de prestations de réadaptation et d'invalidité à court terme. La Nouvelle-Zélande a été le premier pays à envisager la mise en place d'une prestation unique pour les personnes d'âge actif mais la procédure a été stoppée pour des motifs politiques. La prestation unique aurait pour principal avantage d'offrir la possibilité, tout d'abord, de mettre un terme aux va-et-vient fréquents des chômeurs entre les différents régimes d'aide au revenu et, ensuite,

d'appliquer la même procédure à *l'ensemble* des personnes sans emploi en âge de travailler – notamment en ce qui concerne l'identification précoce, l'établissement du profil, l'évaluation de la capacité de travail, l'évaluation des besoins d'aide et, le cas échéant, l'orientation vers le service le plus adapté. Dans les cas exceptionnels, la prestation unique pour les personnes d'âge actif peut être versée à titre permanent mais en principe, elle ne vise qu'à apporter une aide temporaire en cas de besoin, couplée à un programme de retour à l'emploi dynamique et bien ciblé. On pourrait également envisager la création de certains compléments de prestations afin de compenser les coûts supplémentaires, mais ces compléments ne doivent pas être conditionnés par la situation de l'individu au regard de l'emploi.

La réussite de la politique d'invalidité repose sur la création d'une meilleure base de données d'observation

Il est difficile d'avoir accès à une évaluation rigoureuse des programmes spécifiques, particulièrement des mesures en faveur de l'emploi et de la réadaptation, et des mesures d'action publique à l'échelle de l'OCDE. Or ce manque d'information empêche de déterminer les mesures qui fonctionnent et pour qui en ce qui concerne les personnes souffrant de problèmes de santé ou de handicaps. Dans un premier temps, tous les pays devront investir davantage dans la collecte des données et l'évaluation des résultats afin d'identifier les programmes efficaces. Par exemple, des données plus fiables sont nécessaires pour mieux connaître les éléments suivants : voies d'entrée et de navigation au sein du régime et facteurs propices aux sorties du régime de prestations; différences entre les dynamiques d'entrée et de sortie en fonction d'un certain nombre de déterminants comme l'état de santé; caractéristiques à long terme en matière d'emploi et de revenu des personnes qui entrent et qui sortent du régime de prestations; impact des programmes d'emploi et de réadaptation professionnelle sur les sorties du régime et le retour à l'emploi et variation de cet impact en fonction des différents risques ou groupes ciblés; et effets de certaines mesures spécifiques comme le versement de prestations temporaires ou le réexamen des droits. Dans un deuxième temps, il conviendra de partager les données *entre* les pays et de mettre en évidence les meilleures pratiques. Tous les pays de l'OCDE étant confrontés aux mêmes problématiques même s'ils ont recours à des régimes différents, ils ont beaucoup à apprendre les uns des autres.

L'économie politique de la réforme des politiques en matière d'invalidité est capitale

Dans de nombreux pays, le fossé entre la réorientation des discours et des objectifs politiques d'une part et le rythme très lent du changement et les perspectives d'emploi très limitées des personnes malades de l'autre laisse à penser que le problème tient en partie à des contraintes politiques. Cette situation s'explique en grande partie par le fait que les régimes d'invalidité doivent à la fois aider des personnes dans l'incapacité totale de travailler et des individus ayant une capacité de travail importante. Par conséquent, la suppression des droits aux prestations pour les personnes déjà atteintes de problèmes de santé et l'obligation qui leur est imposée de suivre une formation voire de chercher un

emploi sont à la fois fortement décriées par l'opinion publique et injustes pour certaines catégories de personnes. Néanmoins, une stratégie de réforme très progressive n'est pas efficace pour les personnes qui sont capables et désireuses de travailler et qui sont trop souvent exclues de la société et vivent dans la pauvreté. Cette stratégie s'avère en outre très coûteuse pour l'État et, par conséquent, non seulement inéquitable mais aussi très inefficace pour la société dans son ensemble. Par ailleurs, si l'on tient compte du vieillissement rapide de la population dans de nombreux pays de l'OCDE et de la nécessité d'encourager une offre de main d'œuvre efficace pour soutenir la croissance économique et veiller au bien-être social, il est aujourd'hui indispensable de trouver une solution à certaines des problématiques les plus complexes et les plus controversées de la politique d'invalidité. La mise en œuvre de telles réformes, souvent considérées comme impopulaires, nécessitera une volonté politique solide et une coopération étroite entre les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et la société civile.

© OCDE 2010

Chapitre 1

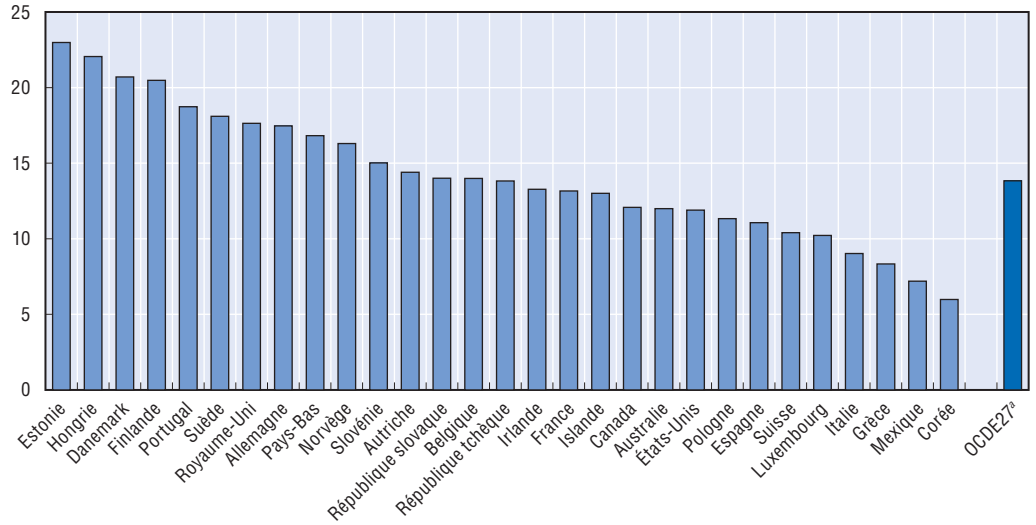
Le contexte économique des politiques d'invalidité

En dépit du ralentissement récent de l'activité économique, la mondialisation et les transitions démographiques et technologiques demeurent de puissantes forces de changement sur les marchés du travail des pays de l'OCDE. Ce chapitre démontre que pour relever les défis économiques et sociaux générés par ces grands facteurs de changement il est essentiel d'intégrer plus pleinement au marché du travail les personnes ayant un handicap. Le ralentissement récent de l'activité économique renforce encore cette urgence car les personnes handicapées ont été durement frappées par les pertes d'emplois et la diminution des offres d'emplois. Cela risque de les pousser en marge du marché du travail, augmentant le risque de nouveaux accroissements structurels du nombre des bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Les politiques d'invalidité sont un élément important de réponse aux défis économiques à court et long terme auxquels sont confrontés de nombreux pays de l'OCDE. Sur le long terme, l'activation des individus souffrant de problèmes de santé chroniques ou d'un handicap est essentielle pour remédier au déclin de l'offre effective de main-d'oeuvre associée au vieillissement démographique et contribuer ainsi à assurer le bien-être économique de nombreux pays de l'OCDE. L'invalidité n'est pas un phénomène marginal : dans la zone OCDE, une personne en âge de travailler sur sept considère souffrir d'un problème de santé chronique ou d'un handicap la gênant dans les activités de la vie quotidienne; dans certains pays, cette proportion est de plus d'une personne sur cinq (graphique 1.1).

Graphique 1.1. **La prévalence de l'invalidité parmi les personnes en âge de travailler est élevée dans la plupart des pays de l'OCDE**

Prévalence de l'invalidité auto-évaluée, en pourcentage de la population âgée de 20 à 64 ans, fin des années 2000



a) OCDE27 est une moyenne non pondérée pour 27 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE. Pour les définitions et la mesure de l'invalidité, voir l'annexe 1.A1.

Définitions et sources : Problème de santé chronique d'une durée minimum de six mois limitant les activités de la vie quotidienne, EU-SILC (Revenu, inclusion sociale et conditions de vie) 2007 (vague 4), excepté pour l'Australie : restriction profonde/sévère ou modérée/légère de l'activité de base, SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003; le Canada : personnes souffrant de problèmes de santé et d'une limitation (légère à très sévère), PALS (Participation and Activity Limitation Survey) 2006; le Danemark et la Norvège : personnes souffrant d'un problème de santé de longue durée ou d'un handicap; EFT (Enquête sur les forces de travail) 2005; la Corée : personnes enregistrées auprès de l'administration locale et dont le type de handicap et son niveau de gravité ont été évalués par un médecin, Enquête nationale sur les personnes handicapées, 2005; le Mexique : invalidité permanente ou temporaire; ENESS (Enquête nationale sur l'emploi); les Pays-Bas : personnes souffrant d'une maladie de longue durée ou d'un handicap les empêchant d'exercer ou de décrocher un emploi rémunéré (invalidité professionnelle), Enquête sur le budget des ménages 2006; la Pologne : personnes déclarant avoir une invalidité officiellement reconnue, EFT 2004; la Suisse : personnes souffrant de capacités réduites en raison d'un problème de santé d'une durée supérieure à un an, EFT 2008; le Royaume-Uni : personnes souffrant de capacités réduites en raison d'un problème de santé d'une durée supérieure à un an, EFT 2006; les États-Unis : état physique ou mental limitant la capacité à travailler, SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2008.

Ce chapitre commence par expliquer pourquoi les politiques d'invalidité constituent un objectif économique essentiel. Il examine ensuite comment l'évolution du contexte socio-économique de la dernière décennie a entraîné une dégradation des perspectives d'emploi des travailleurs handicapés. À la lumière de l'évolution de la situation sur le marché du travail, il analyse en particulier l'impact du ralentissement de l'activité économique sur les travailleurs handicapés. La dernière section étudie l'impact d'autres facteurs, en particulier l'impact du vieillissement de la population en âge de travailler.

1.1. L'importance des travailleurs handicapés pour l'économie et la société

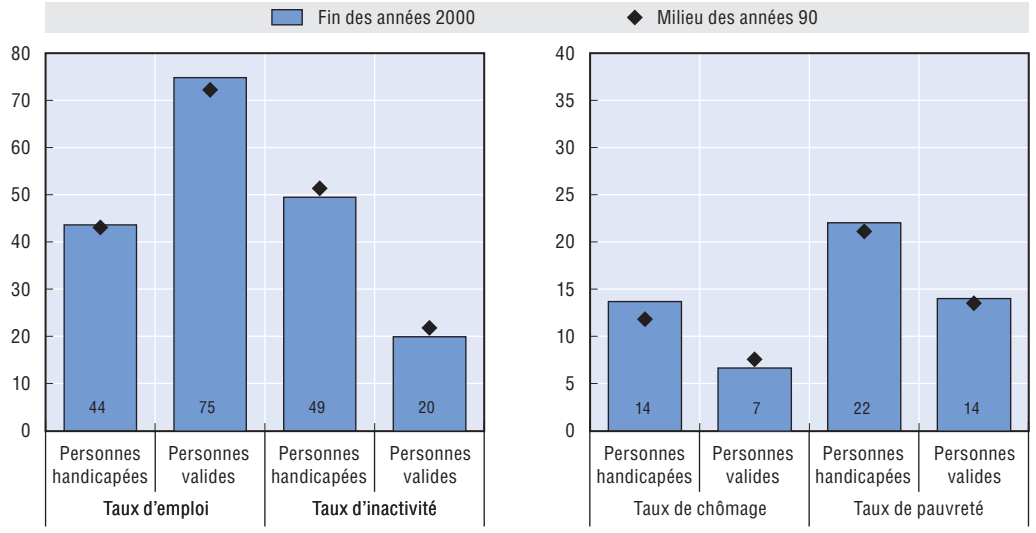
Insertion économique et sociale des personnes handicapées

L'intégration des individus ayant un handicap[1] aux marchés du travail de la zone de l'OCDE était déjà difficile avant le déclenchement de la crise économique mondiale alors que de nombreux pays de l'OCDE connaissaient depuis une dizaine d'années une croissance économique plutôt forte et une progression sensible de l'emploi.

Des niveaux d'emploi faibles et des taux élevés de chômage et d'inactivité reflètent le désavantage important des personnes handicapées sur le marché du travail (graphique 1.2). À la fin des années 2000, juste avant le début du récent ralentissement de l'activité économique, leur taux d'emploi n'était que légèrement supérieur à la moitié et leur taux de chômage était égal à près de deux fois la moyenne de l'OCDE pour les personnes sans handicap. Phénomène en rapport étroit avec ces résultats médiocres sur le marché du travail, les personnes handicapées ont également souffert plus intensément de la pauvreté que leurs pairs non handicapés (voir chapitre 2 pour plus de détails sur les résultats).

Graphique 1.2. **L'intégration économique et sociale des personnes handicapées est à la traîne**

Principaux indicateurs du marché du travail[a] par situation au regard du handicap, moyenne de l'OCDE[b], fin des années 2000 et milieu des années 90, en pourcentages



a) Taux d'emploi : emploi en pourcentage de la population en âge de travailler. Taux d'inactivité : population inactive en pourcentage de la population en âge de travailler. Taux de chômage : chômeurs en pourcentage de la population en âge de travailler. Taux de pauvreté : pourcentage de personnes handicapées dans les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu disponible médian corrigé.

b) La moyenne de l'OCDE est une moyenne non pondérée pour 27 pays de l'OCDE (à l'exclusion du Japon, de la Nouvelle-Zélande et de la Turquie).

Source : Voir graphique 2.1 excepté pour le taux de pauvreté (voir graphique 2.6).

Relever les défis démographiques et gérer les pénuries futures de main-d'oeuvre

Dans l'avenir, l'intégration difficile au marché du travail des personnes handicapées posera à de nombreux pays de l'OCDE des problèmes plus grands étant donné l'évolution rapide de leur démographie. Sur les 50 prochaines années, tous les pays enregistreront une forte progression de la part des retraités et un important déclin de la part des travailleurs d'âge actif dans leur population. À l'horizon 2050, par exemple, plus d'un tiers de la population devrait avoir plus de 65 ans en Italie, au Japon, en Corée et en Espagne (OCDE, 2006). Ces évolutions devraient conduire à une forte diminution de la main-d'oeuvre et entraîner par conséquent un ralentissement de l'activité économique.

Le vieillissement démographique milite fortement en faveur d'efforts accrus de mobilisation du potentiel de main-d'œuvre sous-utilisé parmi les travailleurs ayant un handicap. Cette mobilisation peut contribuer à un accroissement de la capacité de production de l'économie et à une réduction des coûts associés aux programmes de prestations d'invalidité. On peut illustrer la contribution potentielle d'un accroissement des taux d'activité des travailleurs handicapés à la compensation des effets négatifs du vieillissement sur la taille future de la population active en comparant un scénario dans lequel les taux d'activité par âge et sexe restent inchangés à leur niveau actuel (le « scénario de référence ») à un autre scénario dans lequel les taux d'activité des travailleurs handicapés augmentent progressivement. On compare les résultats à ceux de scénarios alternatifs supposant respectivement[2] un accroissement des taux d'activité des travailleurs âgés et des femmes. Les hypothèses retenues pour la construction des scénarios sont les suivantes :

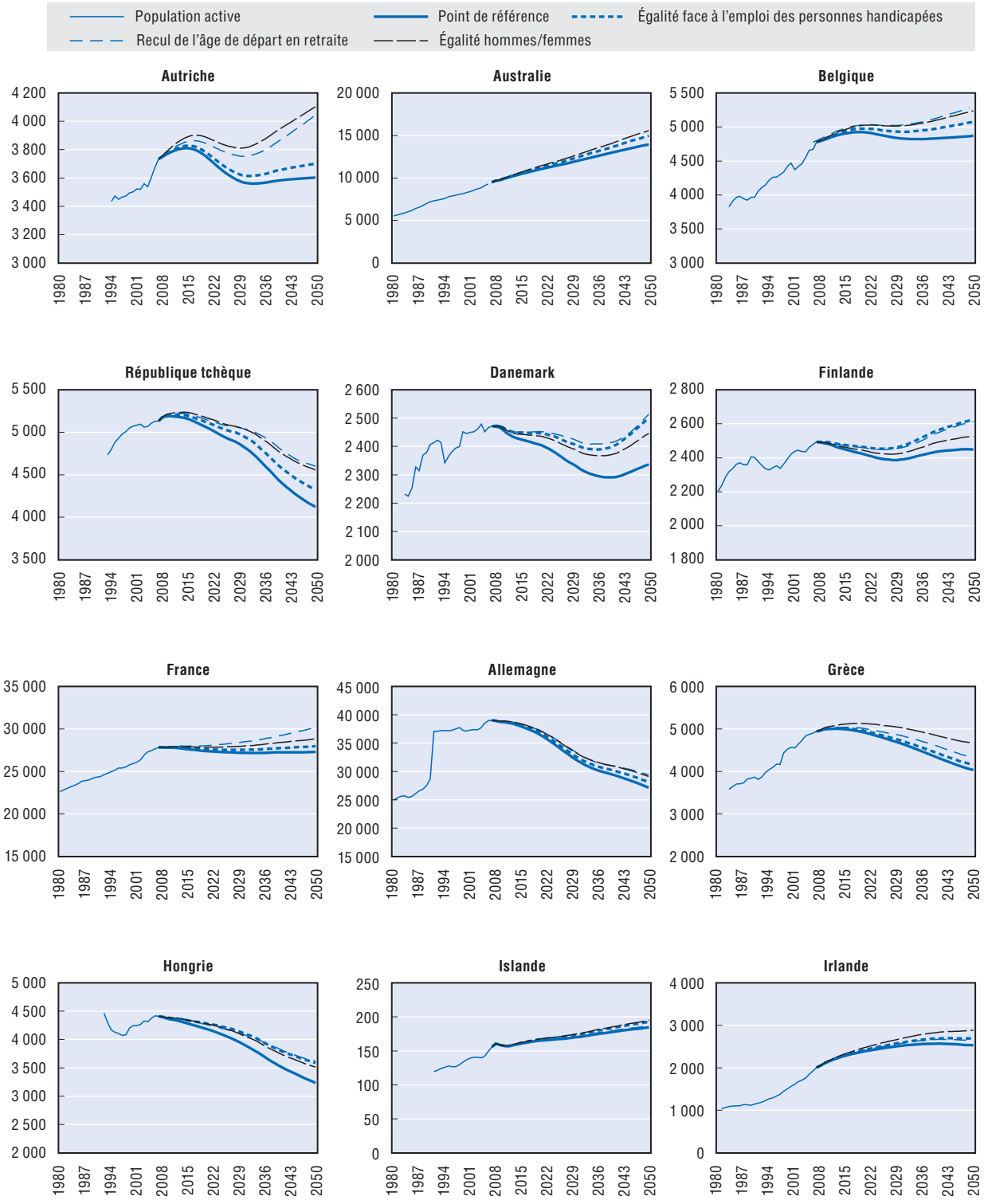
- Dans le « scénario de référence », les taux d'activité par âge et par sexe dans chaque groupe de handicap sont supposés demeurer constants à leurs niveaux de 2007.
- Dans le « scénario d'égalité face à l'emploi des personnes handicapées », les taux d'activité des personnes handicapées sont progressivement portés au niveau de ceux des personnes sans handicap, en supposant un comblement de l'écart de taux d'activité lié au handicap à l'horizon 2050.
- Dans le « scénario de recul de l'âge de départ en retraite », les taux d'activité des travailleurs âgés sont supposés augmenter progressivement jusqu'à atteindre ceux des travailleurs de cinq ans plus jeunes; autrement dit les taux d'activité du groupe d'âge 60-64 ans augmentent jusqu'à atteindre ceux du groupe d'âge 55-59 ans, ceux du groupe d'âge 55-59 ans jusqu'à atteindre ceux du groupe d'âge 50-54 ans et ceux du groupe d'âge 50-54 ans jusqu'à atteindre ceux du groupe d'âge 45-49 ans à l'horizon 2050.
- Dans le « scénario d'égalité hommes/femmes », les taux d'activité des femmes dans chaque groupe d'âge convergent progressivement pour atteindre ceux des hommes à l'horizon 2050.

Dans le *scénario de référence*, près des deux tiers des pays de l'OCDE connaîtront une contraction de leur population active au cours des 40 prochaines années (graphique 1.3). Le *scénario d'égalité face à l'emploi des personnes handicapées* montre qu'un accroissement des taux d'activité des travailleurs handicapés pourrait contribuer de façon très significative à accroître l'offre future de main-d'œuvre dans certains pays comme le Danemark, la Finlande, la Hongrie, la Norvège et la Suède mais aussi la Pologne et la République tchèque. En Hongrie, par exemple, si le taux d'activité des personnes handicapées pouvait être porté au niveau de celui des personnes sans handicap, la population active compterait en 2050 350 000 individus de plus, soit une progression de 11 % par rapport au scénario de référence.

Dans d'autres pays comme l'Australie, l'Islande, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Uni, l'accroissement des taux d'activité des travailleurs handicapés

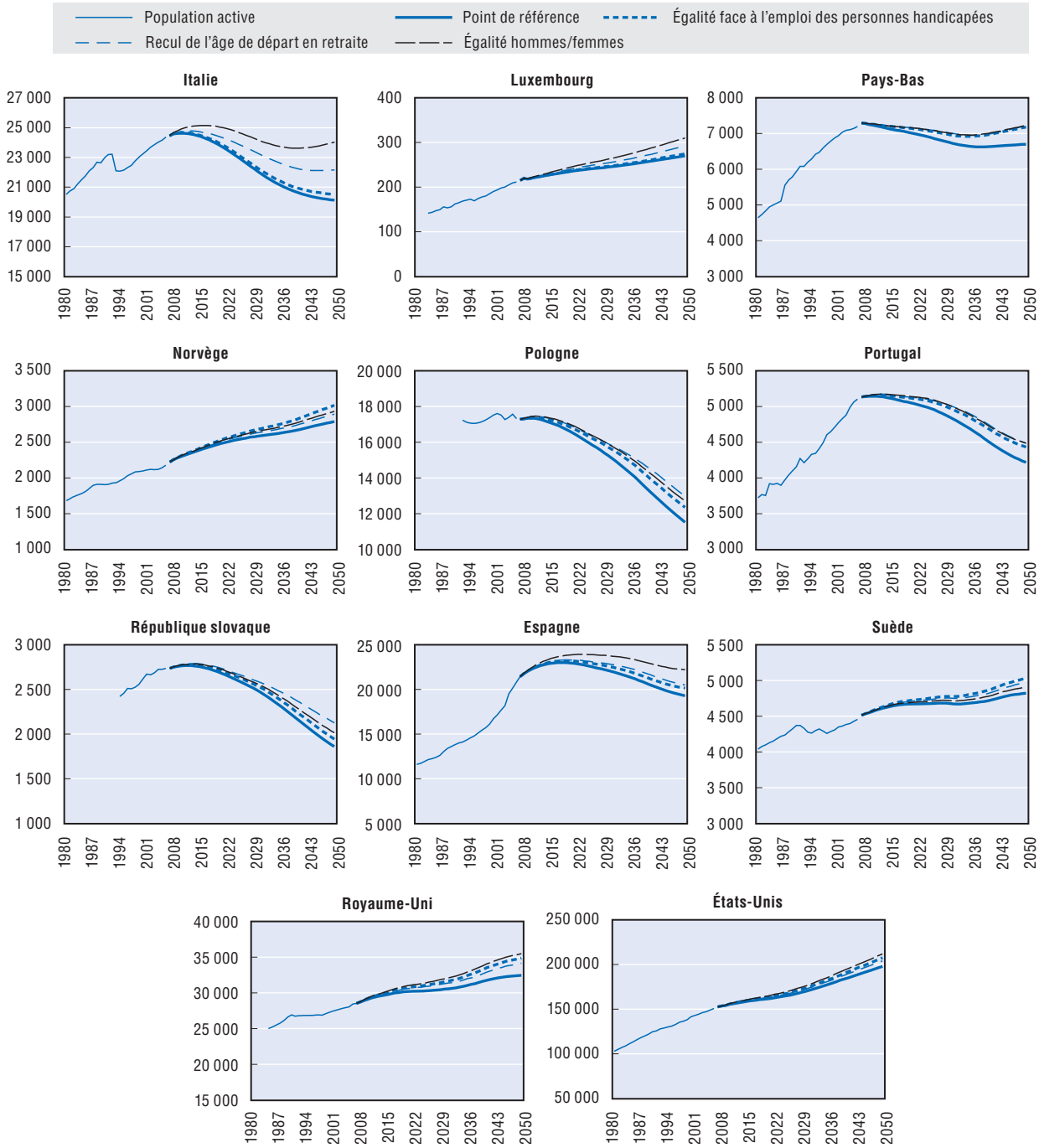
Graphique 1.3. **Un accroissement des taux d'activité des personnes handicapées peut contribuer à prévenir un déclin futur de la population active**

Projections de la population active selon quatre scénarios différents au regard de l'âge, du sexe et des taux d'activité spécifiques au handicap, 23 pays de l'OCDE, 1980-2050 (en milliers)



Graphique 1.3. **Un accroissement des taux d'activité des personnes handicapées peut contribuer à prévenir un déclin futur de la population active** *(suite)*

Projections de la population active selon quatre scénarios différents au regard de l'âge, du sexe et des taux d'activité spécifiques au handicap, 23 pays de l'OCDE, 1980-2050 (en milliers)



Note : Les estimations de la population active sont obtenues en multipliant, pour chaque groupe d'âge et chaque sexe séparément, les estimations de la population par les taux de prévalence de l'invalidité et les taux d'activité spécifiques à chaque situation au regard du handicap.

Source : Base de données de l'OCDE sur les projections de population pour les chiffres relatifs à la population ; graphique 1.1 pour les taux de prévalence de l'invalidité et graphique 1.2 pour les taux d'activité.

a autant d'impact sur l'offre future de main-d'œuvre qu'une modification des taux d'activité des autres groupes sous-représentés. Aux Pays-Bas, par exemple, l'accroissement des taux d'activité des personnes handicapées ou des femmes (*scénarios de l'égalité hommes/femmes*) pourrait accroître la population active à l'horizon 2050 d'environ 7 % par rapport au scénario de référence. Le *scénario du recul de l'âge de départ à la retraite* conduit à une croissance de la population active analogue à celle obtenue avec le scénario d'égalité des personnes handicapées dans la plupart des pays à l'exception de ceux dans lesquels le départ en retraite anticipé demeure particulièrement répandu, comme l'Autriche, la France et l'Italie.

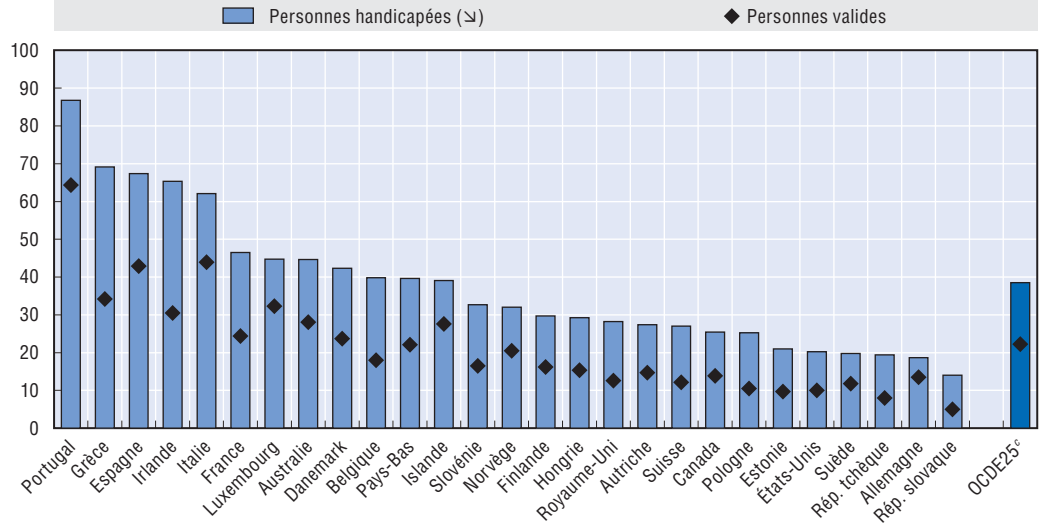
1.2. Les travailleurs handicapés sont confrontés à des obstacles plus grands sur le marché du travail

L'évolution du contexte du marché du travail

Les grands changements systémiques qui ont affecté les marchés du travail de la zone OCDE au cours des décennies passées ont souvent généré de nouveaux défis pour les travailleurs handicapés. En particulier, le changement technologique favorisant la qualification, conjugué à l'émergence dans une économie mondialisée de nouveaux grands partenaires commerciaux et aux délocalisations des activités peu qualifiées en dehors de la zone OCDE qu'elle entraîne ont eu un effet négatif sur les possibilités d'emploi des travailleurs peu qualifiés (OCDE, 2007). Ces évolutions ont été plus pénalisantes pour les personnes handicapées dans la mesure où leur niveau d'instruction moyen est inférieur à celui du reste de la population. En moyenne, la proportion de personnes handicapées ayant un niveau d'instruction inférieur au deuxième degré de l'enseignement secondaire était, en 2007, près de deux fois supérieure à celle des personnes sans handicap (graphique 1.4).

Graphique 1.4. **Les personnes handicapées ont des niveaux d'instruction nettement inférieurs**

Proportion de la population en âge de travailler ayant un niveau d'instruction bas[a], par situation au regard du handicap[b], fin des années 2000



Note : Dans la légende (↘) indique la variable selon laquelle les pays sont classés en ordre décroissant.

a) Un niveau d'instruction bas correspond à un niveau inférieur au deuxième degré de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).

b) Voir au graphique 1.1 les définitions de l'invalidité auto-évaluée.

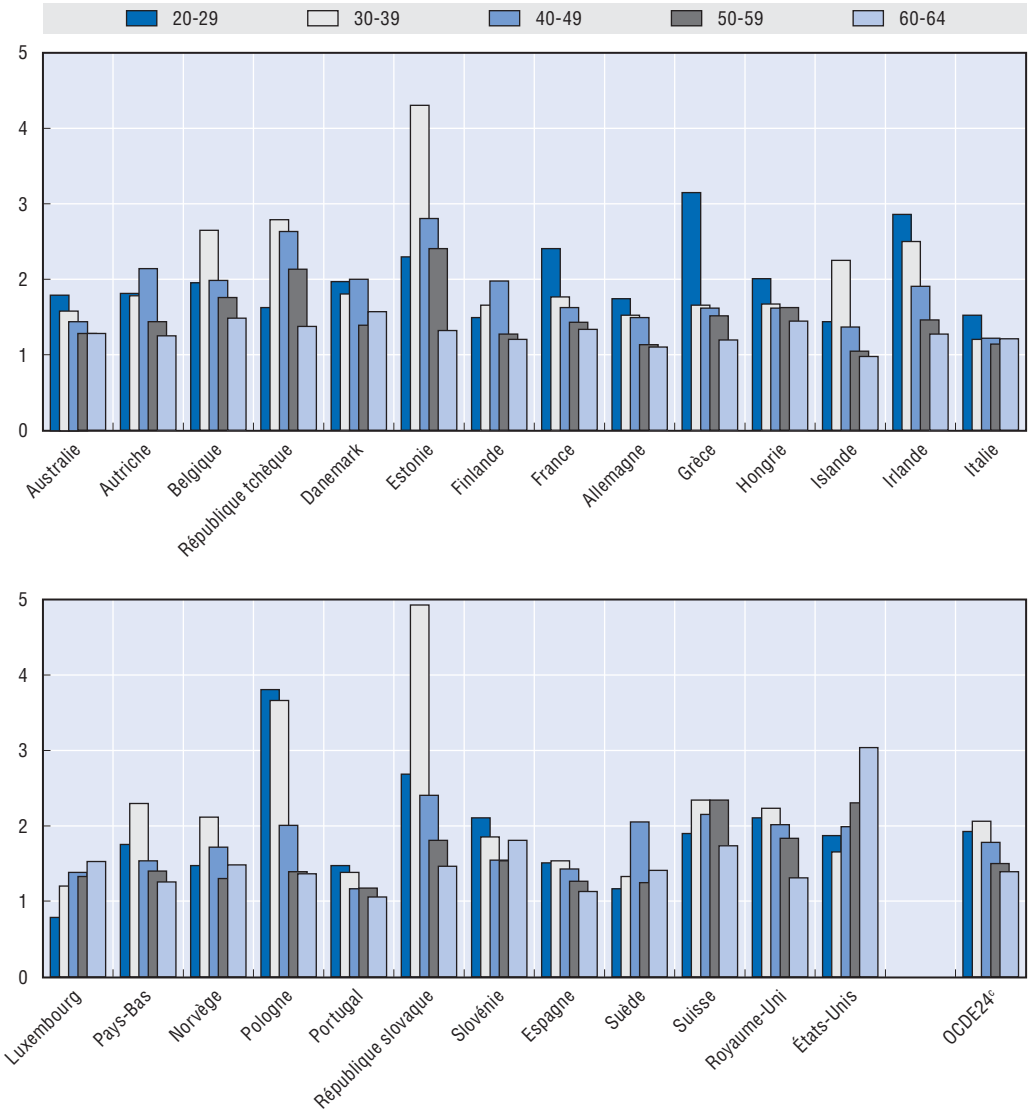
c) OCDE25 fait référence à une moyenne pondérée de 25 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

Source : Voir graphique 1.1.

Plus préoccupant, le fossé éducatif entre personnes handicapées et personnes sans handicap s'est creusé pour les classes d'âge plus jeunes. Le graphique 1.5 montre que la proportion de personnes d'une vingtaine et d'une trentaine d'années ayant un faible niveau d'instruction est deux fois plus élevée pour les personnes handicapées que pour les personnes sans handicap alors que pour les classes d'âge 50-59 ans et 60-64 ans, l'écart entre personnes handicapées et personnes sans handicap est moindre. Dans un petit nombre de pays, notamment aux États-Unis, c'est la tendance inverse qui a été observée et

Graphique 1.5. **Le fossé éducatif entre personnes handicapées et personnes sans handicap s'est creusé au fil des cohortes**

Personnes handicapées[a] à faible niveau d'instruction[b] par rapport à leurs pairs sans handicap, par cohorte d'âge, fin des années 2000



a) Voir au graphique 1.1 les définitions de l'invalidité auto-évaluée.
b) Un faible niveau d'instruction correspond à un niveau inférieur au deuxième degré de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).
c) OCDE24 fait référence à une moyenne pondérée de 24 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

Source : Voir graphique 1.1.

dans plusieurs pays, par exemple l'Irlande, la Pologne et la République slovaque, le fossé éducatif s'est creusé beaucoup plus vite.

Face à une concurrence accrue et à l'accélération du changement technologique, les conditions de travail ont changé dans les pays de l'OCDE; la sécurité de l'emploi a diminué pour le nombre croissant de travailleurs ayant des contrats de travail temporaires ou atypiques, la charge de travail et la pression se sont accrues. Ces schémas ont rendu plus difficile l'accès à l'emploi des individus ayant un handicap. Le graphique 1.6 résume quelques-uns de ces indicateurs de la situation du marché du travail dans les pays de l'OCDE. La proportion des emplois temporaires et le nombre de travailleurs ayant moins d'un an d'ancienneté dans l'emploi ont augmenté tandis que la durée moyenne d'ancienneté (actuellement de l'ordre de dix ans) a également augmenté. Ces indicateurs donnent à penser que le marché du travail est de plus en plus dichotomique dans de nombreux pays de l'OCDE, avec une sécurité de l'emploi qui diminue, des changements d'emplois plus fréquents et un relâchement des liens avec un employeur spécifique et avec le marché du travail pour certains groupes de personnes. Mais, parallèlement, la multiplication des formes d'emploi dites « atypiques », comme le travail à temps partiel, peut offrir d'avantage d'opportunités d'emploi aux travailleurs handicapés.

Délocalisations et santé mentale

L'exposition auto-déclarée des travailleurs européens à un certain nombre de conditions de travail stressantes donne à penser que l'intensité du travail tend à augmenter dans la majorité des pays (tableau 1.1, colonnes 1-4). Ce constat est important dans la mesure où l'intensité du travail paraît être l'un des principaux facteurs de stress au travail perçu (tableau 1.1, colonnes 8-11). Ces exigences peuvent générer un nombre accru de pathologies professionnelles liées au stress et d'individus cherchant à se faire mettre en invalidité pour échapper à des exigences grandissantes au travail[3]. Les résultats de recherches théoriques et empiriques sur les maladies professionnelles indiquent qu'il convient de se préoccuper de l'effet des facteurs psychosociaux au travail. Les pressions psychologiques peuvent être une surcharge de travail ou des délais impossibles à tenir; elles pourraient être aggravées par l'insécurité de l'emploi en raison du stress également associé à l'incertitude qu'elle génère (Ferrie *et al.*, 2002, 2005; *Siegrist, 1996*).

De fait, les délocalisations, qui ont accru la prévalence du stress lié au travail, peuvent être l'une des principales explications du nombre grandissant d'entrées dans les régimes d'invalidité pour cause de troubles mentaux. Ainsi, des données longitudinales récentes pour une sélection de pays présentées dans OCDE (2008) montrent que les salariés passant d'un emploi standard à un emploi atypique, évalué par le type de contrat ou les horaires de travail, connaissent généralement une baisse de leur bien-être mental. Toutefois, la même étude montre également que les personnes ayant un emploi se portent mieux au plan de la santé mentale que les inactifs et les chômeurs. La santé mentale tend à se dégrader de façon significative lorsque des individus quittent un emploi et à s'améliorer à nouveau lorsqu'ils réintègrent un emploi (voir graphiques 1.A2.1 et 1.A2.2 de l'annexe)[4].

L'impact de l'économie sur les résultats sur le plan professionnel des personnes handicapées

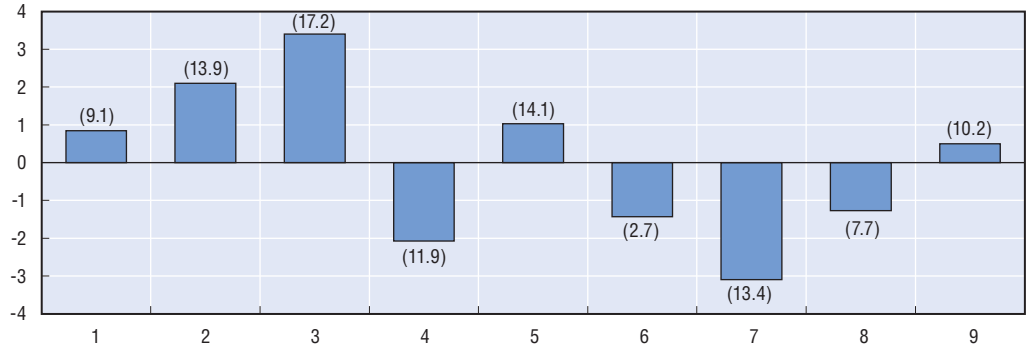
Le rôle du cycle économique

Il est probable que la profonde récession récente et la crise de l'emploi qu'elle a entraîné vont probablement aggraver la situation des personnes handicapées sur le

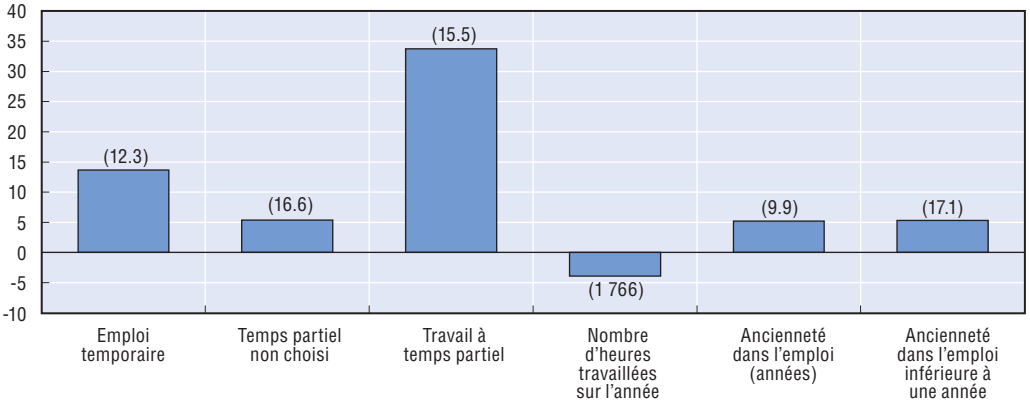
Graphique 1.6. **Les tendances des indicateurs du marché du travail et des conditions de travail sont peu concluantes**

Variation en pourcentages dans un intervalle d'indicateurs du marché du travail et des conditions de travail, 1995-2008 Moyenne non pondérée d'une sélection de pays de l'OCDE

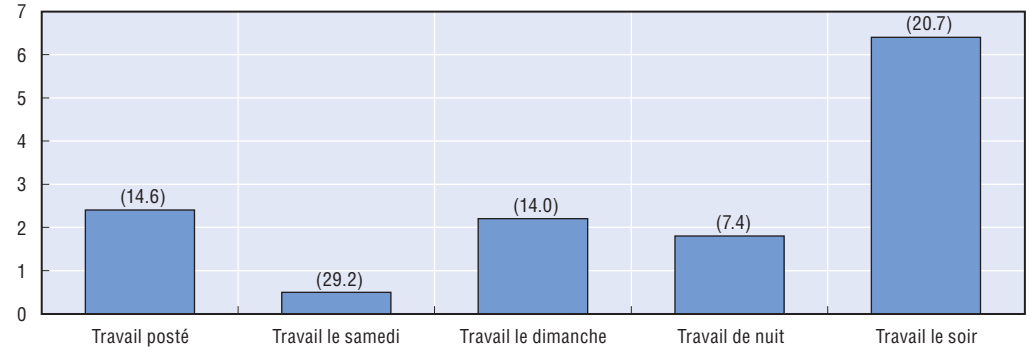
Partie A. **Variation de l'emploi par profession en Europe**[a, b]



Partie B. **Variation du type de contrat, nombre d'heures de travail**[c] **et ancienneté dans l'emploi**



Partie C. **Variation des horaires de travail atypique en Europe**



Note : Les valeurs entre parenthèses sont la moyenne OCDE pour la dernière année.

a) Profession établie sur la base de CITP-88, code à un chiffre : 1 : Membres des corps législatifs, hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres de direction. 2 : Professions intellectuelles et scientifiques. 3 : Professions intermédiaires. 4 : Employés de type administratif. 5 : Personnel des services et vendeurs de magasin et de marché. 6 : Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche. 7 : Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal. 8 : Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage. 9 : Ouvriers et employés non qualifiés.

b) Les données font référence à UE15 à l'exclusion de la Finlande et de la Suède.

c) Variation en pourcentage pour le nombre moyen d'heures travaillées sur l'année.

Source : Pour les parties A et C, Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne (EFT UE); pour la partie B, *base de données de l'OCDE sur la population active.*

Tableau 1.1. **Le stress lié au travail s'accroît lorsque l'intensité du travail augmente et que la satisfaction liée au travail diminue**

Pourcentage de travailleurs faisant état de conditions de travail spécifiques et d'un stress lié au travail, sélection de pays européens, niveaux de 2005 et évolution (variation en pourcentage) sur la période 1995-2005

	Partie A. Pourcentage de personnes ayant un emploi qui font état de conditions de travail spécifiques (2005) et évolution depuis 1995[a]						Partie B. Proportion de répondants faisant état d'un stress au travail, en fonction des différentes conditions de travail, 2005[b]						
	1. Emploi impliquant des cadences de travail très rapides		2. Emploi impliquant des délais très serrés		3. Satisfait de ses conditions de travail		Globalement	1. L'emploi implique-t-il des cadences de travail très rapides ?		2. L'emploi implique-t-il des délais très serrés ?		3. Le répondant est-il satisfait de ses conditions de travail dans son principal emploi rémunéré ?	
	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Autriche	36	+++	32	---	89	=	21	31	14	36	14	16	49
Belgique	22	+	25	+++	88	=	22	34	18	37	16	16	59
Rép. tchèque	21	+++	43	+++	79	=	16	27	12	20	8	12	23
Danemark	34	+++	35	+++	93	=	29	39	23	34	25	25	68
Finlande	36	+	36	=	85	–	25	32	20	34	18	20	48
France	23	=	28	+	81	=	20	33	16	28	15	14	45
Allemagne	32	+++	27	=	88	=	16	28	10	29	11	12	40
Grèce	37	+++	34	+++	57	–	58	67	52	68	54	46	73
Hongrie	33	+	35	+++	74	–	26	44	16	36	19	21	40
Irlande	15	–	28	=	87	–	18	27	16	29	11	14	40
Italie	24	+	19	+	76	–	26	42	20	39	23	20	43
Luxembourg	23	+++	25	+++	86	–	30	44	25	42	25	25	60
Pays-Bas	19	---	25	–	88	=	18	29	15	27	14	12	56
Norvège	36		30		93		28	39	21	41	24	26	49
Pologne	19	---	24	+++	79	+	36	47	32	48	29	33	45
Portugal	15	---	19	+	85	=	26	31	24	36	22	23	41
Rép. slovaque	21	---	22	+++	79	+	19	33	15	31	15	16	31
Espagne	23	+	23	+++	81	=	39	56	31	60	32	34	68
Suède	34	+++	30	+	85	–	32	49	26	48	26	26	51
Suisse	25		25		92		18	27	15	31	14	15	52
Turquie	39		41		56		35	41	30	40	29	22	49
Royaume-Uni	19	–	36	–	92	+	12	18	10	20	6	9	44
OCDE22	27		29		82		26	37	21	37	20	21	49
OCDE19	26	+	29	+	83	=							

a) « +++ » indique une augmentation de plus de 20 %; « + » une augmentation de 5 à 20 %; « = » des variations comprises entre –5 % et +5 %; « – » une diminution de plus de 5 %; « --- » une diminution de plus de 20 %. Pour la République tchèque, la Hongrie, la Pologne et la République slovaque, l'évolution fait référence à la période 2000-05; l'interprétation des signes +/– est ajustée en conséquence (« +++ » indique une augmentation de plus de 10 %).

b) Les personnes qui ne savent pas/refusent de répondre ne sont pas prises en compte dans les calculs. Les chiffres indiqués sont le pourcentage de personnes se déclarant stressées par le travail parmi celles faisant état de conditions de travail stressantes (oui), non stressantes (non) ou satisfaisantes.

Source : Calculs de l'OCDE basés sur diverses vagues de l'Enquête européenne sur les conditions de travail effectuée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

marché du travail. Des éléments donnent à penser que leur taux d'emploi sont plus affectés dans les périodes de ralentissement de l'activité économique. Les résultats des analyses nationales montrent que les récessions frappent plus durement les personnes handicapées que les personnes sans handicap. Burkhauser *et al.* (2001), par exemple, ont examiné les résultats relatifs de travailleurs ayant un handicap sur les cycles conjoncturels des années 80 et 90 aux États-Unis et en ont conclu que l'emploi a diminué davantage pour les personnes handicapées que pour les personnes sans handicap. De même, pour le Royaume-Uni, Balloch *et al.* (1985) ont montré que les possibilités d'emploi des personnes handicapées ont diminué durant la récession des années 80.

Les calculs effectués par le Secrétariat de l'OCDE sur la base de données pour l'Europe pour la période 1994-2001[5] donnent à penser que si le fait d'avoir un handicap diminue considérablement les chances d'emploi à tous les stades du cycle économique (de 19 % pour les hommes et de 12 % pour les femmes, tableau 1.2, première ligne), un écart de production plus important contribue à réduire davantage les possibilités d'emploi pour les personnes handicapées que pour les personnes sans handicap (voir l'encadré 1.1 pour des détails

Tableau 1.2. **L'impact du cycle économique sur l'emploi des personnes handicapées est faible comparé à l'impact du handicap en soi**

Résultats des analyses de régression : impact d'une augmentation de l'écart de production d'un point de pourcentage sur les niveaux de l'emploi en général et désavantage supplémentaire pour les personnes handicapées, en pourcentages

	Effet en termes d'emploi	
	Hommes	Femmes
Effet du fait d'avoir un handicap	–19.03	–11.94
	(0.000)***	(0.000)***
Impact global de la variation de l'écart de production sur les personnes handicapées	–1.12	–2.01
Dont :		
Impact de la variation de l'écart de production sur tous les individus	–0.72	–1.15
	(0.000)***	(0.000)***
Impact supplémentaire de l'évolution de l'écart de production sur les personnes handicapées	–0.39	–0.86
	(0.001)***	(0.000)***

*** significatif au seuil de 1 %. L'écart de production est la différence en pourcentage entre la production potentielle et la production effective.

Source : Calculs de l'OCDE sur la base du PCM 1994-2001.

Encadré 1.1. **Comment le cycle économique affecte les résultats professionnels des travailleurs handicapés**

Le modèle suivant a été estimé en regroupant les observations de tous les pays pour évaluer l'impact potentiel des conditions économiques sur les résultats professionnels des personnes handicapées :

$$Pr(e_{ijt} = 1 | X_{ijt}) = \Phi (X_{ijt}\alpha + gap_{jt}\beta + disab_{ijt}\lambda + gap_{jt}{}^{*}disab_{ijt}\,\delta + country)_j + \varepsilon_{ijt}$$

Où *i*, *j*, et *t* désignent respectivement l'individu, le temps et le pays; *e* est une variable aléatoire de code un si la personne a un emploi (on utilise la même équation si l'individu est au chômage). Cela implique que la probabilité d'avoir un emploi ou d'être chômeur est fonction d'un ensemble de contrôles *X* (incluant les variables démographiques et le niveau d'instruction) et de l'interaction entre l'écart de production du pays et une variable de handicap. Cette dernière est fixée à 1 si la personne fait état d'un problème chronique de santé physique ou mentale, d'une maladie ou d'un handicap et à 0 dans les autres cas. L'écart de production, ou l'écart de PIB, se définit comme la différence en pourcentage entre la production ou le PIB potentiel(le) et la production ou le PIB réel(le) (un écart de production positif indique une situation dans laquelle la croissance de la *demande globale* est supérieure à la croissance de l'*offre globale*).

Le paramètre δ saisit l'effet additionnel du cycle économique sur la probabilité d'emploi (de chômage) des personnes handicapées par rapport aux personnes sans handicap. Des effets fixes pays ont été pris en compte pour exclure les effets spécifiques aux pays (par exemple, les facteurs institutionnels et autres variables non observables). Les paramètres ont été estimés en utilisant l'échantillon du PCM complet pour la période 1994-2001.

techniques, notamment sur la définition de l'écart de production). De fait, lorsque la production économique baisse, la probabilité d'avoir un emploi pour les hommes en général diminue de 0.7 % pour chaque point d'augmentation de l'écart de production et elle diminue de 0.4 % de plus pour les travailleurs handicapés. L'impact global du cycle économique sur le taux d'emploi des hommes handicapés sera donc de 1.1 % (tableau 1.2, deuxième ligne). C'est un chiffre relativement faible comparé à l'impact sur le taux d'emploi de 19 % qu'entraîne le fait d'avoir un handicap. Pour les femmes handicapées, l'impact du cycle économique est approximativement deux fois plus élevé que pour leurs homologues masculins.

Les enseignements des crises passées pour les politiques publiques

Les pressions aux fins d'une atténuation des effets à court terme de la crise pour le marché du travail augmentent le risque de voir les pouvoirs publics répéter les erreurs du passé. En effet, les épisodes de récession passés fournissent divers enseignements utiles. Le graphique 1.7 montre les évolutions des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité et des taux de chômage et les années-pics de récession dans une sélection de pays de l'OCDE. On peut tirer de ces courbes trois grandes conclusions.

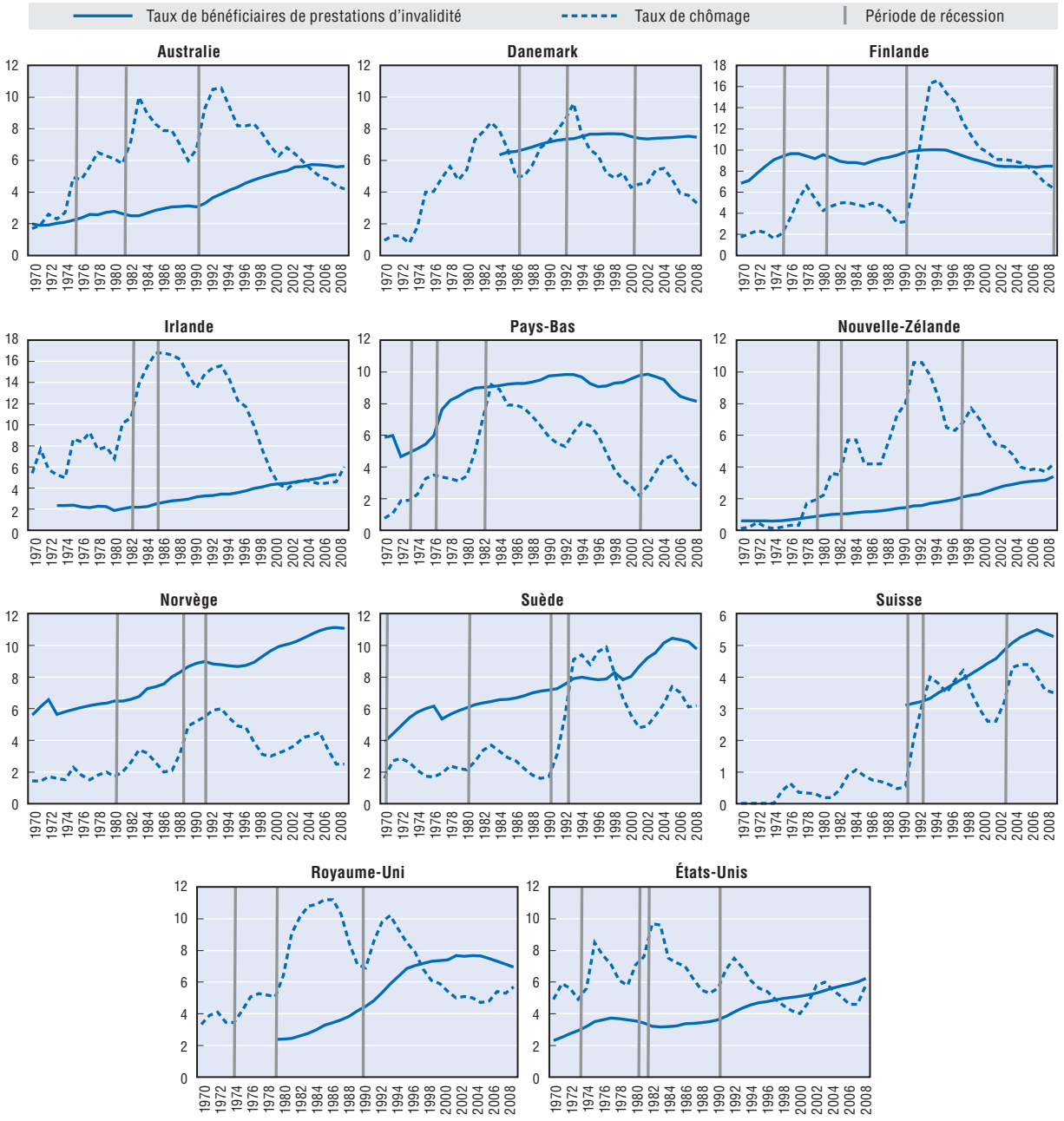
Au début d'une récession, les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité tendent à augmenter… Pratiquement toutes les récessions ont été associées, dans un premier temps, à des augmentations du taux de chômage et, généralement avec un certain décalage, des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Dans tous les pays, les fluctuations conjoncturelles des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont très faibles, comparées aux fluctuations conjoncturelles du taux de chômage. Dans certains pays, comme l'Australie et le Royaume-Uni, la récession des années 80 a eu un impact très important sur le taux des bénéficiaires de prestations d'invalidité[6].

… mais même lorsque la croissance économique reprend, un grand nombre de bénéficiaires ne sortent pas des régimes d'invalidité. Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité ne sont pas retombés lors de la reprise économique ultérieure alors que la croissance de l'emploi était importante et que le chômage baissait rapidement. En cas de ralentissement de l'activité économique, les possibilités d'emploi diminuent et un plus grand nombre de personnes sont susceptibles de se tourner vers les prestations d'invalidité, tandis que le faible nombre de sorties des régimes d'invalidité induit des effets de cliquet par lesquels les effectifs de bénéficiaires de prestations restent à un niveau structurel plus élevé après chaque période d'entrées importantes résultant d'une récession économique.

L'invalidité peut devenir un substitut au chômage de longue durée. Lorsque l'économie reprend et que le chômage régresse, un grand nombre de pays enregistrent une augmentation simultanée des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Il apparaît qu'au cours des dernières décennies, dans de nombreux pays de l'OCDE, les problèmes du marché du travail se sont progressivement déplacés du chômage vers la maladie et l'invalidité[7]. Cela peut s'expliquer, dans une certaine mesure, par l'inaptitude de certains chômeurs de longue durée et inactifs découragés, à trouver un emploi lorsque l'économie est florissante, et reflète un effet de substitution entre les régimes de prestations. La relative générosité des programmes d'invalidité, mais aussi le durcissement des exigences de recherche d'emploi des programmes d'indemnisation du chômage et d'aide sociale et le repli progressif des systèmes de mise en retraite anticipée, ont contribué à accroître le nombre de personnes se tournant vers les prestations d'invalidité comme prestation de dernier recours[8].

Graphique 1.7. **Après le pic d'une récession, les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité tendent à augmenter**

Tendances sur le long terme du chômage et des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans 11 pays de l'OCDE, 1970-2008



Source : Calculs de l'OCDE se fondant sur des données fournies par les autorités nationales et *Perspectives économiques de l'OCDE (2009)*.

1.3. Tendances des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, du cycle économique et du vieillissement démographique

Quelle est la force des tendances en matière de taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité générées par le cycle économique?

Le graphique 1.8 montre la tendance structurelle à long terme du taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans dix pays de l'OCDE (ligne en pointillés) et l'écart conjoncturel par rapport à la tendance structurelle (ligne noire) résultant des variations de l'écart de production (ligne grise). La zone ombrée (bleu) met en lumière la durée d'une récession (pic-creux). On peut faire les constats suivants :

Premièrement, la sensibilité du taux d'invalidité aux variations de l'écart de production varie d'un pays à l'autre. Dans certains pays, par exemple en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni, les baisses (hausses) de l'écart de production se traduisent presque instantanément par des hausses (baisses) conjoncturelles correspondantes de la tendance structurelle du taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Dans d'autres pays, cette réaction est moins prononcée et parfois totalement absente; c'est ainsi qu'en Finlande la récession du début des années 90 a été apparemment absorbée par l'évolution du chômage.

Deuxièmement, l'impact du cycle économique est très faible dans la plupart des épisodes et des pays; il se situe habituellement dans une fourchette de plus ou moins 2 à 5 %. Seules les récessions survenues en Irlande en 1979-80, aux Pays-Bas au début des années 70 et en Suède à la fin des années 70 ont entraîné une réaction conjoncturelle voisine de 10 %; mais même une telle augmentation n'implique qu'une variation du taux de bénéficiaires de l'ordre de 0.2 à 0.3 point de pourcentage.

Troisièmement et c'est le plus important, les récessions ont contribué dans plusieurs cas, aux augmentations structurelles du niveau des bénéficiaires de prestations d'invalidité. Le phénomène a été particulièrement marqué au Royaume-Uni et aux États-Unis après la profonde récession intervenue autour de 1990 mais il est également apparent dans plusieurs autres pays et épisodes, par exemple en. Suède autour de 2001, en Suisse autour de 2002 et en Nouvelle-Zélande autour de 1998. Les récessions se sont donc souvent traduites par un problème structurel pour les régimes d'invalidité, le taux de bénéficiaires demeurant élevé après la reprise économique.

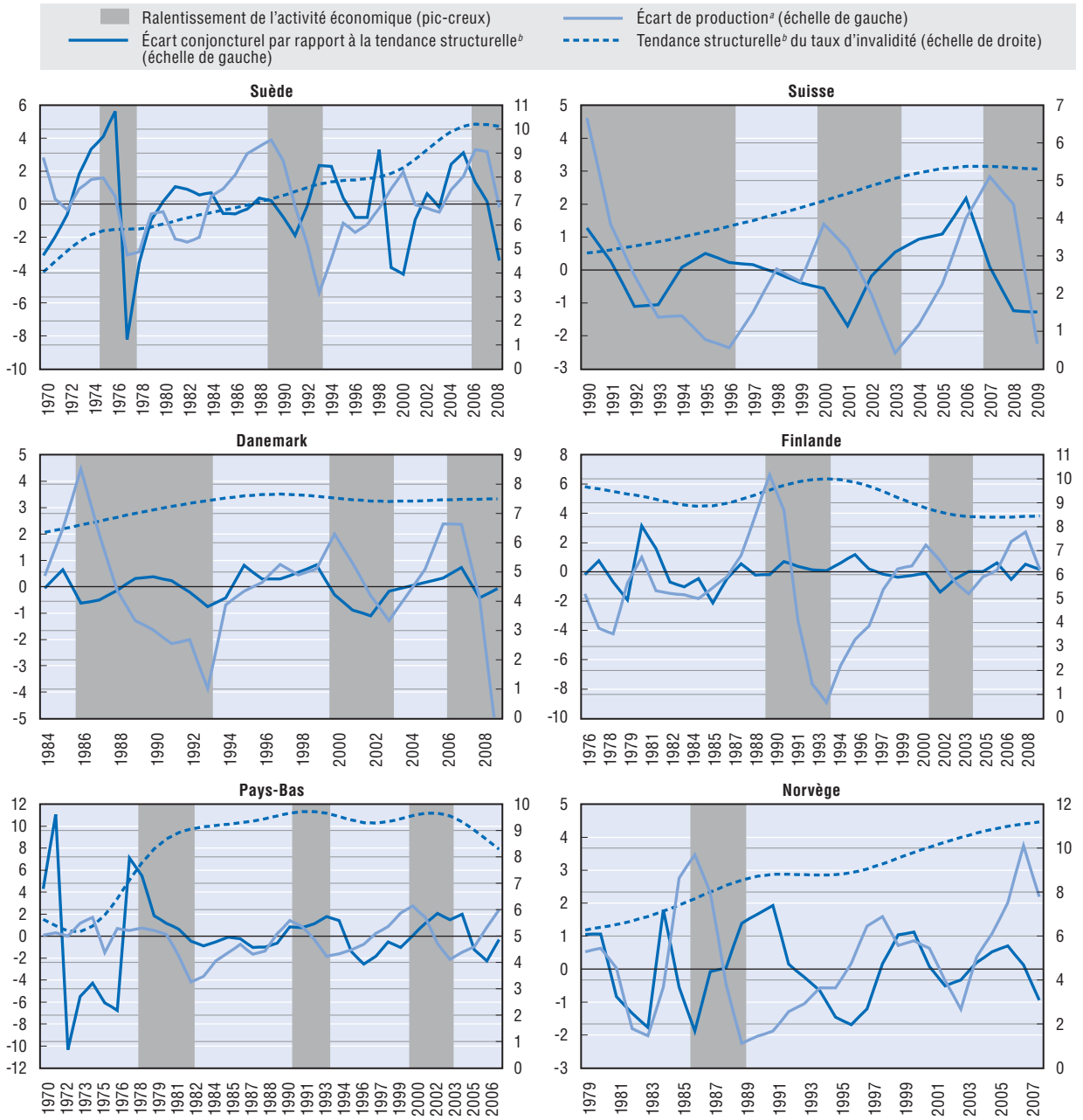
Enfin, on n'a guère d'indication que l'inversion très récente de l'augmentation à long terme du taux de bénéficiaires dans certains pays comme les Pays-Bas, la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni ait été associée à des variations de l'écart de production.

Effets du vieillissement démographique sur l'évolution du nombre des bénéficiaires de prestations d'invalidité

Étant donné que le cycle d'activité n'explique guère la tendance globale, quel autre facteur agit sur l'évolution des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité? Un autre argument parfois avancé pour expliquer le nombre croissant de bénéficiaires de prestations d'invalidité est le vieillissement démographique. Comme on peut le voir ci-dessous, la prévalence de l'invalidité augmente fortement avec l'âge dans tous les pays de l'OCDE : la probabilité de faire état d'un problème de santé chronique ou d'un handicap est plus de deux fois supérieure parmi les personnes de 50 à 64 ans que parmi l'ensemble

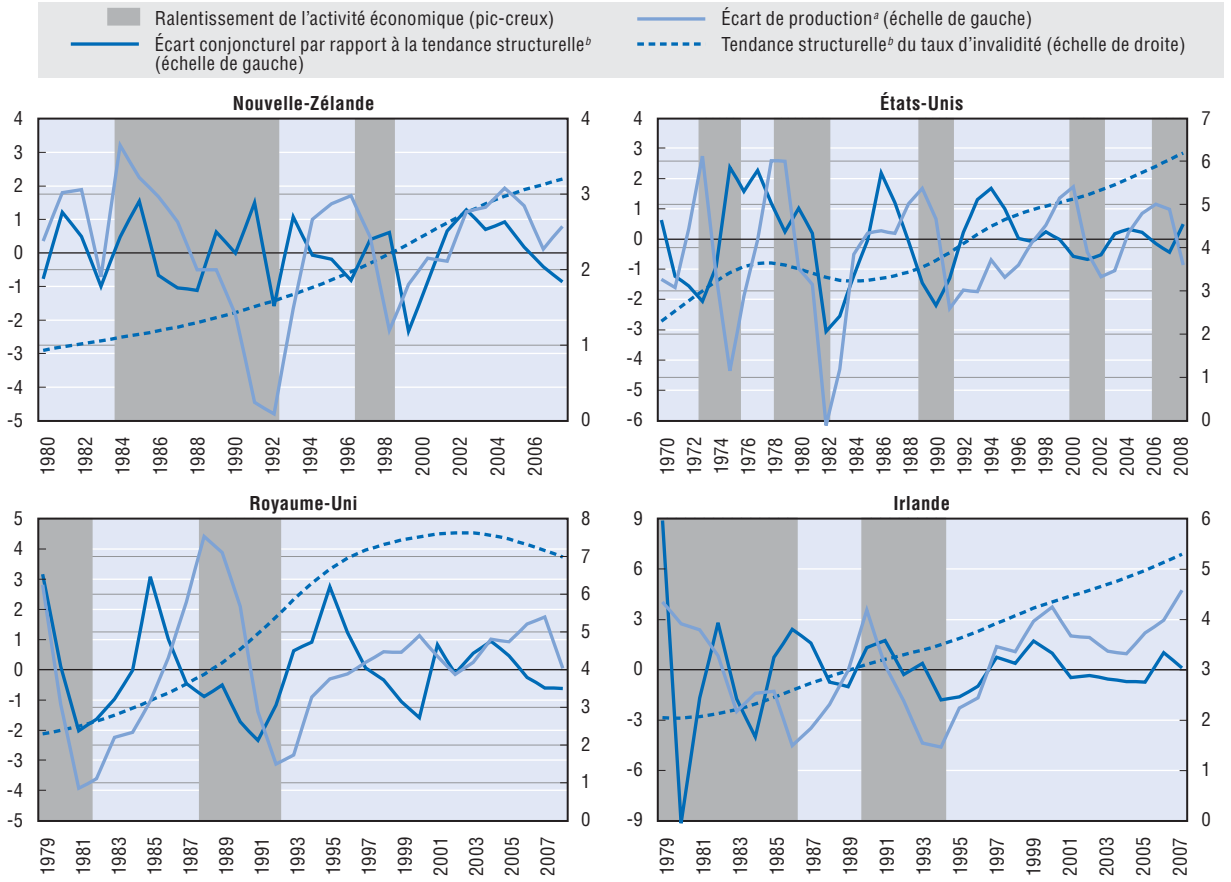
Graphique 1.8. **Le cycle économique n'est que l'un des facteurs (et souvent pas le plus important) d'explication des fluctuations du taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité**

Accroissement de la tendance structurelle du taux de bénéficiaires et écarts conjoncturels par rapport à la tendance générée par les variations de l'écart de production, 1970-2008



Graphique 1.8. **Le cycle économique n'est que l'un des facteurs (et souvent pas le plus important) d'explication des fluctuations du taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité** *(suite)*

Accroissement de la tendance structurelle du taux de bénéficiaires et écarts conjoncturels par rapport à la tendance générée par les variations de l'écart de production, 1970-2008



a) L'écart est exprimé en pourcentage de la production potentielle. Cette dernière est calculée au moyen d'une fonction de production Cobb-Douglas, les intrants de la fonction étant le travail, le capital, leur productivité respective et la productivité totale des facteurs.

b) La tendance et les fluctuations conjoncturelles du taux d'invalidité ont été établies par le filtre (de) Hodrick-Prescott.

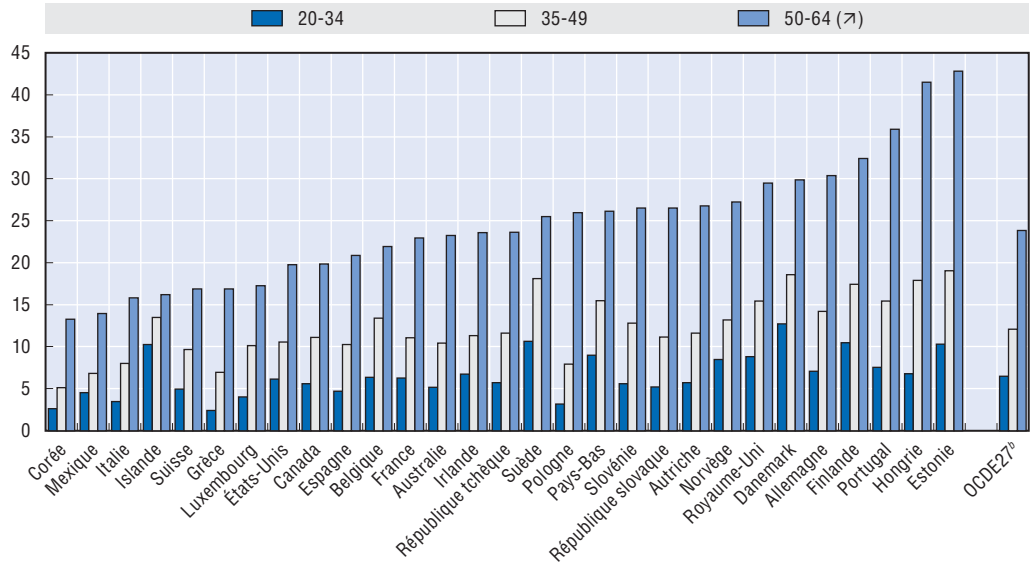
Source : Calculs de l'OCDE se fondant sur les données fournies par les autorités nationales et *Perspectives économiques de l'OCDE (2009)*.

de la population en âge de travailler (graphique 1.9). Toutes choses égales par ailleurs, une proportion plus grande de personnes de plus de 50 ans dans la population en âge de travailler devrait donc se traduire par une augmentation des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

L'effet « pur » du vieillissement est étudié en comparant les tendances effectives de bénéficiaires à une série historique estimée de bénéficiaires pour chaque pays, que l'on obtient en multipliant les taux de bénéficiaires constants par âge et par sexe pour 1990 (ou la première année disponible) par la population des années ultérieures pour chaque classe d'âge et chaque sexe. L'écart entre le nombre estimé et le nombre effectif de bénéficiaires correspond à la fraction de la tendance observée qui résulte de la variation du taux de bénéficiaires et donc ne s'explique pas par le changement de la taille de la population « à risque » mais par un changement des comportements, les effets de l'action publique ou les deux.

Graphique 1.9. **La prévalence de l'invalidité augmente fortement avec l'âge, ce qui pose un problème critique compte tenu du vieillissement démographique**

Prévalence de l'invalidité[a] auto-évaluée, en pourcentage de la population, par groupe d'âge, fin des années 2000



a) Voir au graphique 1.1 les définitions de l'invalidité auto-évaluée.
b) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée pour 27 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

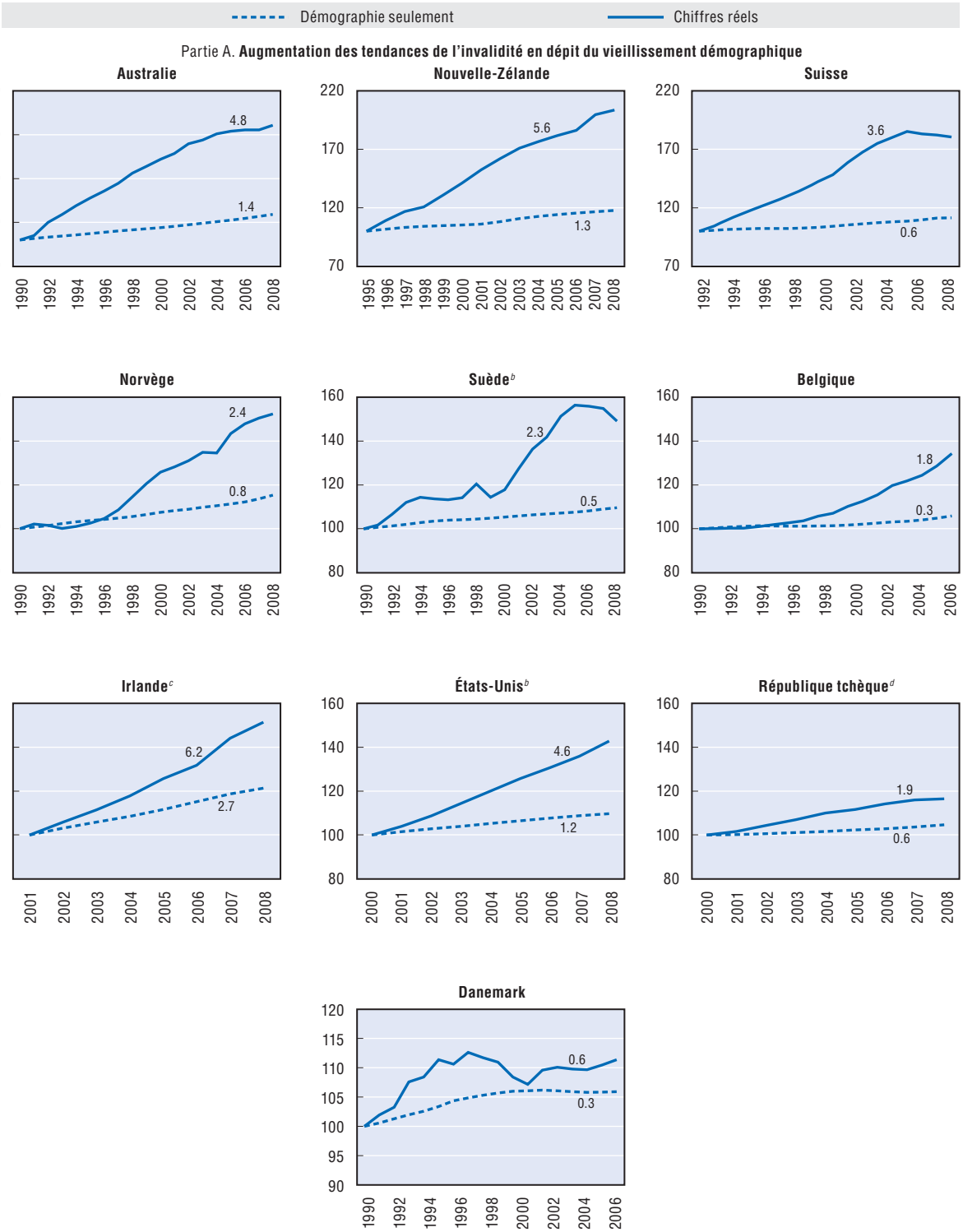
Source : Voir graphique 1.1.

Dans la moitié des pays de l'OCDE, seule une petite partie de la forte progression des bénéficiaires de prestations d'invalidité des décennies passées peut s'expliquer par une modification de la pyramide des âges (graphique 1.10, partie A). Le taux de croissance annuel moyen du nombre des bénéficiaires de prestations d'invalidité a été égal à trois fois la croissance de la taille de la population à risque due à l'augmentation relativement plus importante du nombre de travailleurs âgés dont le risque de devenir invalides est plus grand.

Dans l'autre moitié, les tendances effectives ont divergé très fortement par rapport aux projections de tendances en progression continue des bénéficiaires de prestations d'invalidité pour la ou les deux décennies passées du fait du seul changement démographique (graphique 1.10, partie B). Dans la plupart de ces pays, le nombre des bénéficiaires est désormais inférieur, parfois nettement, au nombre auquel on aurait pu s'attendre. Dans plusieurs pays, notamment en Finlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Pologne, au Portugal et au Royaume-Uni, le nombre des bénéficiaires a augmenté au même rythme que les tendances démographiques pendant un certain temps avant de baisser fortement suite à une réforme des politiques. Dans certains pays, comme le Canada, le Mexique et l'Espagne, les tendances observées ont été constamment inférieures aux tendances prévues du fait du vieillissement de la population en âge de travailler.

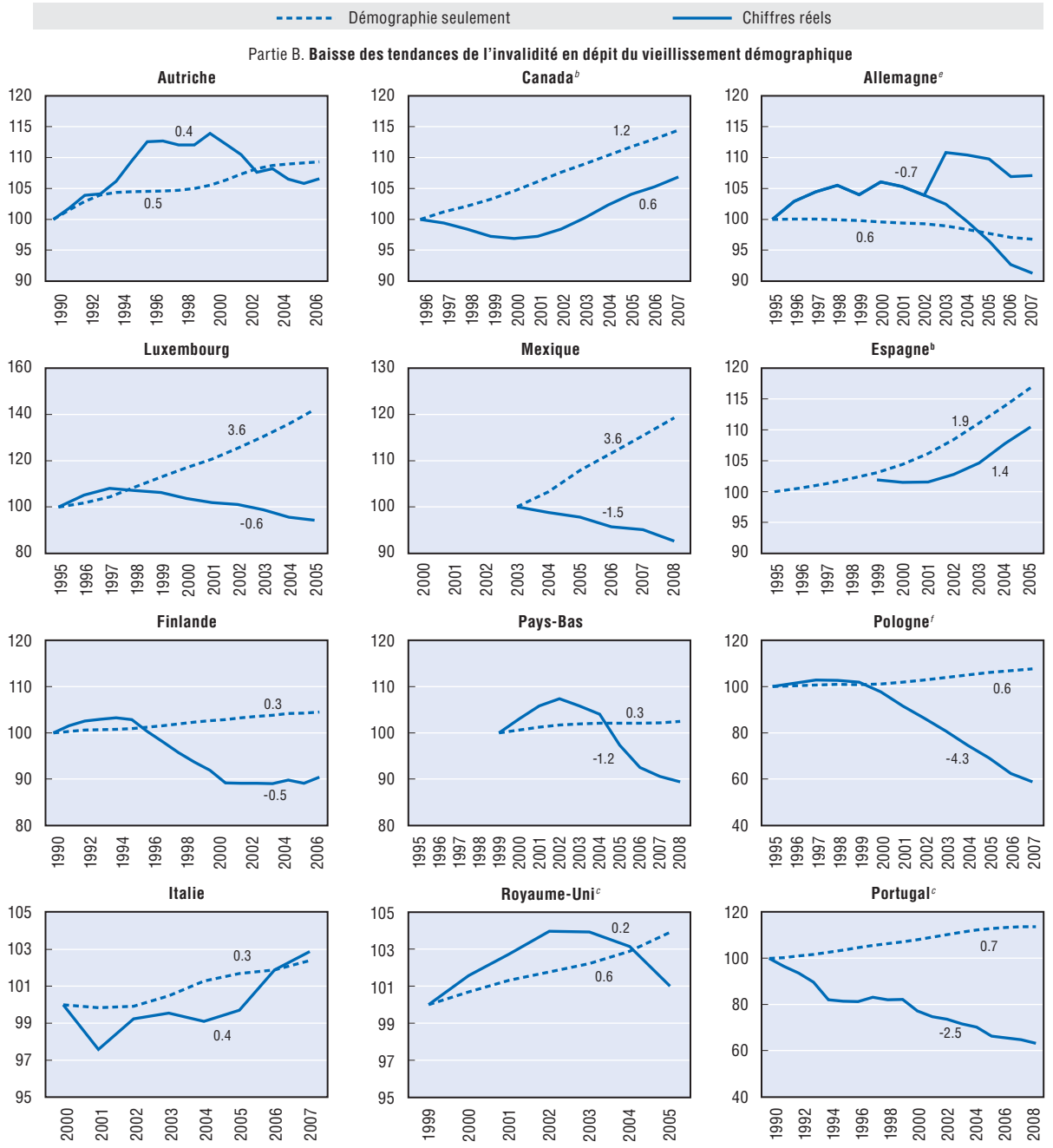
Graphique 1.10. **La démographie n'explique qu'une partie de la variation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité**

Nombres, effectifs et estimés, de bénéficiaires de prestations d'invalidité 1990-2008 (indice : première année disponible = 100)
Les nombres estimés sont établis sur la base des taux de bénéficiaires[a] constants par âge et par sexe dans chaque pays



Graphique 1.10. **La démographie n'explique qu'une partie de la variation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité** *(suite)*

Nombres, effectifs et estimés, de bénéficiaires de prestations d'invalidité 1990-2008 (indice : première année disponible = 100)
Les nombres estimés sont établis sur la base des taux de bénéficiaires[a] constants par âge et par sexe dans chaque pays



Note : Les chiffres indiqués sur les graphiques donnent les taux de croissance annuels moyens sur la période en question.

a) Les lignes en pointillés intitulées « démographie seulement » indiquent le nombre estimé de bénéficiaires dans l'hypothèse de taux de bénéficiaires constants par âge et par sexe; les lignes pleines indiquent le nombre effectif de bénéficiaires. Les données font référence au groupe d'âge 20-64 ans, excepté pour le Danemark qui couvre la tranche d'âge 18-64 ans.

b) Régime de retraite contributif uniquement pour le Canada (avec un passage durant cette période de prestations contributives à des prestations non contributives), l'Espagne, la Suède et les États-Unis.

c) Régimes de retraite contributifs et non contributifs pour l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni.

d) Les chiffres de la République tchèque englobent les pensions intégrales et les pensions partielles.

e) Les projections allemandes sont établies sur la base de la population totale et non pas par sexe. La fine ligne noire ne prend pas en compte l'assistance sociale pour les personnes à capacité de gains réduite (GRUSI).

f) Pour la Pologne, les chiffres couvrent uniquement le régime FUS.

Source : Base de données de l'OCDE sur la population et données sur les bénéficiaires communiquées par les administrations nationales de sécurité sociale.

1.4. Conclusion

Le contexte économique et social dans lequel opèrent les politiques d'invalidité a évolué rapidement au cours de la dernière décennie. Ces changements créent à la fois des opportunités et des défis pour les personnes handicapées des différents pays de l'OCDE. L'argument est double. D'une part, la contraction et le vieillissement prévus des populations pour la plupart des pays de l'OCDE au cours des décennies à venir signifient qu'il sera important d'accroître le taux d'activité des personnes handicapés pour assurer l'offre de demande future. D'une part, le progrès technologique et la mondialisation ont probablement affecté les marchés du travail de façons qui dégradent davantage encore les perspectives d'emploi des personnes handicapées et ont contribué au nombre élevé de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans les pays de l'OCDE.

Dans le même temps, il apparaît que le cycle économique et le vieillissement démographique ne peuvent expliquer qu'une petite partie des tendances observées pour le nombre de bénéficiaires. Dans la plupart des pays, les variations des facteurs d'offre et de demande de main-d'œuvre ont dominé. Néanmoins, pour les personnes handicapées les possibilités d'emploi tendent à diminuer fortement en période de ralentissement de l'activité économique et à ne pas retrouver leur niveau antérieur lors des reprises ultérieures. Ces constats soulignent l'importance de réformes visant à promouvoir le taux d'activité des personnes handicapées. Le reste du rapport traite des réformes à mettre en œuvre pour y parvenir.

Notes

1. La population ayant un handicap – prévalence de l'invalidité – est identifiée *via* une auto-évaluation (personnes se déclarant gênées dans les activités de la vie quotidienne par un problème de santé chronique ou durable ou un handicap), sur la base d'enquêtes nationales de population. Si les questions posées sont analogues voire identiques, la comparabilité internationale de ces enquêtes est limitée du fait de la subjectivité de l'auto-déclaration et des différences culturelles dans l'interprétation des questions (voir annexe 1.A1).
2. Ces scénarios illustrés n'indiquent pas la proportion de femmes, de travailleurs âgés et de personnes handicapées qui pourraient de façon réaliste être insérées dans l'emploi; ils soulignent plutôt la possible contribution des différents groupes sous-représentés à la croissance de l'offre potentielle de main-d'œuvre.
3. Un risque élévé de stress a été lié à un déséquilibre entre un niveau élevé de pressions psychologiques et un niveau faible de latitude de décision; le risque est encore accru par un manque de soutien sur le lieu de travail (Karasek, 1979).
4. Les résultats présentés à l'annexe 1.A2 se fondent sur un modèle de régression à effets fixes décrit en détail dans OCDE (2008) en utilisant des données longitudinales pour cinq pays de l'OCDE (Australie, Canada, Corée, Suisse et Royaume-Uni). Après neutralisation des facteurs individuels, l'analyse constate une grande similitude de résultats entre les pays pour ce qui est de l'effet bénéfique de l'emploi sur la santé mentale. Dans tous les pays, les effets sont plus importants pour les hommes que pour les femmes.
5. On ne dispose de données appropriées pour un ensemble plus vaste de pays que pour la période 1994-2001 qui a été, dans la plupart des pays couverts par ce rapport une période d'expansion économique relativement forte et progressive.
6. Les indications des monographies, du type de celle présentée dans Beatty et Fothergill (1996, 2005), donnent à penser que la transformation économique, en particulier les destructions d'emplois dans le secteur minier et la fabrication lourde, est un facteur clé de l'augmentation observée des effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité au Royaume-Uni. On ne sait pas très bien si les destructions d'emplois dans l'industrie lourde sont un facteur aussi important dans le ralentissement actuel de l'activité économique; il est encore trop tôt pour savoir à quel type de transformation économique va conduire la crise actuelle.

7. Des chercheurs norvégiens ont estimé que les fermetures d'entreprises et les compressions d'effectifs représentent environ 30 % des entrées totales dans les régimes de prestations d'invalidité permanente (Rege *et al.*, 2009 ; Bratsberg, *et al.*, 2010).

8. Autor et Duggan (2003), par exemple, font valoir qu'une augmentation des entrées dans l'invalidité et un taux accru d'inactivité peuvent s'expliquer par les faibles progressions des taux de chômage aux États-Unis pendant et après les récessions de 1980 et de 1991. Ce phénomène a faite suite à une nette diminution de la demande de travailleurs peu qualifiés et à un assouplissement des restrictions de l'assurance invalidité. Kooing et Vuuren (2006) suggèrent que dans les années 90 et au début des années 2000 le chômage invisible était encore important aux Pays-Bas dans les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Bibliographie

Autor, D. et M. Duggan (2003), « The Rise in the Disability Rolls and the Decline in Unemployment », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 118, n° 1, février, pp. 157-206.

Balloch, S. *et al.* (1985), *Caring for Unemployed People. A study of the impact on demand for personal social services*, Bedford Square Press, Londres.

Beatty, C. et S. Fothergill (1996), « Labour Market Adjustment in Areas of Chronic Industrial Decline: The Case of the UK Coalfields », *Regional Studies*, vol. 30, n° 7, pp. 627-640.

Beatty, C. et S. Fothergill (2005), « The Diversion from 'Unemployment' to 'Sickness' across British Regions and Districts », *Regional Studies*, vol. 39, n° 7, pp. 837-854.

Burkhauser, R., M. Daly, A. Houtenville et N. Nargis (2001), « The Employment of Working-Age people with Disabilities in the 1980s and 1990s: What Current Data Can and Cannot Tell Us », *Working Paper in Applied Economic Theory* n° 2001-20, Federal Reserve Bank of San Francisco.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Newman, K., Stansfeld, S.A., Marmot, M. (2005). « Self-reported Job Insecurity and Health in the Whitehall II Study: Potential Explanations of the Relationship », *Social Science and Medicine*, vol. 60, n° 7, pp. 1593-1602.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S., Marmot, M.G. (2002), « Effects of Chronic Job Insecurity and Change in Job Security on Self-reported Health, Minor Psychiatric Morbidity, Physiological Measures and Health-related Behaviours in British Civil Servants: The Whitehall II Study », *Epidemiology and Community Health*, vol. 56, n° 6, pp. 450-454.

Kooing, P. et D. Vuuren (2006), *Disability and Unemployment Insurance as substitute pathways*, An empirical analysis based on Employer Data, Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.

OCDE (2008), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, chapitre 4, Editions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, chapitre 3, Editions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2006), *Vieillissement et politiques de l'emploi : Vivre et travailler plus longtemps*, Editions de l'OCDE, Paris.

Siegrist, J. (1996), « Adverse Health Effects of High-effort/Low-reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, pp. 27-41.

ANNEXE 1.A1

Définition et mesure de l'invalidité

Identifier l'invalidité n'est pas simple. Contrairement au risque « chômage », par exemple, (qui se définit comme le fait de ne pas avoir d'emploi mais d'en chercher et d'être disponible pour travailler), le statut au regard de l'invalidité se définit rarement en termes dichotomiques mais bien plus en termes de degré. Tout comme le concept d'exclusion sociale, l'invalidité s'appréhende comme un phénomène multidimensionnel et dynamique qui englobe les déficiences physiques et/ou mentales d'une personne, les limitations fonctionnelles qu'elles génèrent et l'interaction avec la société et l'environnement, comme le reflète la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH) de l'OMS. Il n'est pas facile et pas toujours possible de distinguer les quatre niveaux de cette classification – déficience, limitation fonctionnelle, handicap en résultant et enfin facteurs de soutien et de protection. Bien souvent, les définitions de l'invalidité associeront ces concepts de diverses façons.

L'invalidité peut se définir ou se mesurer de deux façons différentes : comme une situation *auto-évaluée* ou comme un statut *officiellement reconnu* se fondant sur des définitions administratives, par exemple l'admissibilité aux prestations. On parle souvent, et peut-être à tort, d'invalidité « subjective » et d'invalidité « objective ». Dans les deux cas, la présentation des choses peut être trompeuse. Les erreurs sont plausibles dans le cas de l'invalidité auto-évaluée, les réponses pouvant varier notamment selon le type de situation que le déclarant souhaite expliquer (au regard de l'emploi ou des prestations, par exemple). Mais les données administratives peuvent, elles aussi, être biaisées, ainsi que l'ont démontré pour la Suède Johansson et Skedinger (2005), qui ont constaté une surdéclaration systématique de l'invalidité dans les données administratives, un phénomène qui s'explique par l'intérêt qu'ont les travailleurs sociaux à « gonfler » leur taux de placements réussis.

Aucune des définitions et des mesures sus-mentionnées de l'invalidité n'est supérieure aux autres ; leur utilisation dépend du thème que l'on étudie (par exemple, les dépenses au titre des prestations ou l'adéquation du revenu) mais aussi, à l'occasion, de la disponibilité des données. Plusieurs de ces mesures sont analysées dans ce rapport. En général, l'expression « prévalence de l'invalidité » fait référence à l'invalidité autodéclarée, tandis que le nombre des « bénéficiaires de prestations d'invalidité » (ou des nouvelles demandes de prestations d'invalidité) est calculé à partir des registres administratifs. D'autres définitions officiellement reconnues, du type de celles utilisées dans plusieurs pays pour déterminer l'admissibilité à certains types de prestations en nature, y compris pour prendre en compte le quota obligatoire d'emploi de personnes handicapées, ne sont pas utilisées.

L'invalidité auto-évaluée est mesurée *via* des enquêtes auprès des ménages. L'évaluation s'appuie généralement sur les réponses fournies aux questions demandant aux déclarants « s'ils sont affectés par des problèmes de santé de longue durée ou un handicap limitant les activités de leur vie quotidienne »; elle suit donc largement le niveau de déficience fonctionnelle de la classification CIH. Toutefois, la formulation de la question varie souvent d'un pays à l'autre et d'une enquête à l'autre. Par exemple, un problème « de longue durée » se définit habituellement comme un problème durant au minimum 12 mois mais, dans certains cas, c'est un seuil de six mois qui est adopté.

Le statut au regard de la perception de prestations est mesuré habituellement à partir des registres administratifs mais, dans certains cas, également *via* des enquêtes de population. Ces dernières estimations sont utilisées pour relier les informations sur les prestations aux informations sur la main-d'œuvre et sur le revenu. Les résultats entre ces deux sources seront probablement divergents, pour au moins deux raisons principalement. Les registres administratifs consignent généralement les *cas* et non pas les *personnes*, de sorte qu'une personne qui perçoit des prestations multiples risque d'être comptabilisée deux fois. De leur côté, les données issues d'enquêtes se fondent sur le statut au regard des prestations, que certaines personnes peuvent ne pas vouloir révéler.

La définition du statut au regard des prestations d'invalidité est plus stricte que celle de la prévalence de l'invalidité car elle va au-delà de la limitation fonctionnelle d'une personne. Elle prend également en compte une partie du contexte social et environnemental car elle se fonde généralement sur la diminution de la capacité de travail ou de gains. À ce titre, elle vise sans toujours y parvenir à prendre en compte le fait que le même degré de différence « biologique » n'implique pas nécessairement le même degré d'incapacité, de handicap ou de réduction de la capacité de travail.

Dans ce rapport, les chiffres des bénéficiaires de prestations d'invalidité reflètent la somme des prestations d'invalidité accordées dans le cadre des régimes contributifs et non contributifs (l'Allemagne, la Belgique, le Canada, la Corée, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, le Japon, la Pologne, le Portugal et le Royaume-Uni ont les deux types de régimes), les pensions pour invalidité totale et partielle mais aussi les régimes de préretraite spécifiques à l'invalidité ou à une capacité réduite de travail (on rencontre ces derniers en Allemagne, en Autriche, au Danemark et en Finlande). Les régimes non contributifs englobent également les régimes ordinaires de l'aide sociale sous réserve que ces derniers aient une composante invalidité spécifique (comme c'est le cas, par exemple, au Canada et au Royaume-Uni). Pour une meilleure comparabilité entre les pays, les personnes recevant des prestations de maladie pendant plus de deux ans sont également comptabilisées dans les bénéficiaires de prestations d'invalidité (ce qui est important dans le cas de l'Irlande, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède). Lorsque des personnes peuvent recevoir plusieurs prestations d'invalidité, le chevauchement a été pris en compte dans la mesure du possible.

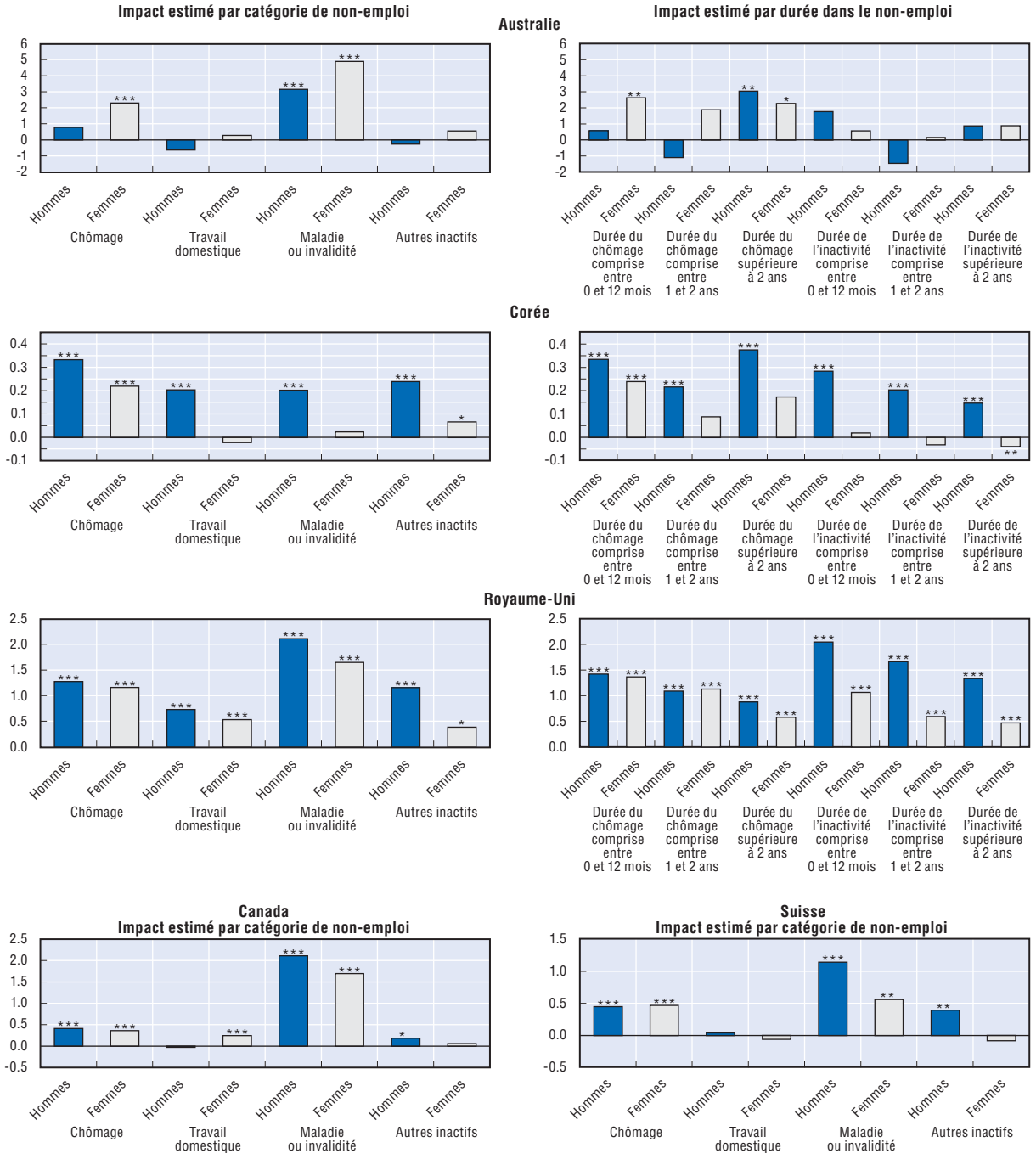
Les *i)* régimes d'indemnisation des travailleurs, *ii)* les prestations des assurances invalidité privées et *iii)* les régimes spéciaux dont bénéficient les fonctionnaires (en Allemagne, en Autriche, en Belgique et en France, par exemple) ne sont pas pris en compte dans les chiffres des bénéficiaires de prestations d'invalidité utilisés ici car on ne dispose pas de données suffisantes pour ces régimes. Le fait que l'importance de ces prestations varie d'un pays à l'autre limite la comparabilité des montants obtenus.

ANNEXE 1.A2

Données supplémentaires

Graphique 1.A2.1. **Le fait de sortir de l'emploi conduit à une plus grande détresse mentale...**

Régressions à effets fixes[a, b]



*, **, *** statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

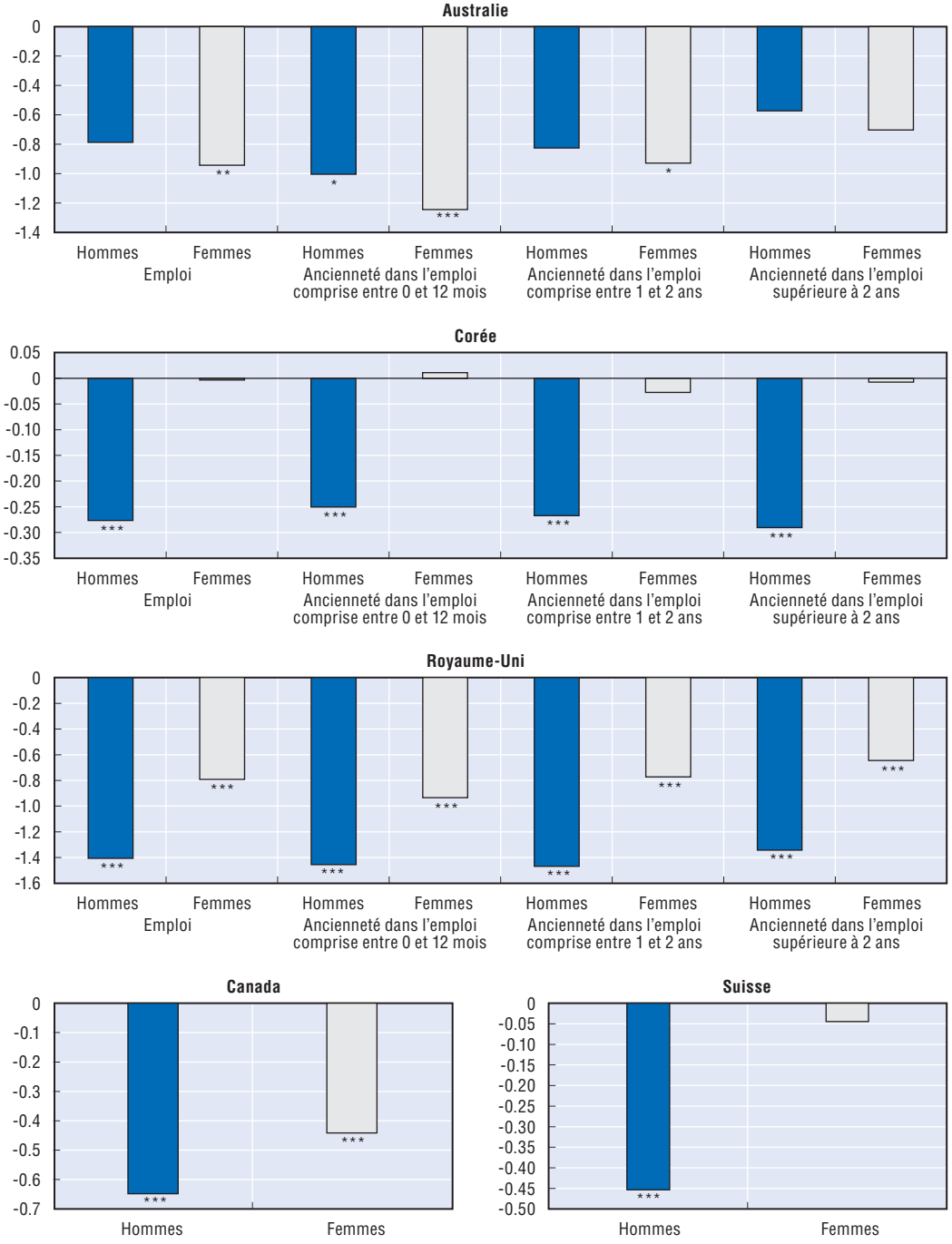
a) L'échantillon se composé de personnes âgées de 15 à 64 ans qui ne sont à aucun moment scolarisées ou retraitées durant la période de l'enquête analysée.

b) Régressions englobant la neutralisation des événements de la vie, excepté pour la Corée.

Source : Estimations de l'OCDE sur la base de données fournies par HILDA pour l'Australie, ENSP pour le Canada, KLIPS pour la Corée, PSM pour la Suisse et BHPS pour le Royaume-Uni. Pour plus de détails sur les variables dépendantes et de contrôle, voir les *Perspectives de l'emploi de l'OCDE* (2008).

Graphique 1.A2.2. **... tandis que le fait de trouver un emploi entraîne une amélioration de la santé mentale**

Régressions à effets fixes[a, b]



*, **, *** statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

a) L'échantillon est composé de personnes âgées de 15 à 64 ans qui ne sont à aucun moment scolarisées ou retraitées durant la période analysée de l'enquête.

b) Régressions incluant la neutralisation des événements de la vie, excepté pour la Corée.

Source : Estimations de l'OCDE sur la base de données fournies par HILDA pour l'Australie, ENSP pour le Canada, KLIPS pour la Corée, PSM pour la Suisse et BHPS pour le Royaume-Uni. Pour plus de détails sur les variables dépendantes et de contrôle, voir les *Perspectives de l'emploi de l'OCDE* (2008).

Chapitre 2

Grandes tendances et résultats en matière de maladie et de handicap

Quels sont les principaux défis que devront relever dans l'avenir les responsables des politiques publiques des pays de l'OCDE? Ce chapitre met en évidence les principaux résultats et grandes tendances en matière de maladie et de handicap des dix à quinze dernières années. Il se concentre en particulier sur quatre domaines : l'intégration au marché du travail des personnes handicapées et des travailleurs à capacité réduite de travail, les ressources financières de ces personnes, le coût des régimes de prestations de maladie et d'invalidité et la dynamique des bénéficiaires de prestations. Il en conclut qu'en dépit des réformes et d'un contexte économique favorable jusqu'à une époque récente, les résultats en matière d'emploi, de chômage, de revenu et de pauvreté ne se sont pas améliorés pour les personnes ayant un handicap. Dans la plupart des pays, les prestations d'invalidité sont devenues la principale prestation pour les personnes en âge de travailler et, dans bien des cas, leur rôle de prestation de dernier recours continue de s'accroître. Cependant, les résultats donnent également à penser que les politiques publiques peuvent influer grandement l'évolution du nombre et du taux bénéficiaires. Plusieurs pays ont observé récemment une inversion prometteuse des tendances en la matière.

Ce chapitre résume les grandes tendances en matière de maladie et de handicap dans la zone OCDE pour illustrer les principaux défis auxquels sont confrontés les pays de cette zone. Pour la plupart des pays, les données font référence aux années antérieures ou au tout début du ralentissement récent de l'activité économique qui expose les pays à des difficultés particulières s'ajoutant à celles exposées ci-après. Plusieurs de ces résultats sont susceptibles de s'aggraver au cours de cette crise, du moins temporairement et, à l'instar de ce qui s'est produit lors des crises précédentes (voir chapitre 1) le risque dans certains cas est qu'une aggravation à court terme des résultats entraîne des problèmes structuraux à plus long terme. Les principaux résultats observés en matière de maladie et de handicap sont les suivants :

- intégration insuffisante au marché du travail des personnes handicapées ;
- faibles ressources financières des ménages composés de personnes ayant un handicap ;
- coût élevé des régimes de prestations de maladie et d'invalidité pour les finances publiques ;
- dynamique défavorable qui sous-tend le grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

2.1. Intégration insuffisante au marché du travail des personnes handicapées

Taux d'emploi inférieur

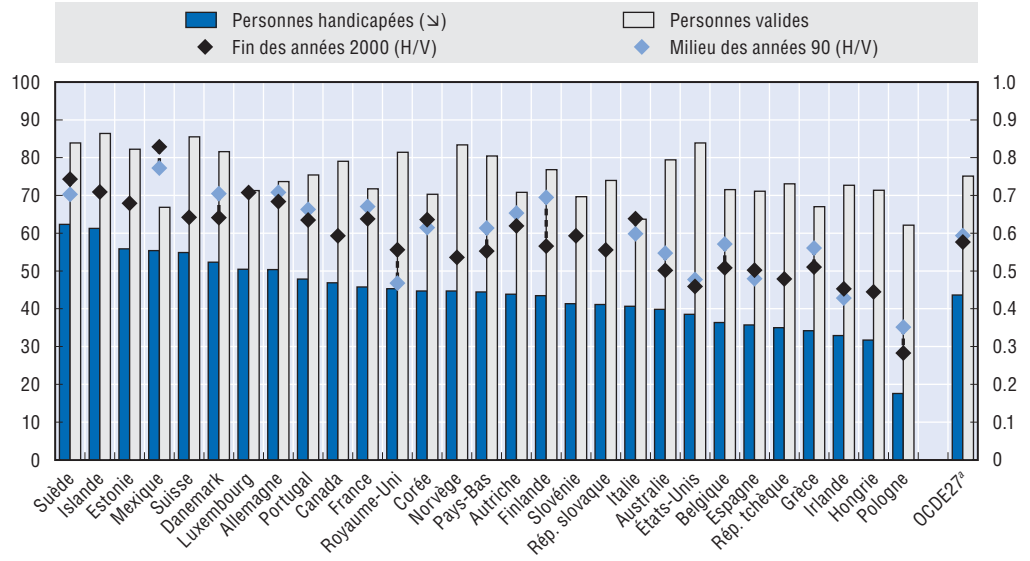
Avoir un emploi est fondamental pour l'inclusion sociale mais les possibilités d'emploi pour les personnes ayant des problèmes de santé ou un handicap sont limitées. En moyenne dans les pays de l'OCDE, leurs taux d'emploi étaient, à la fin des années 2000, tout juste supérieurs à 40 % contre 75 % pour les personnes sans handicap (graphique 2.1). C'est dans les pays nordiques, au Mexique et en Suisse que les taux d'emploi des personnes handicapées étaient les plus élevés. Comparés à ceux de leurs pairs non handicapés, ces taux étaient relativement élevés en Allemagne et au Luxembourg. À l'autre extrémité du spectre, on trouve la Hongrie, l'Irlande et la Pologne, avec les taux d'emploi de personnes handicapées les plus faibles, en valeur absolue comme en valeur relative.

Les taux d'emploi plus élevés des personnes handicapées ne sont pas systématiquement associés à des politiques particulières en matière d'emploi. Ainsi, on trouve des taux d'emploi plus élevés dans des pays fortement axés sur la réadaptation professionnelle, ayant des quotas d'emplois obligatoires, et d'autres obligations et incitations pour les employeurs, où l'emploi est largement subventionné mais aussi dans des pays n'ayant mis en place aucune de ces dispositions.

En dépit d'efforts accrus pour élaborer et étendre les mesures d'insertion dans l'emploi, les niveaux d'emploi des personnes handicapées ne se sont pas améliorés. Comparés à ceux de leurs pairs sans handicap, les taux d'emploi moyens des personnes handicapées sont même tombés en dessous de 60 % depuis le début du XXIe siècle. Autrement dit, dans la plupart des pays de l'OCDE, les individus ayant des problèmes de santé n'ont pas profité dans la même mesure de la croissance et des possibilités d'emploi accrues au cours de la dernière décennie. Ce constat est très préoccupant compte tenu de la crise actuelle de l'emploi qui va probablement frapper très durement les groupes déjà vulnérables comme les personnes handicapées.

Graphique 2.1. **Les taux d'emploi des personnes handicapées sont faibles et ont diminué dans un grand nombre de pays**

Taux d'emploi par situation au regard du handicap à la fin des années 2000 (axe de gauche) et évolution des taux d'emploi relatifs depuis le milieu des années 90 (ratio personnes handicapées/personnes sans handicap, axe de droite)



Note : Dans la légende (↘) indique la variable selon laquelle les pays sont classés en ordre décroissant. H/SH fait référence au ratio taux d'emploi des personnes handicapées/ taux d'emploi des personnes sans handicap.

a) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée de 27 pays pour les taux d'emploi et de 19 pays pour l'évolution des taux d'emploi relatifs sur en gros la dernière décennie. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans les moyennes de l'OCDE.

Source : EU-SILC 2007 (vague 4) et PCM 1995 (vague 2); exceptions : Australie : SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003 et 1998; Canada : PALS (Participation and Activity Limitation Survey) 2006; Danemark : EFT 2005 et 1995; Finlande : PCM 1996; Corée : National Survey on Persons with Disabilities, 2005 et 1995; Mexique : ENESS (National Survey of Employment), 2004 et 1996; Pays-Bas : EFT 2006 et 1995; Norvège : EFT 2005; Pologne : EFT 2004 et 1996; Suède : PCM 1997; Suisse : EFT 2008; Royaume-Uni : EFT 2006 et 1998; États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2008 et 1996.

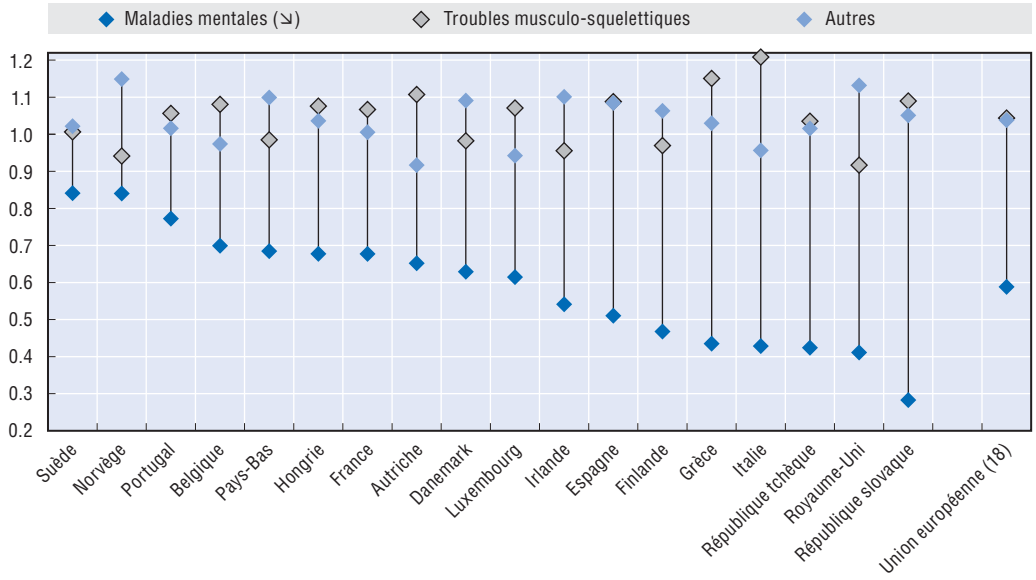
Les taux d'emploi des personnes souffrant de maladies mentales sont particulièrement faibles. En gros, un quart seulement des individus faisant état d'une maladie mentale a un emploi. Dans la plupart des pays cela correspond à environ 40 à 70 % des taux d'emploi des personnes souffrant d'autres pathologies (graphique 2.2). Ce phénomène est frappant au vu du nombre important et croissant de troubles mentaux moyens et modérés, lesquels sont devenus aujourd'hui l'un des principaux défis à relever sur le lieu de travail.

Proportion plus grande de travail à temps partiel

Les caractéristiques de l'emploi par situation au regard du handicap diffèrent généralement peu de ce à quoi on pourrait s'attendre compte tenu du moindre niveau d'instruction moyen des personnes handicapées (voir chapitre 1). Ainsi, les personnes handicapées semblent représentées de manière relativement égale dans les différents secteurs d'activité et dans le secteur public; elles tendent à avoir le statut de travailleurs indépendants dans des proportions similaires et à avoir des emplois temporaires aussi fréquemment que les personnes sans handicap[1]. Toutefois, dans la plupart des pays de l'OCDE, les personnes ayant des problèmes de santé ont une probabilité beaucoup plus grande de travailler à temps partiel (graphique 2.3). En moyenne, près d'une personne handicapée sur quatre travaille à temps partiel contre une sur six ou sept pour les personnes sans handicap. En Pologne et en Suède, les personnes handicapées sont même trois fois plus

Graphique 2.2. **Les taux d'emploi des personnes souffrant de maladies mentales sont particulièrement faibles**

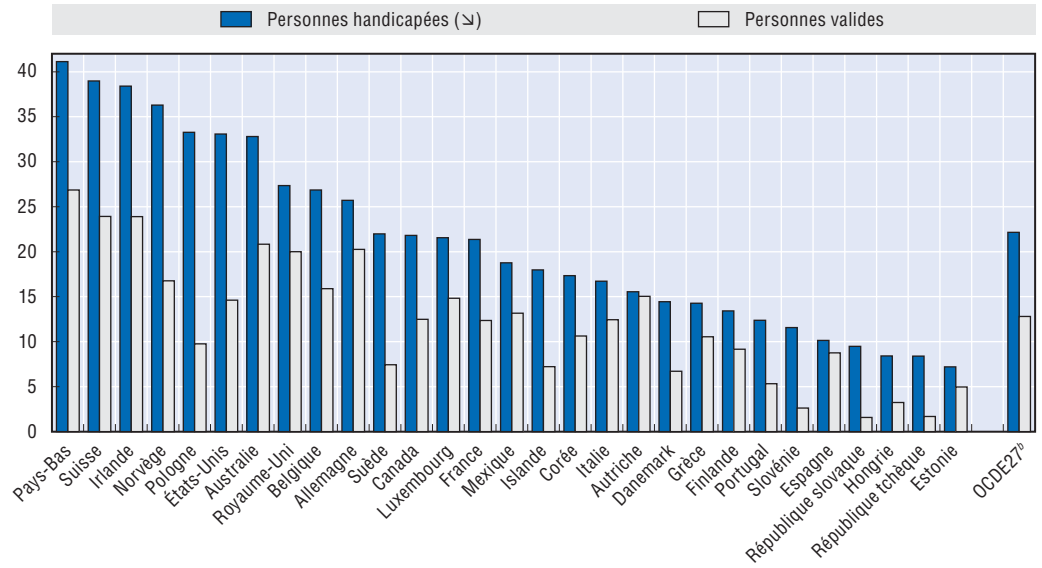
Taux d'emploi par pathologie, rapporté au taux d'emploi de toutes les personnes handicapées, 2002



Source : Enquête sur les forces de travail (2002), module *ad hoc* sur l'emploi des personnes handicapées.

Graphique 2.3. **Lorsqu'elles ont un emploi, les personnes handicapées travaillent plus souvent à temps partiel**

Part du travail à temps partiel[a] dans l'emploi total par situation au regard du handicap à la fin des années 2000



a) « Travail à temps partiel » fait référence aux personnes qui travaillent habituellement moins de 30 heures par semaine dans leur emploi principal, excepté pour les États-Unis où le temps partiel fait référence aux personnes ayant travaillé moins de 35 heures toutes les semaines du mois précédent.

b) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée de 27 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

Source : EU-SILC 2007 (vague 4); exceptions : Australie : SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003; Canada : PALS (Participation and Activity Limitation Survey) 2006; Corée : Étude coréenne sur les personnes handicapées, 2005; Mexique : ENESS (National Survey of Employment), 2004; Norvège : EFT 2005; Pologne : EFT 2004; Suisse : EFT 2008; Royaume-Uni : EFT 2006 et États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2008.

susceptibles d'avoir un emploi à temps partiel. Dans un petit nombre de pays, au contraire, notamment en Autriche, en Allemagne, en Italie et en Espagne, la différence d'emploi à temps partiel entre personnes handicapées et personnes sans handicap est faible.

Niveau de chômage plus élevé

Pour une moyenne de l'OCDE de 14 % au milieu des années 2000, le chômage est généralement deux fois plus élevé pour les personnes handicapées que pour les personnes sans handicap (graphique 2.4). Dans les pays, un taux d'emploi moins élevé tend à être associé à des risques de chômage plus grands. On trouve ce type de chômage en Pologne, en Belgique et en Espagne, par exemple, tandis que l'Islande et le Mexique ont à la fois un taux d'emploi élevé et un taux de chômage faible des personnes handicapées. L'Irlande, en revanche, est un exemple de pays qui avait à la fois un taux d'emploi et un taux de chômage faibles des personnes handicapées avant la crise économique actuelle, ce qui s'explique vraisemblablement par des taux d'inactivité plus élevés des personnes handicapées.

Les tendances en matière de chômage ne sont pas régulières : les taux de chômage des personnes handicapées ont baissé jusqu'en 2000 mais ils ont remonté ensuite au même rythme que l'emploi reculait, en dépit d'une croissance économique continue dans la plupart des pays. Cela n'est guère encourageant compte tenu de l'impact durable sur le marché du travail de la récente récession qui jusqu'ici a affecté de façon disproportionnée les groupes défavorisés.

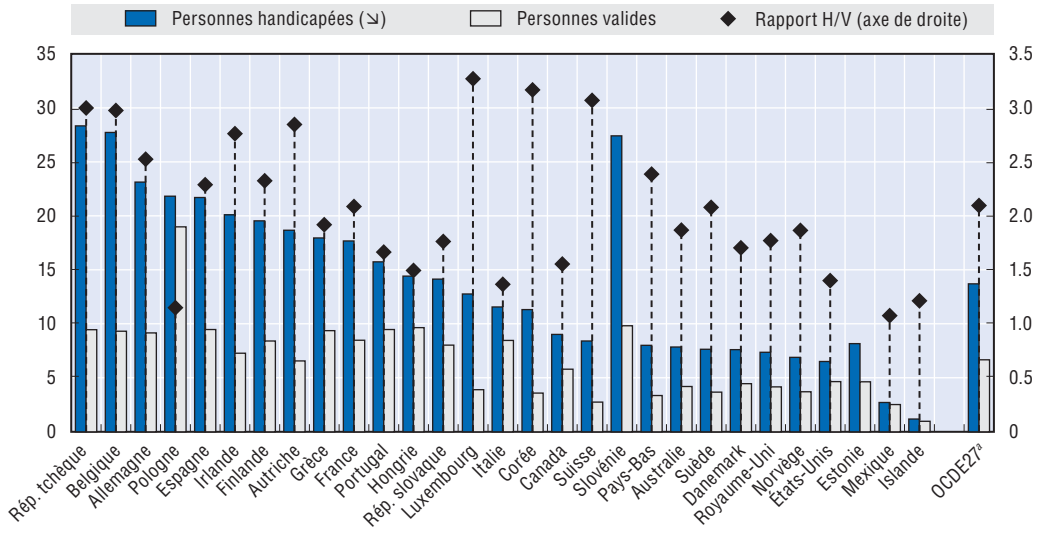
2.2. Ressources financières moindres des personnes handicapées

Revenu disponible inférieur

Dans la plupart des pays, les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap ont des ressources financières moindres. Dans la zone OCDE, le revenu des personnes handicapées est en moyenne inférieur aux moyennes nationales d'environ 15 % et ce

Graphique 2.4. **Les personnes handicapées sont deux fois plus susceptibles d'être au chômage, même lorsque le contexte économique est favorable**

Taux de chômage par situation au regard du handicap (axe de gauche) et taux de chômage relatifs (ratio personnes handicapées/ personnes sans handicap, axe de droite), fin des années 2000



a) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée pour 27 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne.

Source : Voir sources pour le milieu des années 2000 au graphique 2.1.

chiffre peut atteindre jusqu'à 20 à 30 % dans certains pays (graphique 2.5, partie A)[2]. La situation en termes de revenus des personnes handicapées est particulièrement précaire dans les pays anglophones tandis que dans les pays nordiques les écarts de revenu relatif sont faibles (inférieurs à 10 %).

Les niveaux de revenus des personnes handicapées sont toutefois bien supérieurs lorsque leur niveau d'études est plus élevé ou lorsqu'elles ont un emploi (graphique 2.5, parties B et C). Les personnes handicapées ayant un emploi ont un revenu qui se situe autour de la moyenne de la population totale en âge de travailler. En Pologne, l'emploi est même associé à un revenu supérieur de 40 % à la moyenne nationale. De même, dans de nombreux pays de l'OCDE, un niveau d'enseignement supérieur est associé à un revenu relatif des personnes handicapées supérieur de 10 à 20 % à la moyenne nationale. En revanche, les revenus relatifs des personnes handicapées sans emploi peuvent n'être égaux qu'à 50 % du revenu de l'ensemble de la population en âge de travailler.

Sur les dix dernières années, la situation financière relative des personnes handicapées s'est dégradée dans plus de la moitié des pays pour lesquels des tendances peuvent être observées. En moyenne, les revenus relatifs ont diminué, passant de 88 % au milieu des années 90 à 85 % au milieu des années 2000; dans certains cas, la baisse des revenus relatifs a même atteint 20 %.

Le risque de pauvreté est plus grand

Comparés à la population sans handicap, les ménages d'âge actif comptant une personne handicapée ont un risque de pauvreté *relative* sensiblement supérieur dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, dans la zone OCDE, 22 % de tous les ménages comptant une personne handicapée vivent en dessous du seuil de pauvreté, contre 14 % pour les autres ménages (graphique 2.6). Les risques de pauvreté relative sont toutefois très variables, certains pays ayant un risque deux fois plus élevé que pour les personnes sans handicap et la pauvreté affectant plus de 30 % des personnes handicapées. C'est le cas aux États-Unis et en Australie, en particulier, mais aussi en Irlande, en Corée et au Canada. Dans d'autres pays, en particulier la Suède, la Norvège, la République slovaque et les Pays-Bas, la différence de risque de pauvreté entre les deux groupes de population est au contraire faible.

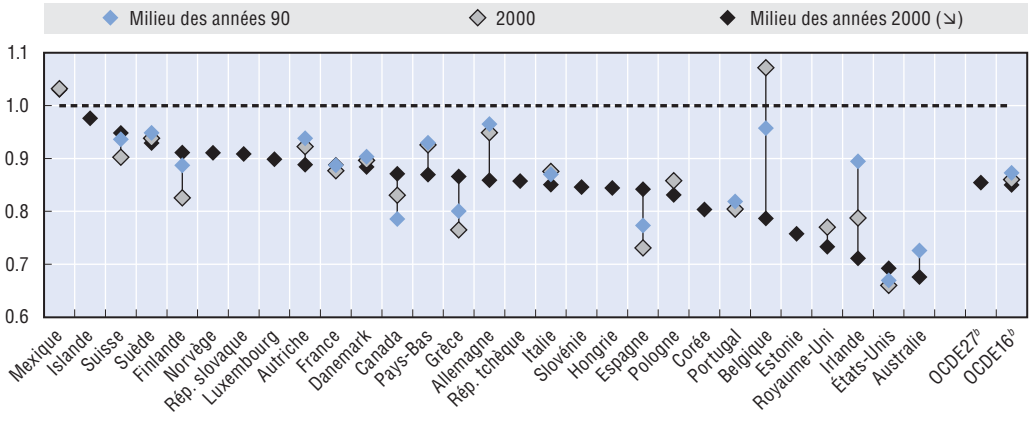
L'évolution dans le temps des risques de pauvreté relative des personnes handicapées est mitigée. Sur les 15 pays pour lesquels on dispose de données tendancielles, sept ont enregistré une augmentation du risque de pauvreté des personnes handicapées par rapport au reste de la population en âge de travailler et le phénomène a été particulièrement marqué en Finlande, en Allemagne et en Irlande. Dans trois pays, les risques de pauvreté relative sont restés inchangés et dans les cinq pays restants, en particulier au Canada et en Grèce, le risque de pauvreté relative des ménages comptant des personnes handicapées a chuté.

Personnes sans emploi et ne percevant pas de prestations

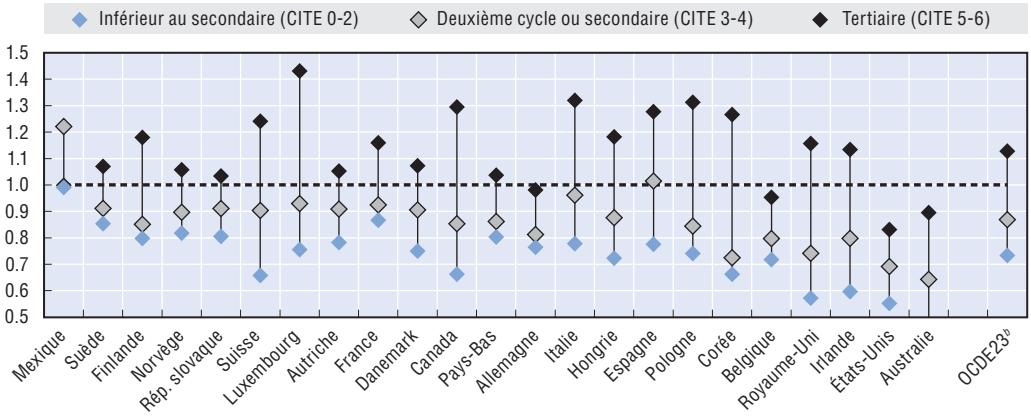
Les différences entre pays de revenus disponibles équivalents et de pauvreté de revenu sont liées à la variation des taux d'emploi et sinon s'expliquent en partie par les différences de structure du régime de prestations et le niveau des prestations versées. Les régimes de certains pays offrent des taux de remplacement du revenu plus élevés car les prestations sont liées aux gains et non pas forfaitaires ou sous conditions de ressources, par exemple. Les taux de couverture de la population et les critères d'admissibilité aux prestations peuvent être plus ou moins inclusifs. En conséquence, les proportions de personnes

Graphique 2.5. **Les revenus des personnes handicapées sont relativement faibles, sauf lorsqu'elles ont un emploi et un niveau d'instruction élevé**

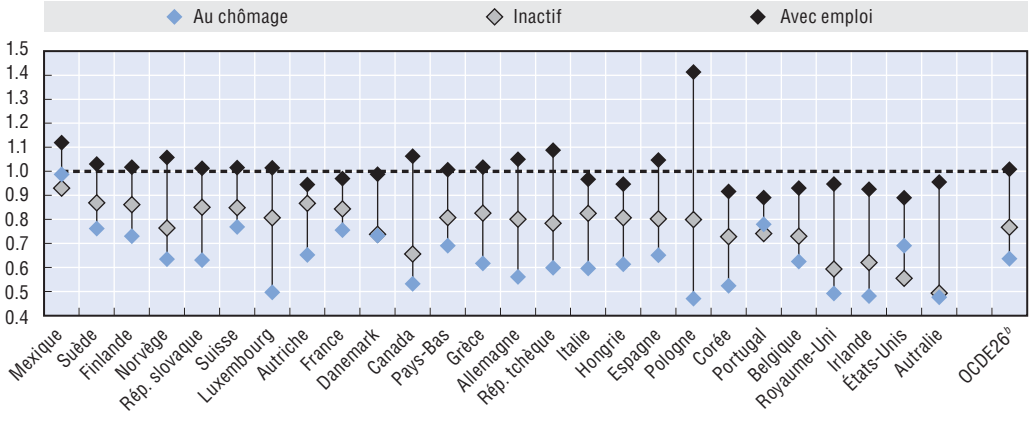
Partie A. **Tendances des revenus[a] des personnes handicapées, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif**



Partie B. **Revenus[a] des personnes handicapées selon le niveau d'études, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif, milieu des années 2000**



Partie C. **Revenus[a] des personnes handicapées selon le statut sur le marché du travail, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif, milieu des années 2000**

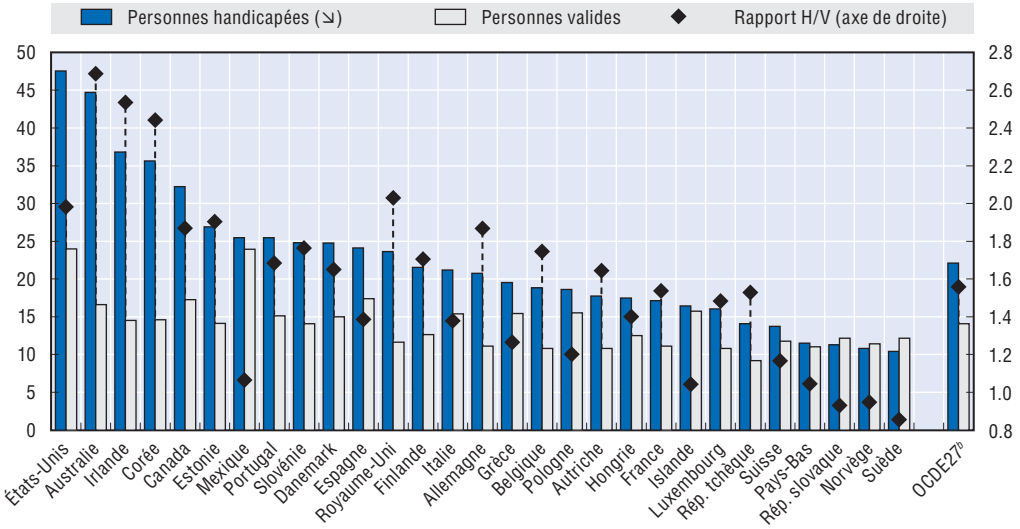


a) Le revenu fait référence au revenu disponible équivalent par personne corrigé de la taille du ménage.
b) OCDE fait référence aux moyennes non pondérées des pays pour lesquels des données sont disponibles. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

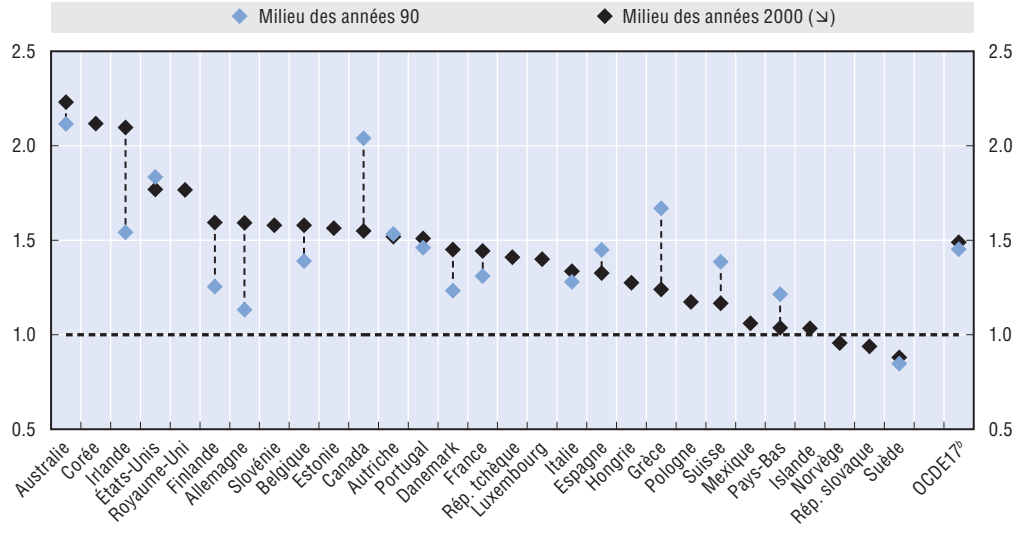
Source : Voir source au graphique 2.6.

Graphique 2.6. **Les personnes handicapées ont plus de risque de vivre dans la pauvreté ou la quasi-pauvreté**

Partie A. **Taux de pauvreté[a] selon la situation vis-à-vis de l'invalidité (axe de gauche) et risque relatif de pauvreté (personnes handicapées par rapport aux valides, axe de droite), milieu des années 2000**



Partie B. **Tendances des taux de pauvreté[a] des personnes handicapées, en pourcentage du taux de pauvreté de la population d'âge actif, milieu des années 90 et 2000**



a) Taux de pauvreté : pourcentage de personnes handicapées dans les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu disponible médian ajusté.

b) OCDE fait référence aux moyennes non pondérées des pays pour lesquels on dispose de données. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

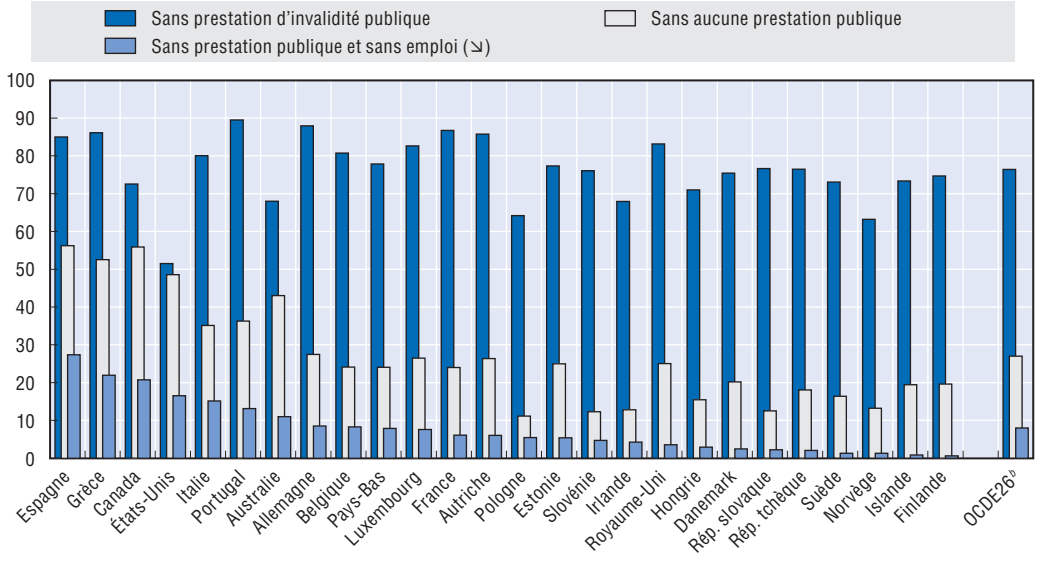
Source : EU-SILC 2005 (vague 2) et PCM 2000, 1995 (vagues 7 et 2), exceptions : Australie : SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003 et 1998; Canada : EDTR (Enquête sur la dynamique du travail et du revenu) 2005, 2000 et 1995; Danemark : Base de données SFI 2005, 2002, 1995; Finlande : Base de données IDS 2005, 2000, 1995; Corée : Étude coréenne sur la protection sociale, 2006; Mexique : ENESS (Enquête nationale sur l'emploi), 2004, 2000, 1996; Norvège : EU-SILC 2004; Pologne : HBS (Enquête sur le budget des ménages) 2004, 2000; Suède : PCM 1997; Suisse : ESS (Enquête suisse sur la santé) 2002, 1997; Royaume-Uni : FRS (Family Resource Survey) 2004, 2002; États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2004, 2001, 1996.

handicapées percevant une prestation d'invalidité, toute autre prestation publique ou ne percevant aucune prestation bien qu'étant sans emploi, peuvent varier considérablement.

Le graphique 2.7 compare différentes estimations *de l'inclusion* ou de l'*exclusion des prestations*. En moyenne, une personne handicapée sur quatre perçoit une pension d'invalidité (autrement dit 75 % n'en perçoivent pas) mais cette proportion peut tomber à 10-15 % au Portugal et en Allemagne ou atteindre 33 % en Norvège, en Pologne et aux États-Unis. Dans la plupart des pays, le nombre des personnes handicapées percevant une pension d'invalidité est inférieur à celui des personnes ne percevant aucune autre forme de prestation d'âge actif. La proportion de personnes handicapées ne percevant aucune prestation publique est faible : elle est de l'ordre de 10 à 25 % dans la plupart des pays. Cette proportion est plus élevée (généralement de l'ordre de 50 %) uniquement dans certains pays anglophones et pays méditerranéens. En conséquence, dans ces pays, quelque 10 à 20 % de toutes les personnes handicapées n'ont aucun revenu propre provenant de leur travail ou d'une prestation publique. Dans tous les autres pays, cette proportion est sensiblement inférieure à 10 % et dans bien des cas inférieure à 5 % voire proche de zéro. Ces estimations grossières de l'inclusion/l'exclusion donnent à penser que, de façon générale, les régimes de prestations réussissent à assurer une garantie de revenu aux personnes handicapées et sans emploi.

Graphique 2.7. **Un grand nombre de personnes handicapées sans emploi ne sont pas admissibles à recevoir ou ne reçoivent aucune prestation publique dans les pays méditerranéens et en Amérique du Nord**

Différentes estimations de l'inclusion ou de l'exclusion des prestations autour de 2005 (en pourcentages)[a]



a) La catégorie « prestation d'invalidité » englobe les prestations contributives et non contributives d'invalidité (y compris les prestations équivalentes versées à travers le régime de l'aide sociale); la catégorie « toute prestation publique » englobe les prestations d'invalidité et autres prestations publiques telles que les indemnités de chômage et les paiements de l'aide sociale mais n'englobe pas les paiements au titre de la rémunération des travailleurs, les allocations familiales et les allocations de logement. Les pays dans lesquels les prestations privées (qui ne sont pas englobées dans ces estimations) jouent un rôle plus grand paraîtront exclure des prestations un plus grand nombre de personnes handicapées.

b) OCDE26 fait référence à une moyenne non pondérée de 26 pays.

Source : EU-SILC 2005, exceptions : Australie : SDAC 2003; Canada : PALS 2006; États-Unis : SIPP 2008.

2.3. Coût élevé des régimes de prestations de maladie et d'invalidité

Des dépenses publiques élevées

Le coût de la maladie et de l'invalidité pour les finances publiques et la collectivité est considérable. En moyenne, les pays de l'OCDE consacrent 1.2 % de leur PIB aux seules prestations d'invalidité et ce chiffre atteint 2 % lorsqu'on inclut les prestations de maladie (tableau 2.1). Avant la récente crise de l'emploi, c'était près de trois fois le montant dépensé au titre de l'indemnisation du chômage. Dans certains pays,

Tableau 2.1. **Les dépenses liées à l'incapacité sont bien supérieures aux dépenses liées au chômage**

Évolution des dépenses au titre des programmes maladie et invalidité, en pourcentage du PIB, 1990, 2000 et 2007 et en pourcentage des dépenses au titre de l'indemnisation du chômage et des dépenses publiques sociales totales, 2007

	Invalidité			Maladie			Invalidité et maladie				
	% PIB			% PIB			% PIB			% Chômage	% Dépenses sociales publiques
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007	2007	2007
Australie[a]	1.1	1.2	1.2	0.4	1.7	1.2	1.5	2.9	2.4	450	15
Autriche	2.0	1.3	1.4	1.3	1.1	1.0	3.3	2.5	2.4	278	9
Belgique	1.4	1.2	1.3	1.4	0.7	0.8	2.8	1.9	2.1	77	8
Canada[b]	0.4	0.4	0.4	0.1	0.1	0.1	0.5	0.5	0.5	81	3
République tchèque	1.2	1.1	1.2	1.0	1.2	0.9	2.3	2.3	2.2	371	12
Danemark	1.6	1.5	1.8	1.4	1.1	1.4	2.9	2.6	3.1	455	12
Finlande	2.1	1.9	1.8	1.5	1.2	1.2	3.7	3.0	2.9	250	12
France	0.9	0.8	0.7	0.6	0.7	0.7	1.6	1.5	1.4	109	5
Allemagne	0.7	0.1	0.1	1.7	1.6	1.3	2.5	1.7	1.4	103	5
Grèce	1.0	0.7	0.7	0.8	0.7	0.5	1.9	1.4	1.2	272	6
Hongrie	. .	0.2	1.3	. .	0.7	0.6	. .	1.0	1.9	315	8
Islande	0.9	1.7	2.1	1.5	1.4	1.5	2.3	3.1	3.6	1 895	24
Irlande	0.5	0.6	0.8	0.8	0.6	0.8	1.3	1.1	1.6	163	10
Italie	1.2	0.9	0.7	0.9	0.7	0.5	2.1	1.6	1.2	351	5
Japon	0.3	0.3	0.4	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4	0.4	141	2
Corée	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	101	3
Luxembourg	2.0	1.7	1.0	0.6	0.6	0.8	2.6	2.3	1.8	269	9
Mexique	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	. .	. .
Pays-Bas	4.7	2.7	2.1	2.9	2.2	1.6	7.6	4.9	3.7	324	18
Nouvelle-Zélande	0.6	0.9	0.9	0.3	0.3	0.3	0.9	1.2	1.3	553	7
Norvège	2.5	2.3	2.5	2.6	2.7	2.3	5.1	5.1	4.8	2 403	23
Pologne	2.1	2.0	1.2	0.7	0.7	0.6	2.8	2.7	1.8	993	9
Portugal	1.7	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0	1.7	1.7	1.7	172	8
République slovaque	. .	0.9	0.8	. .	1.0	0.3	..	1.9	1.2	1 087	7
Espagne	1.2	1.2	1.2	1.0	1.0	1.1	2.2	2.2	2.3	107	10
Suède	1.9	2.0	2.2	3.1	2.0	1.4	5.0	4.1	3.6	545	13
Suisse	1.0	1.8	1.9	1.2	1.1	1.0	2.2	2.8	2.9	462	16
Turquie	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	2 706	1
Royaume-Uni	1.6	2.0	1.9	0.6	0.7	0.4	2.2	2.8	2.3	1 126	11
États-Unis	0.7	0.9	1.0	0.8	0.6	0.7	1.5	1.5	1.7	516	385
OCDE	1.3	1.2	1.2	1.0	0.9	0.8	2.3	2.0	1.9	284	10

Note :

. . : Données non disponibles. La catégorie invalidité fait référence aux prestations d'invalidité publiques et aux prestations d'invalidité privées obligatoires; la catégorie maladie fait référence au congé maladie rémunéré public et au congé maladie rémunéré privé obligatoire (englobant à la fois les indemnités journalières pour accidents du travail et autres maladies professionnelles).

a) 2005 au lieu de 2007.

b) Les données pour le Canada n'englobent pas les dépenses au titre des paiements provinciaux de l'aide sociale à l'invalidité (qui en gros doubleraient le montant des dépenses), non plus que les dépenses au titre des régimes privés et facultatifs d'invalidité de longue durée.

Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales (*www.OCDE.org/els/social/expenditure*).

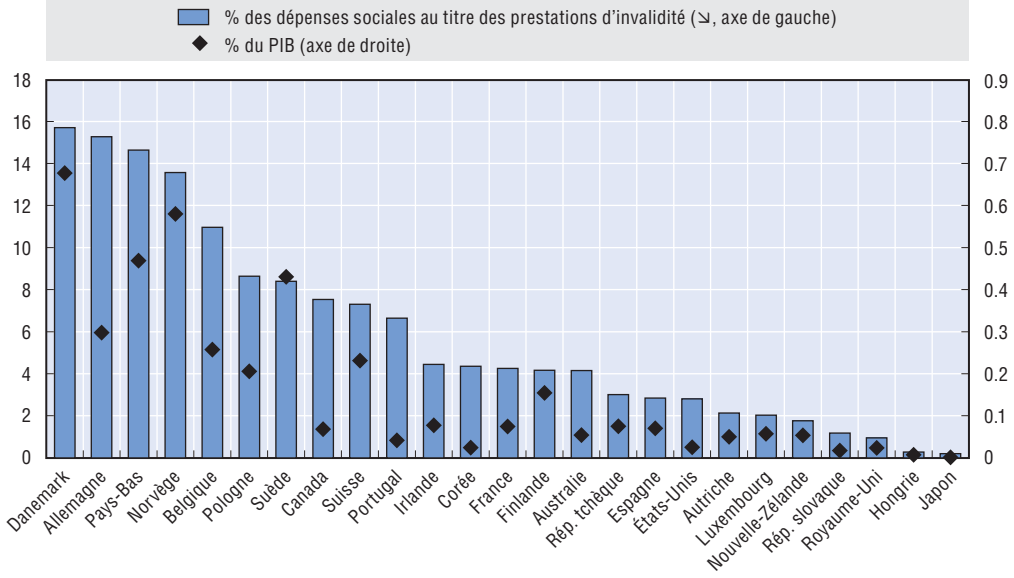
cependant, comme les Pays-Bas, la Norvège et la Suède, ces dépenses sont bien supérieures, dépassant 3.5 % du PIB.

Pour l'ensemble de la zone OCDE, les dépenses au titre des prestations d'invalidité sont restées relativement stables sur les 15 dernières années. Toutefois, plusieurs pays ont enregistré une augmentation de ces dépenses (voir graphique 2.A1.1 de l'annexe pour plus de détails sur l'évolution des dépenses de prestations sur la période 1990-2005). Dans certains cas, cette augmentation a été en partie compensée par une diminution des dépenses de maladie. Mais, même dans ce cas, les coûts très élevés liés à l'incapacité représentent un engagement de ressources important. Mesuré en pourcentage des dépenses sociales publiques totales, le coût de l'invalidité est de l'ordre de 10 % en moyenne dans la zone OCDE et atteint jusqu'à 20-25 % dans certains pays (tableau 2.1, dernière colonne).

En dépit des réorientations récentes des politiques, les dépenses liées à l'invalidité se limitent largement au paiement de prestations passives. Excepté pour un petit nombre de pays, la part des dépenses au titre des programmes de réadaptation professionnelle et d'emploi est inférieure à 8 % et, dans bien des cas, à 4 % des dépenses totales liées à l'invalidité (graphique 2.8). Ces pays sont l'Allemagne, la Norvège, le Danemark et les Pays-Bas bien que dans ce dernier pays une grande partie de ces dépenses serve à financer l'emploi protégé.

Graphique 2.8. **Un montant limité de ressources liées à l'invalidité va aux programmes pour l'emploi et la réadaptation**

Dépenses actives du marché du travail au titre des programmes d'emploi et de réadaptation professionnelle, 2007[a, b]



a) 2004 pour l'Espagne; 2005 pour la Corée; 2006 pour l'Australie, la Belgique, le Canada, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne et la Suisse. Dépenses au titre des prestations d'incapacité : 2005 pour le Japon et les Pays-Bas; 2006 pour la Nouvelle-Zélande et les États-Unis.

b) Les dépenses au titre des prestations d'incapacité englobent les dépenses au titre des prestations de maladie et d'invalidité.

Source : Base de données de l'OCDE sur les PAMT, base de données SOCX de l'OCDE et données fournies par les autorités nationales.

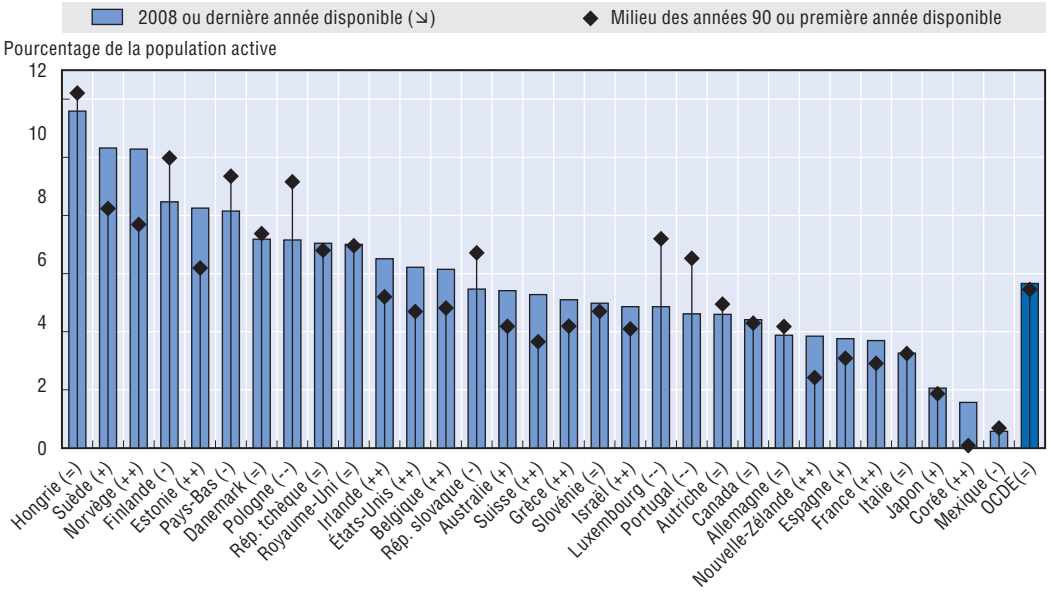
Un nombre élevé et croissant de bénéficiaires de prestations

Le niveau élevé des dépenses publiques est une conséquence directe du très grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. En 2007, environ 6 % en moyenne de la population de la zone OCDE en âge de travailler percevait une prestation d'invalidité, ce qui est comparable au taux de chômage moyen de l'OCDE pour l'année en question (graphique 2.9). Dans certains pays, comme la Hongrie, la Norvège et la Suède, les taux de bénéficiaires d'invalidité (de l'ordre de 10 %) étaient nettement supérieurs au taux de chômage. Dans les pays non européens et non anglophones de l'OCDE, au Japon, en Corée et au Mexique, au contraire, ces taux sont égaux ou inférieurs à 2 %.

En moyenne, sur les 10 à 15 dernières années, les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité n'ont que légèrement augmenté dans la zone OCDE mais cette moyenne masque des différences importantes d'un pays à l'autre. Plus de la moitié des pays, notamment tous les pays anglophones (à l'exception du Canada), ont enregistré une augmentation importante des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité (graphique 2.10). Ces taux

Graphique 2.9. **Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés et continuent d'augmenter dans de nombreux pays**

Effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité en pourcentage de la population de 20 à 64 ans dans 28 pays de l'OCDE et trois pays en cours d'accession[a], milieu des années 90[b] et dernière année disponible[c, d]



Note : (↘) fait référence à la variable pour laquelle les pays sont classés par ordre décroissant de gauche à droite. (++)/(--) représente une augmentation/diminution significative de 2 % ou plus; (+)/(–) représente une augmentation/diminution modérée comprise entre 0.75 % et 2 %; (=) représente une tendance relativement stable comprise entre –0.75 % et 0.75 %; les pourcentages indiquent la croissance annuelle moyenne des taux d'emploi des personnes handicapées. OCDE correspond à la moyenne non pondérée des 28 pays.

a) Les statistiques pour Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes sur la Rive occidentale selon les termes du droit international.

b) 1996 pour la Belgique et le Canada; 1999 pour les Pays-Bas; 2000 pour la Hongrie, l'Italie et la République slovaque; 2001 pour l'Irlande; 2003 pour le Japon et le Mexique; 2004 pour la Pologne.

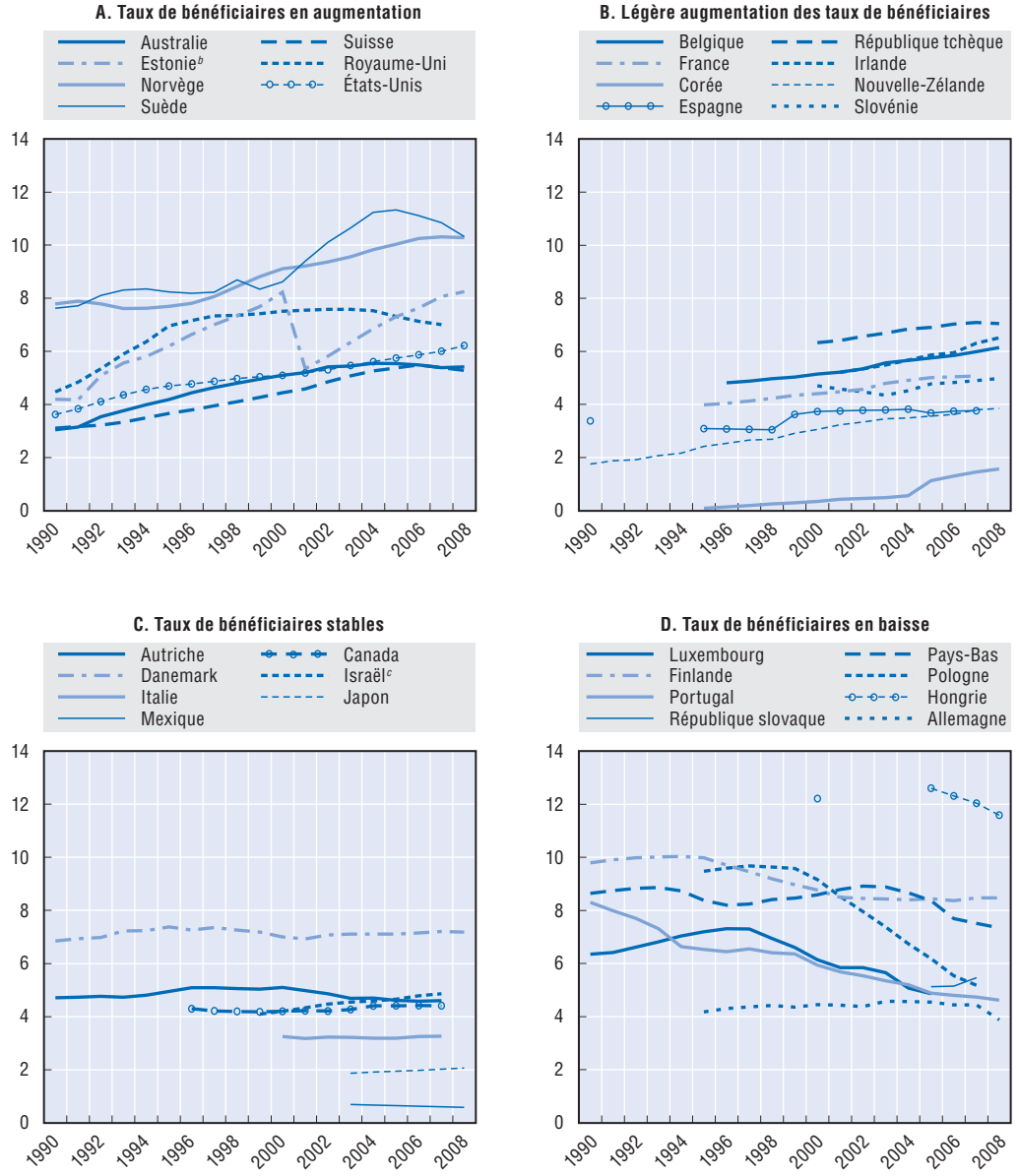
c) 2005 pour le Luxembourg; 2007 pour l'Autriche, le Canada, la France, Israël, l'Italie, la Pologne, la République slovaque, l'Espagne et le Royaume-Uni.

d) Les données pour la Hongrie englobent trois prestations non contributives différentes supposant toutes un sérieux problème de santé et destinées à promouvoir l'égalité des chances.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

Graphique 2.10. **Les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont évolué différemment d'un pays de l'OCDE à l'autre, reflétant des choix politiques différents**

Nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité ayant entre 20 et 64 ans en pourcentage de la population d'âge actif[a], 1990-2008



a) Les données pour l'Autriche et l'Allemagne seraient supérieures d'environ un point de pourcentage si l'on englobait les régimes spéciaux des fonctionnaires. Les données pour les Pays-Bas couvrent les 15-64 ans. Les données pour la Pologne concernent uniquement le régime contributif des salariés; si elles englobaient le régime contributif des agriculteurs et le régime non contributif, le taux serait supérieur de deux points de pourcentage.

b) Pour l'Estonie, la pension pour incapacité de travail a remplacé en 2001 l'ancienne pension d'invalidité et les personnes percevant une pension pour incapacité de travail ont été transférées vers les pensions de vieillesse ou les pensions nationales.

c) Les statistiques pour Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes sur la Rive occidentale selon les termes du droit international.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

ont diminué de manière sensible dans un petit nombre de pays, en particulier la Pologne, le Portugal, le Luxembourg et les Pays-Bas, suite à un durcissement de l'accès aux prestations d'invalidité. Plus récemment, on a observé également l'amorce d'une inversion de la tendance à une augmentation du nombre des bénéficiaires dans plusieurs autres pays comme la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni, bien que les niveaux observés en 2008 aient été encore bien supérieurs à ceux enregistrés 10 ou 15 ans auparavant.

Évolution de la composition des bénéficiaires

Le *gradient de l'âge* dans la prévalence de l'invalidité se reflète dans l'utilisation des prestations d'invalidité. Parmi les 20-34 ans, les taux de bénéficiaires sont d'environ 2 % dans la plupart des pays et atteignent près de 4 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Pour le groupe d'âge actif des 35-49 ans, les taux de bénéficiaires fluctuent autour de 4 à 6 %. Pour les travailleurs âgés de la tranche 50-64 ans, les taux sont habituellement de 10 à 15 %, atteignant plus de 20 % en Suède, en Norvège et en Hongrie (voir le graphique 2.A1.2 de l'annexe pour plus de détails sur les niveaux et tendances des taux de bénéficiaires par grand groupe d'âge). La plupart des pays ont un classement similaire dans les trois grands groupes d'âge; autrement dit, les pays tendent à avoir des taux de bénéficiaires soit relativement élevés soit relativement bas dans tous les groupes d'âge. Dans certains pays, toutefois, ces taux sont très élevés pour les travailleurs âgés mais relativement faibles parmi les jeunes et les groupes d'âge actif. Dans ces pays, comme le Luxembourg et l'Autriche, les régimes d'invalidité remplissent en partie une fonction de préretraite.

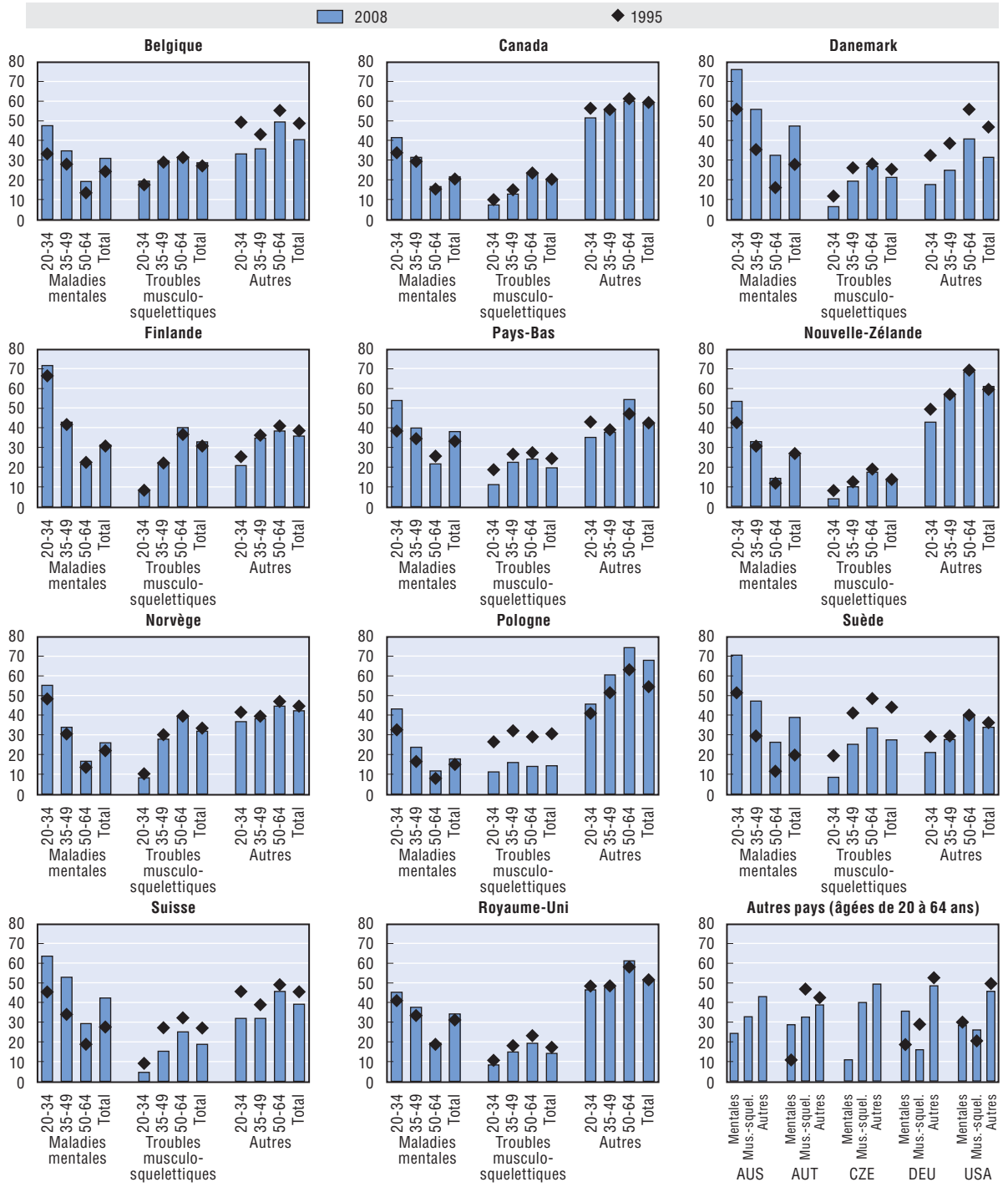
Reflétant la taille des trois grands groupes d'âge, l'évolution globale des taux de bénéficiaires a été due essentiellement à une modification de l'utilisation des prestations d'invalidité par les travailleurs âgés, avec des variations à la hausse de 2 à 3 points de pourcentage dans plusieurs cas et des baisses significatives dans les pays qui ont réformé leurs systèmes. Toutefois, dans de nombreux pays, les taux de bénéficiaires ont très sensiblement augmenté parmi les travailleurs jeunes et d'âge actif. En conséquence, dans la plupart des cas, le bénéficiaire moyen est désormais plus jeune que par le passé et la durée moyenne pendant laquelle il perçoit des prestations est plus longue.

De même, dans de nombreux pays, la structure par *sexe* des bénéficiaires de prestations a évolué. Les taux de bénéficiaires ont eu tendance à augmenter davantage (ou à diminuer moins) pour les femmes, de sorte que la proportion de femmes dans l'effectif total de bénéficiaires a augmenté. La proportion d'hommes reste supérieure à 50 % dans une majorité de pays mais les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont majoritairement des femmes dans les pays nordiques (voir le graphique 2.A1.3 de l'annexe pour plus de détails sur les niveaux et les tendances des taux de bénéficiaires par sexe).

Enfin, et peut-être surtout, les *causes médicales* qui fondent les demandes de prestations d'invalidité ont considérablement changé dans la quasi totalité des pays de l'OCDE, les troubles de la santé mentale devenant progressivement ou étant désormais la cause principale. Pour un tiers en moyenne des nouvelles demandes de pension d'invalidité la cause principale est un problème de santé mentale; cette proportion atteint 40 % dans certains pays et près de 50 % au Danemark (graphique 2.11). C'est parmi les jeunes que la proportion de nouveaux bénéficiaires souffrant de troubles de la santé

Graphique 2.11. **Un nombre croissant d'entrées dans les régimes d'invalidité est imputable à des pathologies mentales**

Nouvelles demandes de pension d'invalidité par type de pathologie en pourcentage de toutes les demandes par groupe d'âge, 1995 et 2008[a, b]



a) Les données pour le Canada et l'Allemagne font référence au régime contributif uniquement; les données pour la Pologne couvrent uniquement le régime FUS; les données pour les États-Unis ne prennent pas en compte le chevauchement des régimes contributifs et non contributifs.

b) Les données pour 1995 font référence à 1996 pour la Nouvelle-Zélande, 1999 pour les Pays-Bas, 2000 pour le Danemark, la Finlande, le Royaume-Uni, les États-Unis et 2001 pour le Canada. Les données pour 2008 font référence à 2005 pour le Royaume-Uni, 2006 pour la Norvège et 2007 pour l'Autriche, le Canada et la Pologne.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

mentale est la plus importante : elle représente environ 70 % des demandes dans le groupe d'âge 20-34 ans. Les problèmes de santé mentale sont également plus souvent présents dans les entrées en invalidité pour les femmes que pour les hommes. Ces chiffres ne révèlent pas toute l'ampleur des pathologies mentales en raison de la comorbidité fréquente de certaines pathologies physiologiques et mentales.

2.4. Dynamique des régimes de prestations

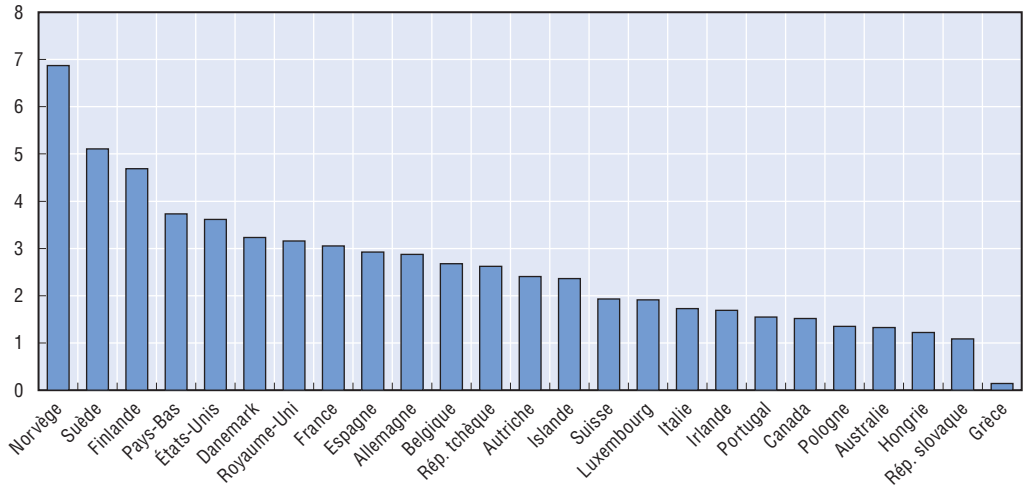
L'absence pour maladie : précurseur de l'invalidité

Les niveaux d'absence pour maladie sont d'une importance critique pour les entrées dans les régimes d'invalidité. Dans la plupart des pays, une majorité de candidats à l'invalidité, habituellement 50 à 90 %, entrent dans les régimes d'invalidité après une période de durée variable de prestations maladie. Il n'est pas surprenant que les taux d'absence soient les plus élevés dans un grand nombre de pays où les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés, en particulier les pays nordiques (graphique 2.12). Toutefois, certains pays, en particulier des pays d'Europe orientale, ont un grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité mais des taux d'absence comparativement bas.

Une analyse plus détaillée confirme qu'un épisode antérieur de prestations maladie augmente considérablement la probabilité de percevoir une pension d'invalidité dans une majorité de pays de l'OCDE (graphique 2.13). L'absence pour maladie joue un rôle majeur de précurseur d'une sortie permanente du marché de travail sous la forme de prestations d'invalidité dans les pays nordiques, les pays du Benelux, au Royaume-Uni, en France et en

Graphique 2.12. **Les taux d'absence pour maladie sont corrélés aux taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité**

Incidence de l'absence pour maladie des salariés à plein-temps dans une sélection de pays de l'OCDE, 2008[a]

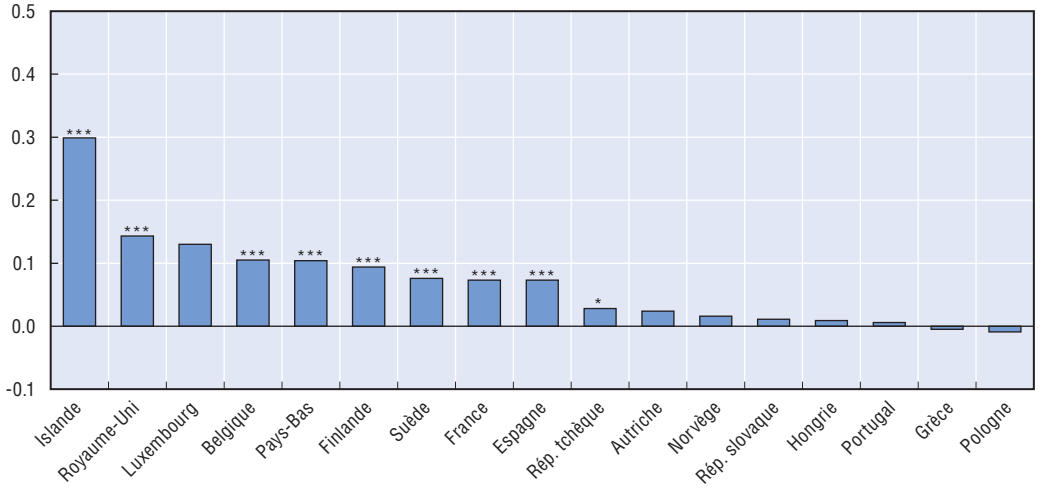


a) 2004 pour l'Australie et 2007 pour l'Islande. L'incidence de l'absence pour maladie est définie comme la proportion de salariés à plein-temps absents de leur travail (pendant un jour ou une semaine entière de travail) pour cause de maladie et d'incapacité temporaire. Les données sont des moyennes annuelles d'estimations trimestrielles. Les estimations pour l'Australie et le Canada concernent uniquement des absences d'une semaine entière.

Source : Enquête européenne sur les forces de travail (EFT-UE) et enquêtes nationales sur les forces de travail pour l'Australie, le Canada et les États-Unis.

Graphique 2.13. **Des épisodes antérieurs de prestations maladie augmentent la probabilité d'être candidat à une pension d'invalidité**

Effets marginaux d'un modèle de probabilité de l'invalidité sur une prestation maladie décalée[a, b, c]



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

a) Les effets marginaux sont estimés à partir d'un modèle Logit. Ils saisissent l'effet d'une prestation maladie décalée sur la probabilité de percevoir des prestations d'invalidité. Un effet marginal positif signifie une probabilité plus grande de percevoir une pension d'invalidité. Aux Pays-Bas et en Suède, l'effet d'une prestation maladie correspond à des épisodes décalés de deux périodes car les prestations maladie ont une durée supérieure à un an (dans tous les autres pays, on utilise des épisodes décalés d'une période).

b) Les échantillons englobent des personnes présentes dans au moins trois vagues consécutives.

c) Toutes les régressions englobent des variables fictives régionales (excepté pour l'Allemagne) et les caractéristiques « initiales » suivantes de travail : secteur, profession, type de contrat, horaires de travail, travail posté, secteur public et taille de l'entreprise.

Source : Estimations de l'OCDE se fondant sur les vagues longitudinales 2005-06-07 de EU-SILC.

Espagne. Ces constats soulignent l'importance des mesures de prévention sur le lieu de travail, de l'identification à un stade précoce et du suivi des problèmes de santé susceptibles de durer longtemps. Dans d'autres pays, le chômage est une voie d'entrée importante dans les régimes d'invalidité. Les individus qui étaient auparavant chômeurs sont plus à risque d'entrer dans les régimes d'invalidité dans les pays d'Europe orientale, en Finlande et en Grèce (résultats d'un modèle similaire non présentés).

Des groupes sociodémographiques particuliers ont un risque plus grand de voir leur absence pour maladie se transformer en demande de prestation d'invalidité. L'analyse montre que les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'entrer dans un régime d'invalidité (tableau 2.2, partie A), mais plus susceptibles en revanche de devenir bénéficiaires de prestations dès lors qu'elles ont perçu des prestations d'assurance maladie (tableau 2.2, partie B). Les jeunes bénéficiaires de prestations d'assurance maladie sont également relativement plus susceptibles d'être admis au bénéfice de l'invalidité. Ces deux constats sont importants au vu des augmentations récentes des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité parmi les femmes et les jeunes adultes. Les travailleurs peu qualifiés ont en général un risque plus grand de devenir des bénéficiaires de prestations d'invalidité (partie A), mais cet effet est renforcé pour les bénéficiaires peu qualifiés de prestations d'assurance maladie (partie B). Les travailleurs hautement qualifiés, en revanche, sont généralement moins susceptibles d'entrer dans

Tableau 2.2. **La probabilité de percevoir une pension d'invalidité après un épisode d'absence pour maladie varie avec les caractéristiques personnelles**

Coefficients obtenus à partir d'un modèle estimant la probabilité d'entrer dans un régime d'invalidité (partie A) et coefficients obtenus à partir d'un modèle similaire conditionné à un épisode antérieur d'absence pour maladie (partie B)[a, b, c]

	Partie A. Invalidité Logit	Partie B. Interactions entre les prestations d'assurance maladie décalées et les caractéristiques personnelles
Prestation d'assurance maladie décalée	0.029***	
Sexe = F	–0.016***	0.009**
Âge	0.011***	–
Âge^2	0.000***	–
20-34	–	0.018*
50-64	–	0.009
Situation de famille		
Célibataire	0.022***	
Séparée/divorcée	0.012***	
Veuve	–0.006**	
Niveau d'études		
Peu qualifiée	0.009***	0.157**
Hautement qualifiée	–0.020***	0.201**
Ancienneté dans l'emploi (en années)	–0.002***	
Quintile de revenu du ménage		
1er quintile	0.004**	–0.004
2e quintile	0.005***	0.002
4e quintile	–0.007***	0.008
5e quintile	–0.019***	0.005
Observations	128 163	

*, **, *** : statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

a) Les échantillons englobent des personnes présentes dans au minimum trois vagues consécutives.

b) Effets marginaux rapportés (voir note a du graphique 2.13).

c) Toutes les régressions contiennent des variables régionales fictives (excepté pour l'Allemagne) et les caractéristiques « initiales » suivantes du travail : secteur, profession, type de contrat, horaires de travail, travail posté, secteur public et taille de l'entreprise.

Source : Estimations de l'OCDE se fondant sur les vagues longitudinales 2005-06-07 de EU-SILC.

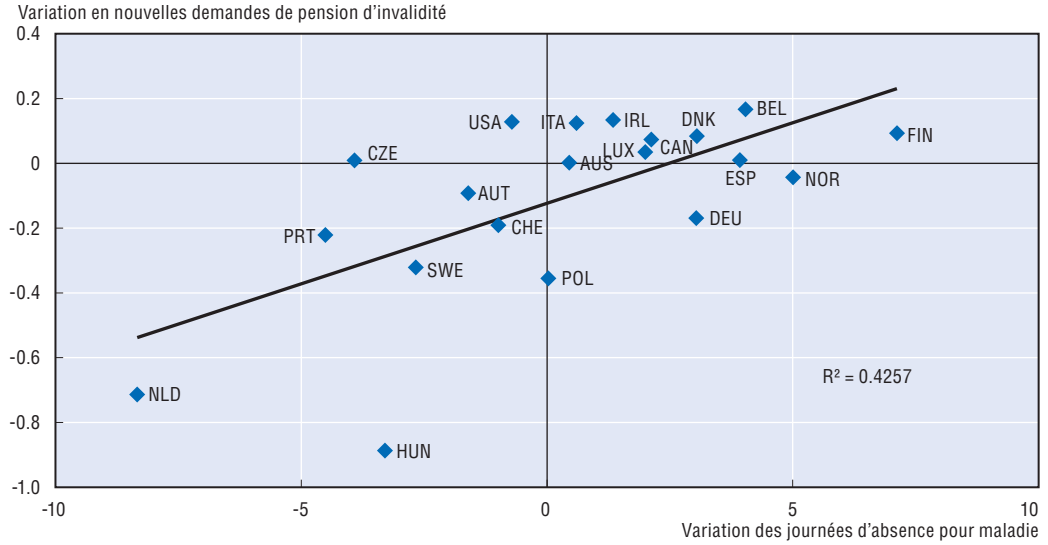
un régime d'invalidité (partie A), mais leur risque de transformer leur absence pour maladie en demande de prestations d'invalidité est supérieur à celui des travailleurs moyennement qualifiés (partie B).

Taux élevés d'entrées dans les régimes d'invalidité

Récemment, certains pays de l'OCDE sont parvenus à faire baisser le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité[3]. Dans presque tous les cas, ces baisses sont allées de pair ou ont suivi une réduction de l'absence pour maladie de longue durée (graphique 2.14). Toutefois, le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité, qui ont augmenté dans bien des cas, demeure important dans la plupart des pays; il est de 4 à 8 pour mille par an de la population en âge de travailler (graphique 2.15, partie A) en dépit de taux relativement élevés de rejet des demandes de prestations d'invalidité. Ces taux sont de l'ordre de 50 % dans de nombreux pays de l'OCDE, à l'exception des pays nordiques où 10 à 25 % seulement des demandes sont rejetées (graphique 2.15, partie B). Les taux élevés de rejet donnent à penser qu'en fait un groupe beaucoup plus important de travailleurs (pour la plupart sans emploi) cherchent à obtenir une pension d'invalidité permanente.

Graphique 2.14. **Les déclins de l'absence pour maladie précèdent généralement un déclin des demandes de prestations d'invalidité**

Évolution du nombre de journées d'absence pour maladie (1995-2008[a]) et des nouvelles demandes d'accès aux prestations d'invalidité[b] (2000-08[c])



a) 1995-2004 pour l'Australie, 1995-2007 pour l'Islande, 1996-2008 pour la Suisse, 1997-2008 pour la République tchèque et la Hongrie, 1998-2008 pour la République slovaque et les États-Unis et 2001-08 pour la Pologne.

b) Les données pour l'Autriche n'englobent pas les fonctionnaires. Pour le Canada, elles font uniquement référence au régime contributif. Pour l'Allemagne, elles englobent les fonctionnaires mais pas le régime de retraite non contributif et la préretraite pour les personnes lourdement handicapées. Pour l'Espagne, elles ne couvrent que le régime contributif et pour les États-Unis elles ne prennent pas en compte le chevauchement entre les régimes contributifs et non contributifs.

c) 2000-08 pour le Luxembourg et l'Espagne; 2000-07 pour l'Autriche, la Belgique, l'Italie et la Pologne; 2001-06 pour l'Irlande; 2001-07 pour le Canada; 2001-08 pour la République tchèque et 2006-08 pour l'Australie.

Source : Données nationales sur les nouvelles demandes de prestations d'invalidité, Enquête européenne sur les forces de travail (EFT-UE) et enquêtes nationales sur les forces de travail pour l'Australie, le Canada et les États-Unis.

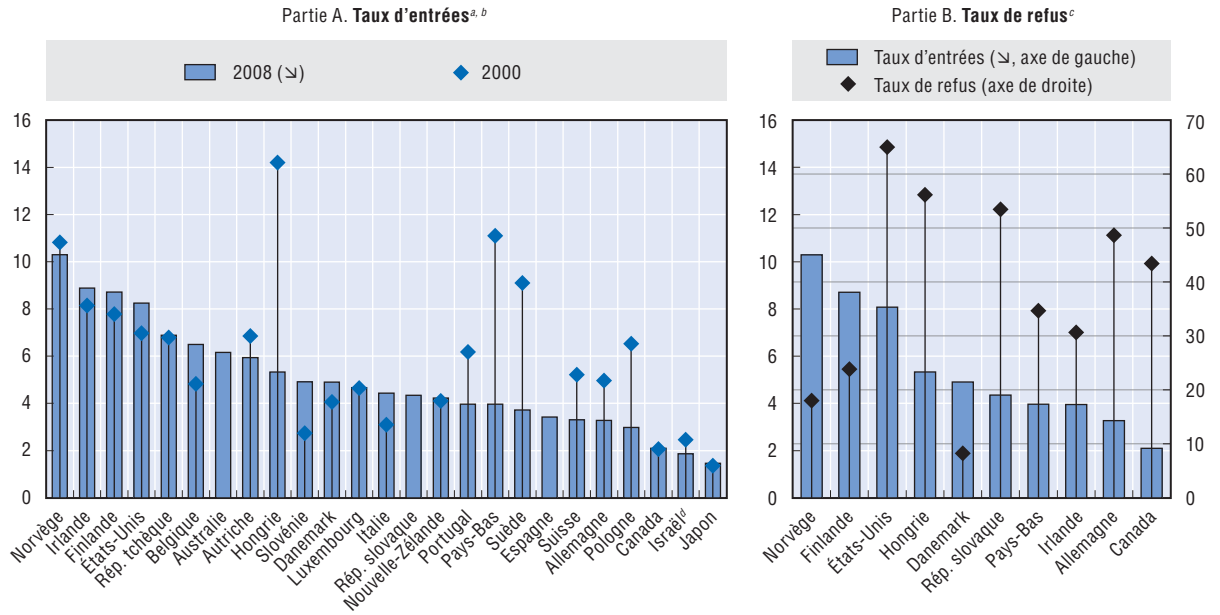
Une analyse plus détaillée des nouvelles demandes de prestations d'invalidité par âge et par sexe donne à penser que, de façon générale, la tendance globale se reflète dans chaque groupe d'âge et pour chaque sexe (pour des détails propres à chaque pays, voir le graphique 2.A1.4 de l'annexe). Dans certains pays, toutefois, on observe des différences significatives qui ont contribué à un déplacement structurel vers des bénéficiaires plus jeunes et de sexe féminin. Dans une série de pays (par exemple, l'Australie, la Belgique et la Slovénie), les taux de demandes ont été plus élevés pour les femmes que pour les hommes ou ils ont chuté pour les hommes mais pas pour les femmes (par exemple, en Allemagne, en Israël et en Suisse). De même, dans plusieurs pays, (par exemple, l'Autriche, le Canada, l'Allemagne, la Norvège, la Suède et la Suisse), la probabilité d'une nouvelle demande a diminué pour les travailleurs âgés mais pas pour les travailleurs jeunes et d'âge actif.

Les sorties des régimes d'invalidité sont pratiquement nulles

Une autre raison du nombre élevé de bénéficiaires est le caractère *permanent* ou *quasi-permanent* des pensions d'invalidité dans la plupart des pays. Dès lors qu'une pension est accordée, la probabilité d'un retour à l'emploi est quasiment nulle. Pour la grande majorité des pays pour lesquels nous disposons de données, environ 1 à 2 % seulement des bénéficiaires sortent chaque année de l'invalidité autrement que pour cause de décès ou de

Graphique 2.15. **Certains pays sont parvenus récemment à réduire le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité**

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité pour mille personnes en âge de travailler, 2000 et 2008, et proportion des demandes rejetées, 2008



a) Les données pour l'Irlande concernent 2001 et 2006; 2005 pour le Luxembourg et 2007 pour l'Autriche, la Belgique, le Canada, l'Italie, la Pologne, la République slovaque et l'Espagne.

b) Les données pour l'Autriche n'englobent pas les fonctionnaires; celles pour l'Allemagne englobent les fonctionnaires mais pas le régime de retraite non contributif et la préretraite pour les personnes lourdement handicapées; les données pour le Canada et l'Espagne couvrent uniquement le régime contributif de prestations.

c) Les données pour l'Irlande concernent 2007 et les personnes en prestations maladie depuis plus de deux ans ; les chiffres du Canada, de la République slovaque et des États-Unis concernent 2007.

d) Les statistiques pour Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes sur la Rive occidentale selon les termes du droit international.

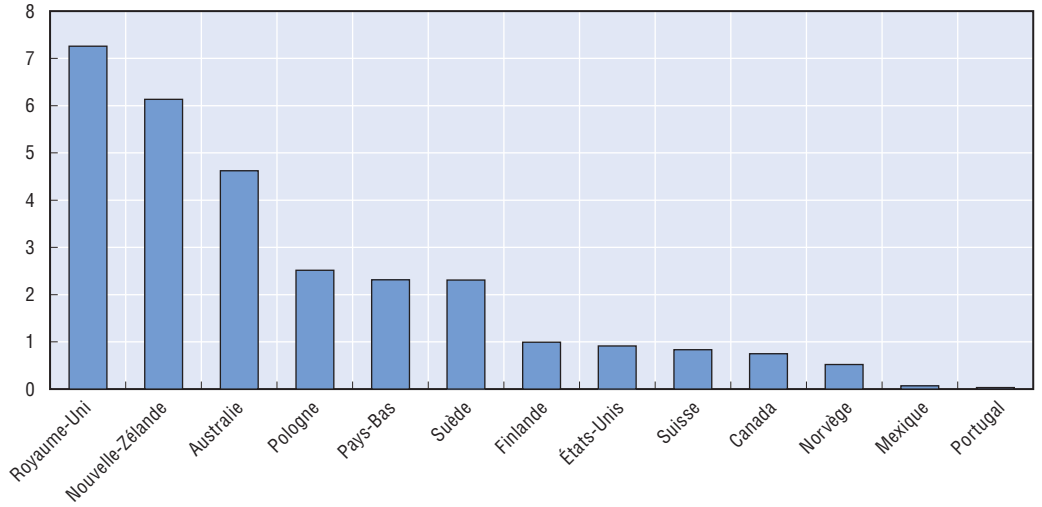
Source : Données fournies par les autorités nationales.

départ à la retraite (graphique 2.16)[4]. Les données plus détaillées disponibles pour certains pays, l'Australie par exemple, donnent à penser que seule une petite minorité des sorties représentées sur ce graphique, souvent quelque 10 à 20 % seulement, correspond à des entrées effectives dans l'emploi.

La permanence de fait des prestations d'invalidité donne à penser qu'un changement de politique aura probablement plus d'impact lorsqu'il visera à prévenir l'attribution de prestations d'invalidité en premier lieu. C'est pourquoi, dans la plupart des pays de l'OCDE, les réformes se sont attachées à aider les personnes à rester dans la population active et à éviter une période de transition dans la dépendance à l'égard des prestations et une sortie durable du marché du travail (chapitre 3). Toutefois, l'augmentation récente des taux de sortie dans un petit nombre de pays, même si elle n'est que de 1 ou 2 points de pourcentage par an, donne à penser qu'il n'est pas impossible de sortir les personnes de la dépendance aux prestations et de les réinsérer dans l'emploi. En conséquence, quelques autres pays cherchent depuis peu les moyens de réduire leurs effectifs de bénéficiaires de prestations de longue durée.

Graphique 2.16. **Les personnes ne sortent pratiquement jamais de l'invalidité longue durée pour entrer dans l'emploi**

Sorties annuelles des régimes d'invalidité en pourcentage du nombre total de bénéficiaires de prestations d'invalidité, 2008[a, b]



a) Les sorties englobent les entrés dans l'emploi et dans d'autres formes d'inactivité mais aussi la perte de droits mais elles n'englobent pas les décès et les transferts en pension de vieillesse.

b) Les données font référence à 2005 pour l'Australie et le Royaume-Uni, à 2006 pour la Finlande et à 2007 pour le Canada, la Pologne et le Portugal. Les données pour le Canada et les États-Unis font uniquement référence aux régimes contributifs d'invalidité, celles pour la Pologne au régime contributif des agriculteurs et celles pour le Royaume-Uni au régime de l'incapacité longue durée.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

2.5. Conclusion

Des données qui précèdent se dégagent les faits suivants :

- Les résultats au plan de l'emploi des personnes ayant des problèmes de santé ou un handicap sont décevants, en particulier pour celles souffrant de troubles mentaux. Un contexte économique favorable avant la récente récession ne les a pas aidées à intégrer en plus grand nombre le marché du travail.
- Les taux de chômage des personnes handicapées étaient bien supérieurs à ceux des autres groupes de population avant la crise actuelle de l'emploi. La récente dégradation de la situation sur le marché du travail devrait donc creuser encore l'écart entre personnes handicapées et personnes sans handicap.
- Le revenu moyen équivalent des personnes handicapées est bien inférieur à celui du reste de la population, et leur probabilité d'être en situation de pauvreté est bien plus grande.
- Les dépenses publiques liées à l'incapacité sont importantes; avant la crise de l'emploi, elles étaient en moyenne environ 2.5 fois supérieures aux dépenses au titre de l'indemnisation du chômage dans les pays de l'OCDE.
- Le niveau élevé des dépenses liées à l'incapacité est le résultat du grand nombre de personnes percevant une pension d'invalidité, qui est devenue la principale prestation d'âge actif dans la plupart des pays de l'OCDE.
- Dans la plupart des pays, on a observé une évolution structurelle de la composition des effectifs de bénéficiaires de prestations; ceux-ci tendent désormais à être plus jeunes et sont plus fréquemment de sexe féminin qu'il y a dix ou vingt ans. En outre, les maladies

mentales sont responsables aujourd'hui de la majorité des nouvelles demandes de prestations d'invalidité.

- Les réformes globales mises en œuvre ces dernières années ont inversé la tendance à la hausse dans un certain nombre de pays. Ce changement a été obtenu dans une large mesure par des réformes affectant les nouveaux candidats aux prestations.

Notes

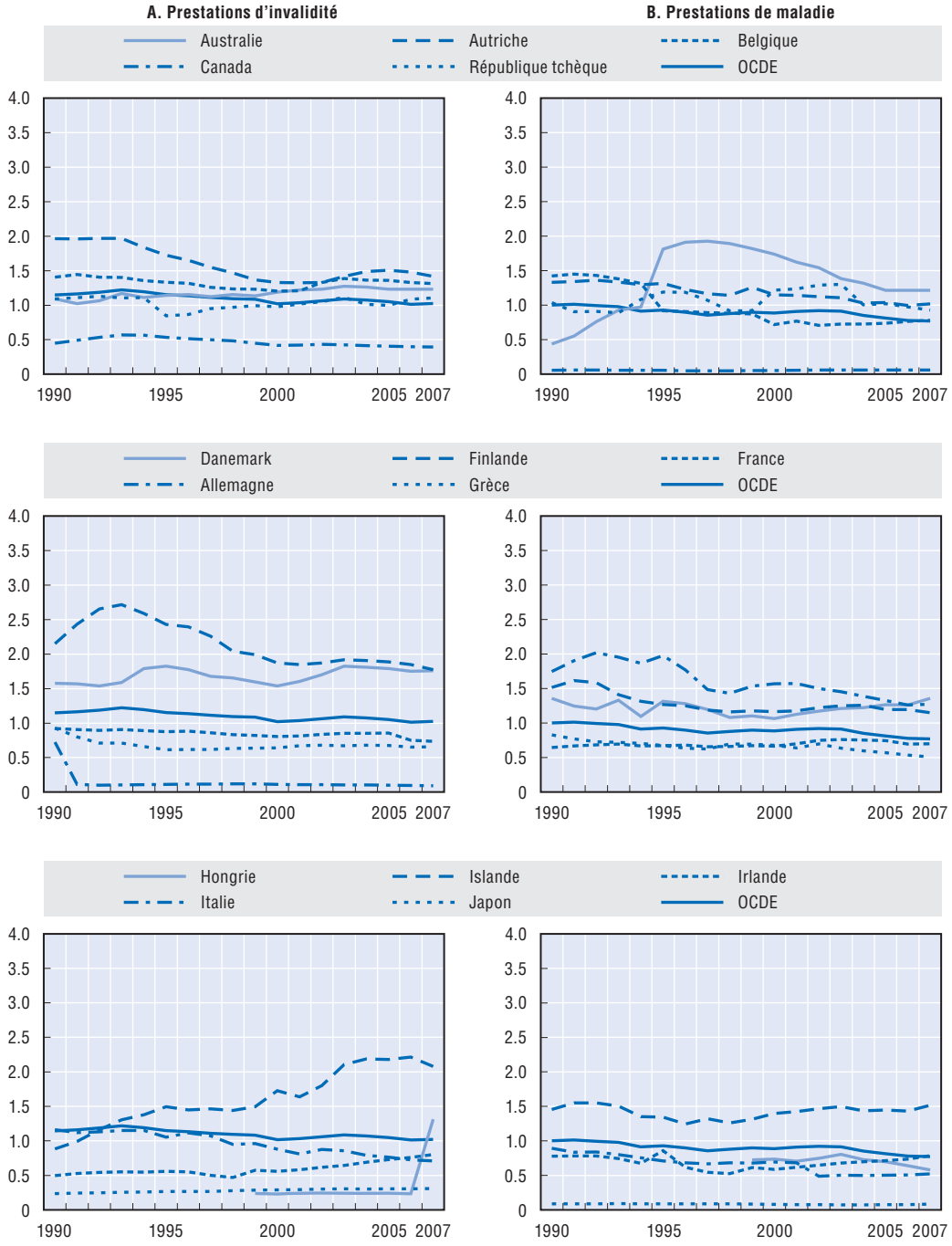
1. La Pologne est une exception à cet égard : les personnes handicapées y sont largement surreprésentées dans l'agriculture, parmi les travailleurs indépendants et les travailleurs temporaires mais elles sont sous-représentées dans le secteur public. Cela tient au fait que la majorité des Polonais ayant un handicap travaillent dans des emplois protégés.
2. Dans le texte qui suit, le revenu est le revenu par personne corrigé de la taille du ménage, et le taux de pauvreté désigne le pourcentage de personnes handicapées dans les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu disponible médian corrigé de l'ensemble de la population en âge de travailler. En divisant le revenu total du ménage par la racine carrée de la taille du ménage, on obtient une élasticité d'équivalence de 0.5. Ainsi, le revenu d'un ménage de quatre personnes est considéré équivalent à celui de deux ménages composés d'une seule personne.
3. La baisse des taux d'entrée dans les régimes d'invalidité est une conséquence d'un durcissement de l'accès, par exemple d'une fermeture de l'accès aux prestations d'invalidité pour certains groupes à capacité partielle de travail, d'un durcissement des règles pour l'évaluation de l'invalidité et d'un élargissement des responsabilités de l'employeur en matière de maladie et d'invalidité et de paiement des prestations. Dans certains pays, toutefois, la baisse des taux d'entrée est aussi largement imputable au recours accru à la préretraite comme alternative à l'invalidité pour les travailleurs âgés.
4. La Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni font exception à ce taux annuel de sortie faible. Les taux de sortie plus élevés observés dans ces deux pays sont, dans une large mesure, le résultat d'une proportion plus forte, parmi les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité, de personnes souffrant de pathologies de courte durée (qui, dans d'autres pays, percevraient des prestations de maladie).

ANNEXE 2.A1

Données supplémentaires

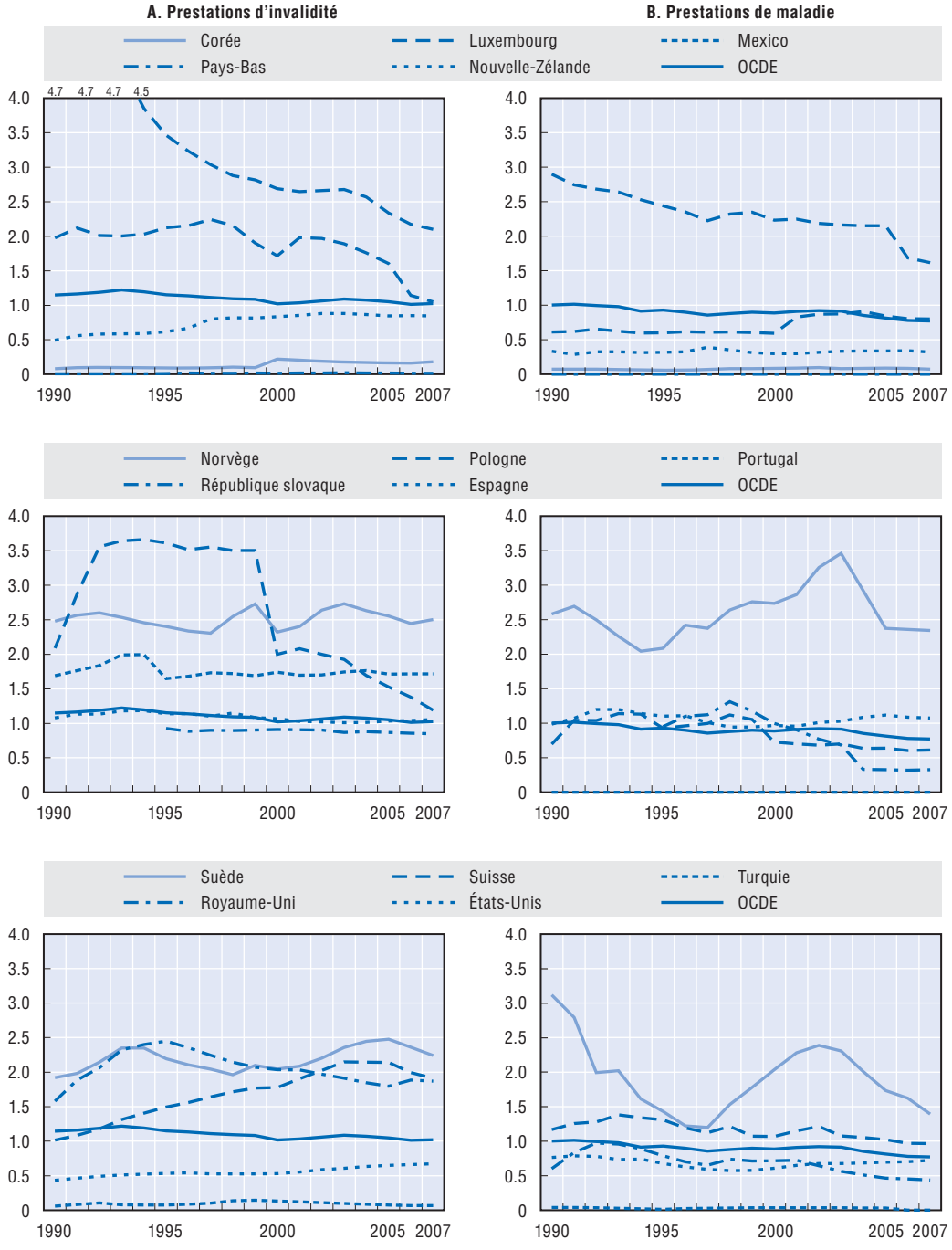
Graphique 2.A1.1. **Les dépenses au titre des prestations d'invalidité ont eu tendance à baisser à la fin des années 90 mais elles ont légèrement augmenté récemment**

Dépenses annuelles au titre des prestations de maladie et d'invalidité, en pourcentage du PIB, 1990-2007



Graphique 2.A1.1. **Les dépenses au titre des prestations d'invalidité ont eu tendance à baisser à la fin des années 90 mais elles ont légèrement augmenté récemment** *(suite)*

Dépenses annuelles au titre des prestations de maladie et d'invalidité, en pourcentage du PIB, 1990-2005

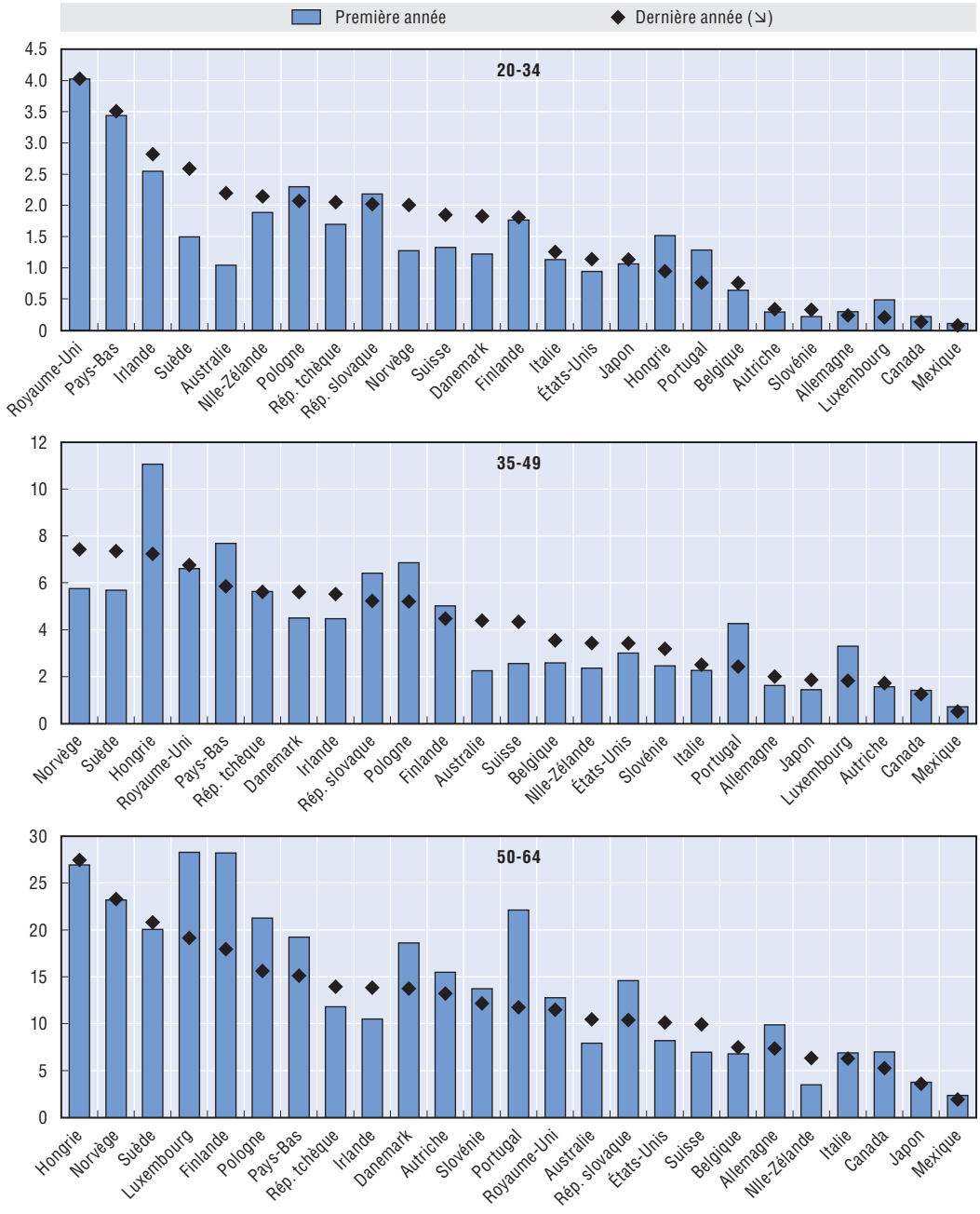


Note : Englobe les dépenses publiques et les dépenses privées.

Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales et données fournies par les autorités nationales.

Graphique 2.A1.2. **Pour les niveaux et les tendances des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, les 50-64 ans sont en position dominante**

Taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité pour les trois grands groupes d'âge, première et dernière année disponibles[a, b]



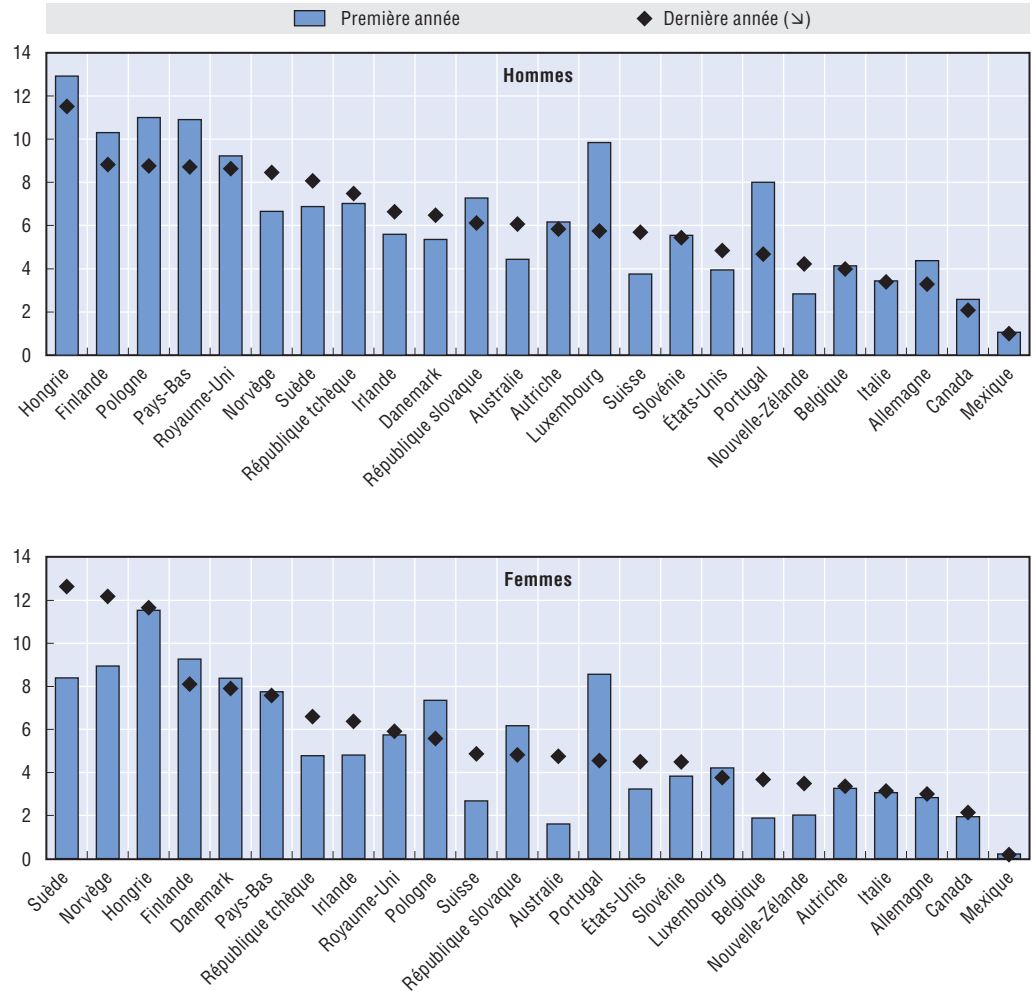
a) Période couverte : 1990-2008 pour l'Australie, la Belgique, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, la Norvège et le Portugal; 1990-2007 pour l'Autriche; 1992-2008 pour la Suisse; 1995-2005 pour le Luxembourg; 1995-2007 pour la République slovaque; 1995-2008 pour l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande et la Suède; 1996-2007 pour le Canada; 1999-2005 pour le Royaume-Uni; 1999-2008 pour les Pays-Bas; 2000-07 pour l'Italie; 2000-08 pour la Hongrie, la Slovénie et les États-Unis; 2001-08 pour l'Irlande; 2003-07 pour le Japon; 2003-08 pour le Mexique; 2004-07 pour la Pologne.

b) Les données pour le Canada concernent uniquement le régime contributif d'invalidité (prestation d'invalidité du régime de pension du Canada et du Québec).

Source : Données fournies par les autorités nationales.

Graphique 2.A1.3. **Dans certains pays, les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont désormais plus souvent des femmes que des hommes**

Taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité pour les hommes et les femmes, première et dernière années disponibles[a, b]



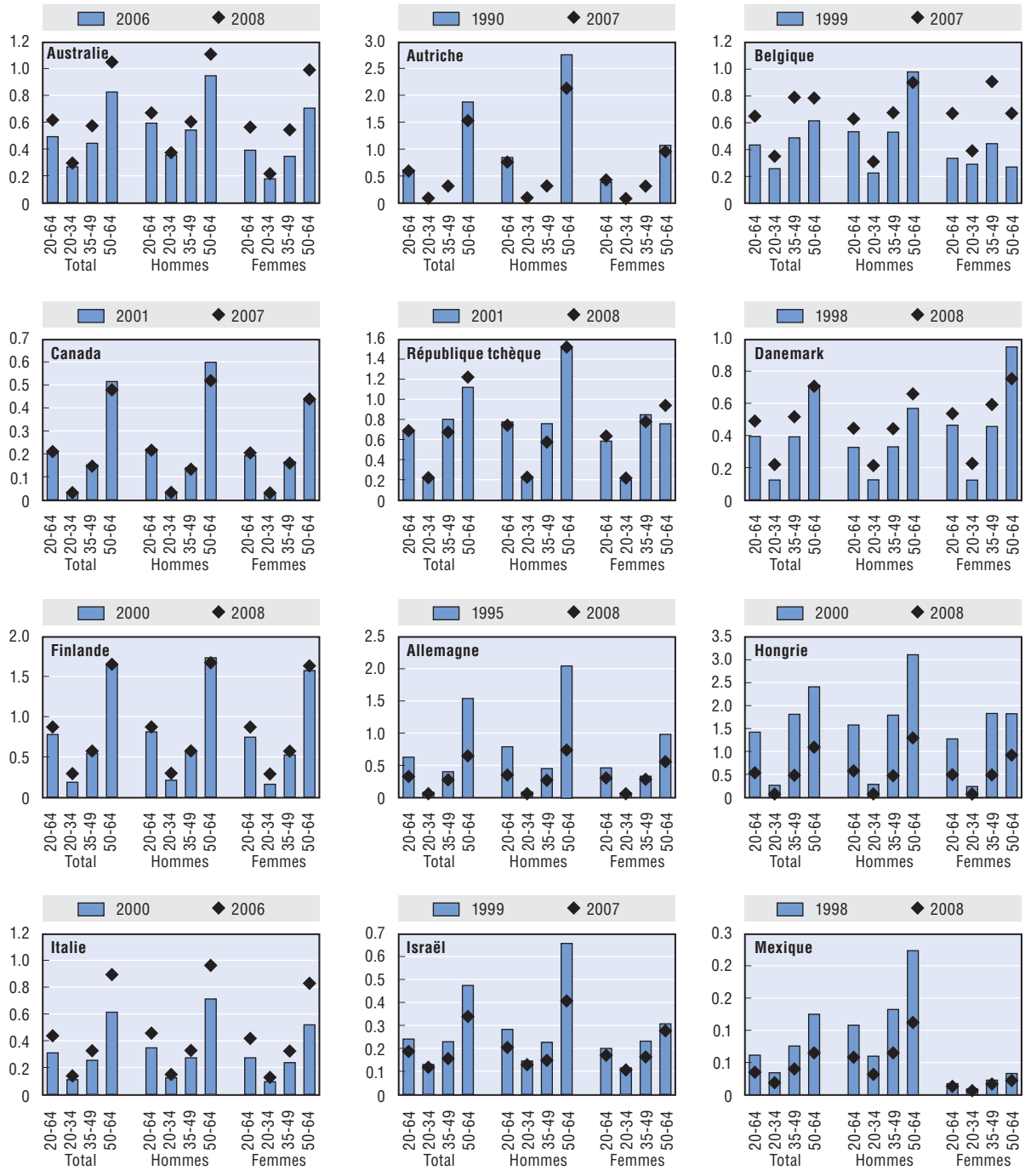
a) Période couverte : 1990-2008 pour l'Australie, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, le Mexique, la Norvège, le Portugal et la Suède ; 1990-2007 pour l'Autriche et la Belgique ; 1992-2008 pour l'Allemagne et la Suisse ; 1995-2005 pour le Luxembourg ; 1995-2007 pour la République slovaque ; 1995-2008 pour la Nouvelle-Zélande et la Suède ; 1996-2007 pour le Canada ; 1999-2005 pour le Royaume-Uni ; 1999-2008 pour les Pays-Bas ; 2000-07 pour l'Italie ; 2000-08 pour la Hongrie, la Slovénie et les États-Unis ; 2001-08 pour l'Irlande ; 2003-08 pour le Mexique ; 2004-07 pour la Pologne.

b) Les données pour le Canada et les États-Unis font référence uniquement au régime contributif d'invalidité (prestation d'invalidité du régime de pension du Canada et du Québec et assurance invalidité de la sécurité sociale).

Source : Données fournies par les autorités nationales.

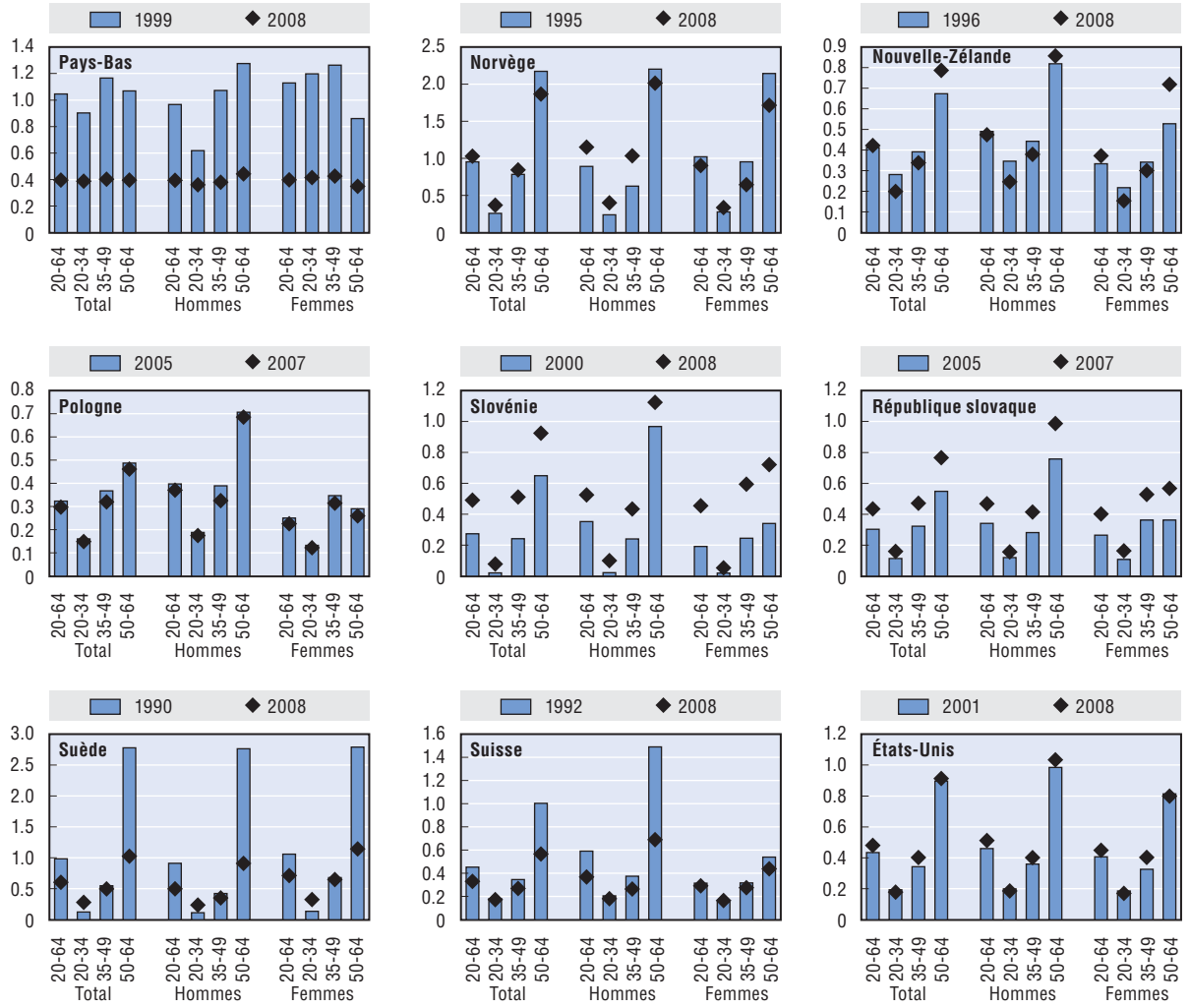
Graphique 2.A1.4. **La structure par âge des entrées dans les régimes d'invalidité varie considérablement d'un pays à l'autre**

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité par âge et par sexe en pourcentage de la population du groupe d'âge respectif, première et dernière année disponibles



Graphique 2.A1.4. **La structure par âge des entrées dans les régimes d'invalidité varie considérablement d'un pays à l'autre** *(suite)*

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité par âge et par sexe en pourcentage de la population du groupe d'âge respectif, première et dernière année disponibles



Note : Pour les définitions, voir graphique 2.15.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

Chapitre 3

Orientation des récentes réformes en matière de politique d'invalidité

Les résultats des politiques de maladie et d'invalidité restent décevants dans la plupart des pays, avec des taux d'emploi faibles et une forte dépendance à l'égard des prestations, ce qui implique de nouvelles réformes souvent impopulaires. Depuis 10-15 ans, les pays commencent à adopter une nouvelle approche selon laquelle il ne s'agit pas de se contenter de verser des prestations aux personnes handicapées mais d'encourager leur maintien dans l'emploi ou leur retour au travail. Ce chapitre décrit les grandes lignes des récentes réformes mises en place dans les pays de l'OCDE et pose la question de savoir si, oui ou non, ces réformes ont été suffisamment importantes pour réduire la dépendance à l'égard des prestations et augmenter le taux d'emploi. En conclusion, on constate que i) *les réformes sont importantes : elles ont eu un impact non négligeable sur les résultats observés, et notamment le taux d'allocataires des régimes d'invalidité ;* ii) *les mesures vont dans le bon sens et convergent largement bien que des différences structurelles demeurent. Néanmoins, beaucoup reste encore à faire, dans la plupart des pays.*

En 2003, le rapport de l'OCDE *Transformer le handicap en capacité* concluait à la nécessité de réformer en profondeur les politiques en matière de maladie et d'invalidité, plus encore probablement que les politiques sociales et de l'emploi. Cette conclusion reste largement valable aujourd'hui, les pays s'efforçant de contenir leurs taux élevés d'allocataires des régimes d'invalidité. Cela ne veut pas dire pour autant que rien n'a changé ces dix dernières années. Au contraire, la plupart des pays de l'OCDE ont commencé à mettre en place des mesures visant à instaurer un nouvel équilibre entre la sécurité des revenus et l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail. Plus précisément, ils abandonnent désormais l'approche passive au profit d'une approche davantage orientée vers l'emploi.

Ce chapitre présente d'abord les grandes lignes des récentes réformes des politiques en matière de maladie et d'invalidité visant à améliorer l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail. Il examine ensuite si ces réformes ont été suffisamment importantes pour modifier l'ensemble du dispositif et véhiculer le fort message sur l'emploi que les responsables politiques souhaitent faire passer. Il est suivi d'une analyse qui fait apparaître une nette convergence des politiques au sein de l'OCDE bien que des différences subsistent. La dernière partie examine l'impact des différentes réformes sur un résultat essentiel, à savoir le taux d'allocataires des régimes d'invalidité.

3.1. Les grandes lignes des réformes au sein de l'OCDE

Les politiques visant à améliorer les chances d'emploi des personnes handicapées et à faire en sorte que ce groupe de population préfère travailler ont largement évolué. Ces réformes peuvent être classées en trois grandes catégories, comme nous le verrons dans la suite de ce chapitre, et de manière plus détaillée dans les chapitres 4 à 6 : développement des mesures d'intégration dans l'emploi; amélioration du dispositif institutionnel; restriction de l'accès aux régimes d'indemnisation.

Développement des mesures d'intégration

Parmi les évolutions des politiques à l'adresse des personnes handicapées au cours des deux dernières décennies, on constate, dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, un développement progressif des politiques et des mesures d'aide au maintien dans l'emploi et/ou au retour à l'emploi. Ces politiques peuvent prendre différentes formes et sont souvent constituées d'un ensemble de mesures qui visent à aider les travailleurs et les employeurs, tout en responsabilisant davantage les entreprises.

Lois anti-discrimination

La plupart des pays ont adopté des *lois anti-discrimination* pour assurer une égalité de traitement aux personnes souffrant d'une incapacité (et autre handicap) en matière de promotion, d'embauche et de licenciement. Les pionniers ont été le Canada, en 1985, avec la Charte canadienne des droits et libertés, et les États-Unis, avec la Loi sur la discrimination des personnes handicapées (*Americans with Disabilities Act – ADA*) de 1990

(en vigueur depuis 1992). Plus récemment, de nombreux pays européens ont mis en place l'interdiction de la discrimination du fait d'un handicap suite à l'obligation, au sein de l'UE, d'adopter ce type de législation. Certains pays ont d'abord introduit cette législation en douceur avant d'en renforcer peu à peu les dispositions, en termes de champ d'application et de conditions d'accès. Au Royaume-Uni, par exemple, la Loi sur la discrimination à l'égard de l'invalidité (*Disability Discrimination Act – DDA*) a été adoptée en 1994, mais le volet emploi n'est entré en vigueur que quelques années plus tard. La loi a ensuite été étendue pour couvrir un plus grand nombre d'entreprises, y compris les plus petites. Les États-Unis souhaitent également toucher un plus grand nombre de personnes avec leur dernière réforme.

Modification des quotas d'emplois

Les *quotas d'emplois* obligatoires constituent un autre instrument utilisé par certains pays de l'OCDE, et notamment les pays d'Europe de l'Est, de l'Ouest et du Sud et l'Asie, pour inciter les employeurs à garder ou à embaucher des personnes handicapées ou, autre solution possible proposée par certains textes réglementaires en vigueur, à sous-traiter auprès d'entreprises ayant une part importante de personnes handicapées dans leurs effectifs. Plusieurs pays ont récemment modifié leur système de prélèvements compensatoires[1]. Les modifications récentes comprennent l'augmentation des pénalités que les entreprises doivent verser lorsqu'elles ne respectent pas leurs quotas (France, Italie, par exemple); l'élargissement de la réglementation en matière de quotas au secteur public (France, Pologne, par exemple); l'extension aux petites entreprises, jusque-là non visées par la réglementation (Grèce, Corée, Japon, par exemple); l'élargissement de la définition de la notion de handicap utilisée dans le système de quotas pour une couverture plus large (prise en compte des personnes atteintes de troubles mentaux au Japon, depuis 2005, par exemple).

Renforcement des incitations en direction des employeurs

Les lois anti-discrimination et les quotas d'emplois, malgré des évolutions récentes, imposent à l'employeur des obligations universelles mais pas nécessairement très fortes ou contraignantes. Ces obligations ont été mises en place de différentes manières dans chaque pays. Les obligations relatives à *l'aménagement du lieu de travail*, également pour les nouveaux demandeurs d'emploi, ont souvent été renforcées par d'autres lois telles que la Loi suédoise sur l'environnement de travail. D'autres pays ont choisi de renforcer ces obligations en rendant l'employeur responsable du *paiement des indemnités de maladie* pendant une durée variable, une mesure également prise dernièrement par la République tchèque, par exemple (contre une réduction des primes d'assurance maladie). Cette durée a été progressivement prolongée aux Pays-Bas, où l'employeur doit désormais verser des indemnités de maladie pendant une durée pouvant aller jusqu'à deux ans, voire une troisième année s'il ne peut pas prouver qu'il a pris toutes les mesures nécessaires pour le retour à l'emploi du travailleur malade. Dans certains systèmes d'assurance, le niveau de cotisations de l'employeur dépend de plus en plus du nombre de cas réels qu'il communique à l'assurance (« différenciation des primes à verser en fonction du comportement de l'employeur »); c'est le cas des régimes d'invalidité en Finlande et aux Pays-Bas et de divers régimes privés comme au Canada et en Suisse.

Développement des emplois assistés

Un assez grand nombre de pays ont élargi leur gamme de programmes d'emplois pour les personnes handicapées. Des programmes *d'emplois assistés* (*individual placement and support [IPS]* ou modèles d'intégration dans l'emploi) ont notamment été mis en place dans de nombreux pays. Ces programmes sont destinés à aider les personnes handicapées à s'intégrer sur le marché du travail normal en leur proposant une embauche à l'essai suivie d'une formation et d'une aide dans leur environnement de travail. Cette approche a d'abord été adoptée aux États-Unis où, en 1992, un programme révisé prévoyait déjà un suivi continu (au moins deux fois par mois) avec formation sur site et encadrement. Plusieurs pays européens se sont inspirés du modèle américain pour mettre en place des modèles d'emplois assistés dans les années 1990 (les pays nordiques, l'Autriche, les Pays-Bas, par exemple, suivis du Japon et de la Suisse en 2002), souvent sous forme de programmes pilotes dans la phase initiale, déployés ensuite à l'échelle nationale.

Modernisation de l'emploi protégé

Depuis une quinzaine d'années, un certain nombre d'initiatives nouvelles sont prises pour aider les personnes à s'intégrer sur le marché du travail normal. Le fait que de nombreux pays aient fait de *l'emploi protégé* un axe prioritaire est perçu comme une démarche qui perpétue la ségrégation des personnes handicapées et empêche leur intégration sur le marché du travail normal. Aux États-Unis, par exemple, l'emploi protégé n'est plus considéré comme une mesure d'emploi fructueuse. Plusieurs pays ont amélioré leur réglementation relative à l'emploi protégé. La Pologne et la Hongrie, par exemple, ont mis en place des systèmes d'accréditation (comme condition préalable à l'octroi de subventions) pour s'assurer que l'environnement de travail est adapté aux handicapés. Certains pays ont conçu de nouvelles formes d'emploi protégé plus en phase avec le marché du travail normal, telles que les entreprises sociales en Finlande et en France, tandis que d'autres ont mis l'accent sur la progression sur le marché du travail normal (la Norvège, par exemple, qui limite la part des personnes pouvant conserver un emploi protégé de manière permanente). Dans les deux cas, l'accent est plus mis sur l'évolution professionnelle des travailleurs et sur les compétences acquises dans l'emploi protégé. Les réformes instaurées aux Pays-Bas sont axées, en priorité, sur le droit à un emploi protégé individualisé pouvant également être proposé par des entreprises classiques.

Amélioration des subventions salariales

Le principal objectif d'une subvention salariale (dans la plupart des cas, il s'agit d'une subvention à l'employeur, parfois d'une subvention au travailleur) est de modifier les coûts de main-d'œuvre au profit du groupe cible (au détriment des autres) afin de changer la composition de la demande de main-d'œuvre et de créer des emplois qui n'auraient pas vu le jour sans cette subvention. Plusieurs pays tels que la Belgique et le Danemark développent fortement *l'emploi subventionné* à l'adresse des personnes handicapées depuis le milieu des années 1990. Au Danemark, de généreuses subventions salariales (pour les « emplois flexibles ») sont versées aux personnes qui sont dans l'incapacité de travailler dans des conditions normales, mais ces subventions ne sont octroyées qu'après épuisement des possibilités de réadaptation. L'efficacité des subventions salariales dépend du degré de ciblage et est généralement beaucoup plus élevée dans un système restrictif (comme en Finlande) que dans un système généreux comme celui du Danemark, où elles

ont engendré des pertes sèches importantes et ont nécessité des réajustements constants (subvention maximale plafonnée, par exemple) pour répondre aux fortes augmentations du nombre de personnes dans ce type d'emplois, qui sont, de fait, des emplois à temps partiel subventionnés.

Réadaptation professionnelle plus en amont

La *réadaptation professionnelle* agit sur le côté offre du marché du travail. Elle vise à accroître la productivité des personnes handicapées en restaurant et en développant leurs compétences et aptitudes pour qu'elles puissent s'intégrer aux effectifs généraux. Ces dernières années, un certain nombre de pays de l'OCDE se sont fixé comme objectif prioritaire le développement des possibilités de réadaptation précoce et le renforcement des exigences en matière de réadaptation. En Autriche, par exemple, la réadaptation professionnelle est obligatoire depuis 1996, et chaque demande de prestation d'invalidité est automatiquement traitée comme une demande de réadaptation. L'intervention précoce s'applique aux personnes qui ne peuvent pas réintégrer leur poste. La Hongrie applique, depuis 2008, un principe similaire selon lequel « la réadaptation *prime* la rente », avec un processus complet de réadaptation. Avec la cinquième réforme de son assurance invalidité, la Suisse a souhaité aller un peu plus loin en passant d'une logique selon laquelle « la réadaptation *prime* la rente » à une logique « la réadaptation *plutôt que* la rente ». Cette nouvelle logique, en Suisse, s'est accompagnée de mesures de promotion de l'intervention précoce et de nouvelles mesures (aménagement du poste, placement et réadaptation socioprofessionnelle). Les Pays-Bas font partie des pays qui ont énormément développé la réadaptation professionnelle (auparavant quasi-inexistante), au cours des dix dernières années; l'employeur doit faire tout son possible pour réintégrer les salariés malades et, conformément à l'obligation d'indemnisation de la maladie, est responsable de leur reconversion pendant deux ans.

Amélioration du dispositif institutionnel

Le développement des mesures d'emploi a, dans bien des cas, été complété par une restructuration des systèmes et des changements dans la fourniture de services destinés à rendre plus efficace et plus probable l'utilisation des nouveaux services ou des services étendus. Les mécanismes de financement ont également été modifiés dans quelques pays pour renforcer les incitations à l'égard des pouvoirs publics et des prestataires de services.

Fourniture de services selon la formule du guichet unique

Plusieurs pays ont pris des mesures importantes visant à mettre en place un système de *guichet unique* pour l'octroi de prestations et la fourniture de services aux personnes handicapées. La Nouvelle-Zélande s'est engagée dans une meilleure coordination de la prestation au titre du complément de revenu et de l'aide à l'emploi accordées aux clients, avec la fusion, en 1998, de *l'Employment Service* (service de l'emploi) et de la *Work and Income Authority* (autorité chargée du travail et du revenu) pour en faire une nouvelle agence, le *Department of Work and Income* (Département chargé du travail et du revenu). De même, la création, au Royaume-Uni, d'une nouvelle agence (*Jobcentre Plus*), beaucoup plus axée sur la clientèle, constitue un point d'accès unique à l'emploi, aux conseils en matière de prestations et à l'aide pour les personnes en âge de travailler. La Norvège a tenté de fusionner complètement son service public de l'emploi et l'organisme national

d'assurance pour en faire une seule et même nouvelle administration publique pour simplifier et mieux coordonner les services et minimiser la possibilité que les clients soient perpétuellement renvoyés d'une agence à une autre. Si les premiers résultats sont décevants, c'est surtout parce qu'il faudra du temps avant qu'une telle mutation institutionnelle s'opère.

De meilleures incitations à l'égard des organismes prestataires

Plusieurs pays ont également revu les incitations à l'égard des organismes publics prestataires de services ou d'aides au retour à l'emploi des personnes à capacité de travail partielle. Au Danemark, les municipalités sont responsables, depuis 1998, à la fois des aides à l'emploi et des prestations d'invalidité. Les taux de remboursement de l'administration centrale étant plus élevés pour l'intervention active, les municipalités ont tout intérêt à éviter de verser des prestations. Ces taux de remboursement ont été réajustés au fil du temps avec l'émergence de nouveaux défis; par exemple, l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'emplois flexibles subventionnés a entraîné une réduction du taux de remboursement pour ce type particulier d'intervention en cas de documentation insuffisante à l'appui de la demande d'emploi flexible. Dans le même ordre d'idées, mais à une moindre échelle, et sans lien avec la politique d'invalidité en tant que telle, les municipalités néerlandaises sont incitées à une meilleure utilisation des programmes d'emploi proposés à leurs clients.

Financement des services fondé sur les résultats

Plus récemment, certains pays ont abandonné le *financement global* des services pour l'emploi fournis par des organismes publics ou des organismes à but non lucratif au profit du *financement fondé sur les résultats des services*, fournis parfois mais pas nécessairement par des prestataires privés. À des degrés différents, des pays tels que l'Australie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont commencé à rembourser les prestataires de services proportionnellement aux résultats réels obtenus en matière d'emploi (ou parfois en matière de participation), avec des paiements souvent divisés en plusieurs composantes à savoir un premier versement suivi d'un ou de plusieurs versements dans le temps liés à la performance, lorsqu'un client a obtenu un résultat ou est resté dans son emploi pendant une période prédéfinie.

Liberté de choix pour les clients

Quelques pays ont décidé de donner aux clients à la recherche de services et ayant besoin de services la possibilité de sélectionner le prestataire de leur *choix* et, plus important encore, le service dont ils ont besoin. Aux États-Unis, depuis un certain nombre d'années, les bénéficiaires de prestations d'invalidité ont droit à un « *ticket-to-work* » (bon d'accès à l'emploi) qu'ils peuvent utiliser pour bénéficier des services proposés par des prestataires certifiés. De même, aux Pays-Bas, les plans de réintégration individuelle permettent aux clients de choisir leur propre filière de services, à condition que l'assurance ait donné son consentement; sept clients sur dix optent pour cette solution. Quelques pays tels que l'Allemagne et la République tchèque tentent d'instaurer des mesures similaires à une moindre échelle.

Restriction de l'accès aux régimes d'indemnisation

Quelques pays, en plus petit nombre, ont également pris des mesures visant à restreindre l'accès au régime d'indemnisation, d'une manière ou d'une autre. Si les niveaux de prestations sont restés identiques, dans la plupart des cas, les critères d'évaluation sont plus stricts, avec notamment une gestion plus rigoureuse de la phase d'absence pour cause de maladie, principale voie d'accès à une pension d'invalidité à long terme.

Des critères médicaux plus objectifs

Plusieurs pays ont choisi de renforcer les *critères médicaux* utilisés pour déterminer si la personne a droit à une pension d'invalidité. Plus particulièrement, les pays ayant jusque-là recours à des évaluations faites par des médecins généralistes sont passés à une évaluation plus uniforme. En Espagne, par exemple, depuis la création de l'Institut National de la Sécurité Sociale, en 1997, le handicap est évalué par les administrateurs des régimes d'indemnisation sur la base d'une évaluation médicale effectuée par les médecins de l'Institut. La Suisse n'en est pas là mais suit, à peu près, la même logique puisque de plus en plus d'évaluations médicales sont effectuées par les services médicaux régionaux spéciaux des autorités cantonales, mis en place en 2004. De même, en Nouvelle-Zélande, on constate un revirement de la prise de décision depuis le milieu des années 1990, l'admissibilité n'étant progressivement plus déterminée par des praticiens remplissant des certificats pour les clients mais par des conseillers en orientation qui se basent sur les conseils des praticiens, des entretiens avec le client et d'autres évaluations pertinentes.

Des critères professionnels plus rigoureux

En matière d'*évaluation professionnelle*, plusieurs pays prennent encore plus de recul et considèrent ainsi de plus en plus d'emplois sur le marché du travail comme une référence permettant de déterminer l'admissibilité à une pension d'invalidité. Aux Pays-Bas, depuis 1993, pour être admissible aux prestations, une personne doit être incapable d'occuper un poste théoriquement disponible quel qu'il soit. De même, en 1994, la Norvège a mis en place une réforme selon laquelle les autorités du marché du travail assument l'entière responsabilité des mesures pour l'emploi, abandonnant la prise en compte strictement au regard de la profession habituelle de l'intéressé au profit d'un critère lié au marché du travail. Ces réformes, plutôt radicales sur le principe, tardent à être mises en œuvre. L'Allemagne a instauré une réforme similaire en 2001, mais l'approche qui consiste à une prise en compte strictement au regard de la profession habituelle de l'intéressé a été conservée pour tous les assurés de plus de 40 ans au moment de la réforme, et les personnes ayant droit à une pension partielle qui ne trouvent pas de travail décent à temps partiel continuent de percevoir des prestations à taux plein.

Réforme des prestations

Les réformes ont également eu un effet sur la durée des prestations et le taux d'invalidité requis pour avoir droit à ces prestations. En Autriche, en Allemagne et en Pologne, les prestations d'invalidité étaient de fait permanentes mais sont devenues strictement *temporaires* – sauf en cas d'incapacité avec indemnité à taux plein en Autriche et en Allemagne – respectivement en 1996, 2001 et 2005. En Pologne, une prestation temporaire est servie pendant trois ans et, à l'issue de ce délai, les versements sont

suspendus, les personnes doivent formuler une nouvelle demande, et leur cas sera entièrement réexaminé. Quelques pays ont également modifié les *niveaux minimum d'incapacité* ouvrant droit à une pension d'invalidité. Depuis la première réforme de 1984 en Italie, l'Australie et le Luxembourg restreignent l'accès aux prestations des personnes ayant une réduction partielle de leur capacité de travail. Depuis la réforme de 2006, l'admissibilité aux prestations d'invalidité, en Australie, est soumise à la condition de ne pas être en mesure de travailler au moins quinze heures par semaine, et non plus trente heures. De même, aux Pays-Bas, suite à une réforme de 2006, la perte de capacité de gain minimale, alors très faible, ouvrant droit à une pension d'invalidité a été augmentée de 15 % à 35 %. Enfin, la générosité de la prestation en elle-même n'a été modifiée que dans quelques pays. Récemment, des réformes importantes en matière de prestations, incluant une réduction du montant des versements, ont été mises en place au Danemark et aux Pays-Bas. Certains des pays appliquant des versements forfaitaires se sont efforcés d'équilibrer les niveaux d'indemnisation de la maladie et/ou de l'invalidité et ceux du chômage (Nouvelle-Zélande, par exemple).

Renforcement des incitations au travail

Un groupe de pays a également mené une politique de promotion des *incitations au travail* pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité. S'agissant d'un axe prioritaire pour le Royaume-Uni, ce dernier a créé, en 1999, un crédit d'impôt spécial qui a ensuite été fusionné avec le crédit d'impôt lié à l'exercice d'un emploi (*Working Tax Credit*). Il a également créé un nouveau complément de salaire temporaire, le crédit de retour à l'emploi (*Return-to-Work-Credit – RTWC*), en 2003. Ces deux mesures constituent, pour les handicapés occupant des postes à bas salaire, une source de revenu complémentaire qui leur garantit un salaire minimum. Le principal problème de ce type de dispositifs fiscaux est néanmoins le faible taux d'utilisation. La dernière réforme des prestations d'invalidité entreprise aux Pays-Bas, en 2006, améliore les incitations au travail en octroyant aux personnes atteintes d'une invalidité partielle ou temporaire des prestations permanentes liées à l'exercice d'un emploi en fonction des gains. D'autres pays ont parfois décidé de commencer à moins tenir compte des gains ou d'encore moins en tenir compte (Irlande, Nouvelle-Zélande, Portugal et République slovaque, par exemple), ce qui permet de cumuler plus facilement l'accès aux prestations d'invalidité et un salaire. Outre ce cumul travail-prestations, les pays ont cherché à promouvoir l'emploi des personnes handicapées en étendant la possibilité de suspendre les prestations pendant un certain temps, tant que la personne essaie de travailler, le bénéfice des prestations pouvant être rétabli sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle évaluation. Cette possibilité a été prolongée jusqu'à deux ans ou plus à la fin des années 1990 en Finlande et en Norvège, et plus récemment au Canada, et existe maintenant sans limite de temps au Danemark et en Suède. Enfin, quelques pays ont mis en place des prestations de réadaptation spéciales dont le taux est plus élevé que celui des prestations d'invalidité pour encourager les individus à prendre des mesures de réadaptation améliorant l'employabilité (Norvège et, récemment, Hongrie, par exemple).

Un suivi plus rigoureux des absences pour cause de maladie

Plusieurs pays ont conclu que pour prendre en charge le nombre de personnes réclamant des prestations d'invalidité, il est nécessaire de s'attaquer au problème des absences pour longue maladie. Ces pays ont multiplié les efforts pour réduire les

absences maladie en modifiant de manière drastique leur *politique de suivi des absences pour cause de maladie*. Au Danemark, les municipalités sont incitées de plus en plus au suivi rigoureux des absences et introduisent des mesures d'intervention précoce. Depuis 2005, le processus de suivi des absences maladie comprend le classement des maladies en trois catégories, avec une démarche plus axée sur le travail et de nouvelles règles de suivi pour la catégorie la plus à risque (toutes les quatre semaines au lieu de huit pour les autres). En 2004, l'Espagne a mis en place un mécanisme similaire, avec la création, au sein de l'Institut National de la Sécurité Sociale, d'un nouveau département dédié exclusivement au meilleur suivi des absences maladie et à la réduction du taux d'absentéisme. Un nouvel outil de suivi avec des historiques d'absences maladie individuels complets mis à jour quotidiennement permet la sélection en ligne des cas à examiner sur la base de phases de rétablissement plus longues que prévues. En outre, en 2005, un contrôle général des absences a été mis en place pour les absences de plus de six mois. D'autres pays, et notamment les Pays-Bas et la Suède, ont récemment instauré des directives médicales très détaillées concernant les certificats d'arrêt maladie établis par les médecins généralistes pour une série de diagnostics, afin de s'assurer que les travailleurs malades ne restent pas sans travailler plus longtemps que nécessaire, conformément à l'opinion des experts.

3.2. Les politiques convergent bien que des différences demeurent

Les réformes des politiques en matière de maladie et d'invalidité se sont intensifiées dans toute la zone OCDE, et les changements dans les instruments utilisés et dans les réformes institutionnelles témoignent, dans bien des cas, d'une réorientation graduelle des politiques. Alors que les politiques étaient auparavant très passives, on s'accorde désormais à penser qu'il faut davantage aider les personnes handicapées à se maintenir dans l'emploi ou à entrer sur le marché du travail.

Dans cette section, on examine dans quelle mesure les nombreuses réformes et mesures décrites précédemment ont, de fait, modifié l'ensemble des dispositifs mis en place, en posant les deux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les changements observés au cours des quinze dernières années ont-ils influencé la générosité en matière de prestations de maladie et d'invalidité, l'accessibilité à ces prestations et la nature, la disponibilité et l'accessibilité des programmes de réadaptation professionnelle ?
- Les changements observés ont-ils eu pour effet de faire converger les politiques à l'intérieur des groupes de pays de l'OCDE ayant des pratiques, des priorités et des structures institutionnelles différentes et entre ces groupes ?

Pour mesurer l'ampleur des changements et de la convergence en matière de politique d'invalidité sur la période 1990-2007, on se base, dans cette section, sur la typologie des politiques développée par l'OCDE (2003). Cette typologie repose sur deux indicateurs qualitatifs qui reflètent un ensemble de politiques d'invalidité et permettent des comparaisons entre pays et dans le temps. Le premier indicateur fournit une évaluation globale du système d'indemnisation tandis que le second reflète l'intensité des mesures d'intégration à l'adresse des allocataires et des personnes demandant à bénéficier de prestations (*cf.* encadré 3.1 pour plus de détails).

Encadré 3.1. **Les indicateurs des politiques d'invalidité de l'OCDE**

Il existe deux indicateurs des politiques d'invalidité : le premier couvre les mesures d'indemnisation ou programmes de prestations, et le second les mesures d'emploi ou d'intégration. Ces indicateurs ont été créés, à l'origine, pour la publication *Transformer le handicap en capacité* (OCDE, 2003), pour deux années, 1985 et 2000. Ils ont été étendus pour couvrir toute la période de 1990 à 2007 et ont été légèrement modifiés pour les besoins de l'analyse de régression développée plus loin dans ce chapitre. Chacun de ces deux indicateurs est composé de dix sous-composantes. Chaque sous-composante est mesurée en fonction d'une échelle quantitative et/ou qualitative prédéfinie permettant d'obtenir un certain nombre de points compris entre zéro et cinq pour chaque sous-composante. Les critères utilisés pour chaque sous-composante sont énoncés en détail à l'annexe 3.A1, et les scores des pays à l'annexe 3.A2. Les points pour chaque sous-composante sont additionnés afin d'attribuer une note globale à chaque indicateur; ainsi, chaque sous-composante a la même importance. Les tests de corrélation et de cohérence interne effectués n'ont révélé aucun problème particulier par rapport aux sous-composantes choisies.

La composante « indemnisation » comprend dix sous-composantes : *i) couverture*; *ii) niveau minimum d'incapacité* requis pour avoir droit aux prestations; *iii)* niveau de l'incapacité donnant droit à une indemnité *à taux plein*; *iv) niveau maximum d'indemnisation* (en termes de taux de remplacement à un niveau de revenu moyen, avec un historique d'emploi ininterrompu); *v) permanence des prestations* (de strictement permanentes à strictement temporaires); *vi) critères d'évaluation médicale* (de la responsabilité exclusive du médecin traitant à celle d'un collège d'experts du régime d'assurance); *vii) critères d'évaluation professionnelle* (de l'évaluation strictement au regard de la profession habituelle de l'intéressé à la prise en compte de tous les emplois disponibles); *viii) niveau des prestations maladie* (en distinguant les absences maladie de courte durée de celles de longue durée); *ix) durée des prestations maladie* (incluant la période de maintien du paiement du salaire); *x) suivi des absences maladie* (de l'absence de contrôle des absences maladie à des étapes de suivi rigoureux avec intervention précoce). Plus la note est élevée, plus le système est généreux, 50 étant la note maximale en termes de générosité.

La composante « intégration » comprend dix sous-composantes : *i) cohérence de la couverture* (accès à différents programmes et possibilité de les combiner); *ii) structure de l'évaluation* (responsabilité et cohérence); *iii) lois anti-discrimination* (responsabilité de l'employeur concernant le maintien dans l'emploi et l'aménagement du lieu de travail); *iv) emplois accompagnés* (portée, permanence et flexibilité des programmes); *iv) emplois subventionnés* (portée, permanence et flexibilité des programmes); *vi) emplois protégés* (portée et caractère provisoire ou permanent); *vii) réadaptation professionnelle* (obligation et niveau de dépenses); *viii) moment de la réadaptationprofessionnelle* (d'une intervention précoce à une intervention tardive, uniquement pour les bénéficiaires de pension d'invalidité); *ix)* réglementation relative à *la suspension des prestations* (de deux ans ou plus à aucune); *x) incitations au travail* supplémentaires (avec possibilité de cumuler revenu d'activité et prestations). Une fois encore, plus la note est élevée, plus l'approche est active, 50 étant la note maximale possible.

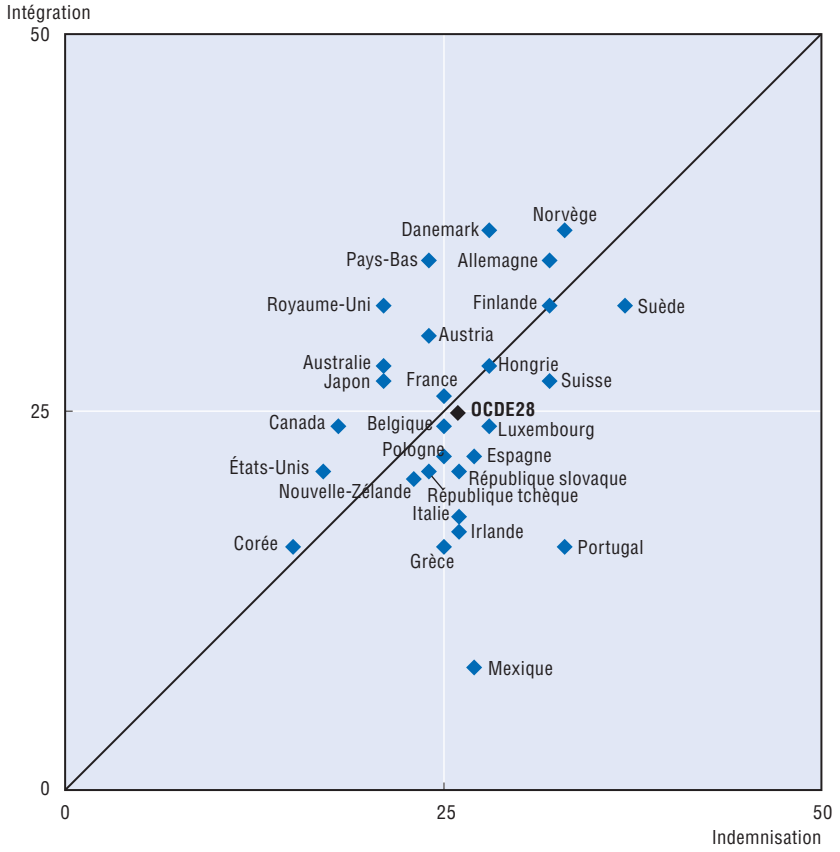
Ampleur des réformes de ces quinze dernières années

Ces deux indicateurs sont très variables selon les pays (cf. graphiques 3.1 et 3.2). Les notes obtenues pour la première composante, qui concerne les mesures relatives aux prestations ou à l'indemnisation, varient de 20 environ, ou moins, dans la plupart des pays anglophones, en Corée et au Japon (pays ayant les systèmes d'indemnisation les moins généreux et les moins accessibles) à plus de 30 dans la plupart des pays nordiques, au Portugal, en Allemagne et en Suisse. Les notes obtenues pour la seconde composante, qui concerne les mesures d'emploi ou d'intégration, sont dans une gamme un peu plus large; elles varient d'environ 15 dans de nombreux pays d'Europe du Sud, en Irlande et en Corée (la moitié de cette valeur au Mexique) à 35 ou plus au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Norvège.

Les pays se classent de manière assez similaire pour les deux indicateurs, plusieurs des 28 pays étudiés ayant une note soit élevée soit faible pour les deux composantes. Les pays obtenant des notes élevées sur les deux échelles ont mis en place, comparativement

Graphique 3.1. **Des politiques d'invalidité très variables au sein de la zone OCDE**

Composantes d'indemnisation (abscisse) et d'intégration (ordonnée), en 2007, dans 28 pays de l'OCDE, notes obtenues par chaque pays sur les deux échelles ordinales de 50 points des indicateurs de la typologie des politiques de l'invalidité des pays de l'OCDE

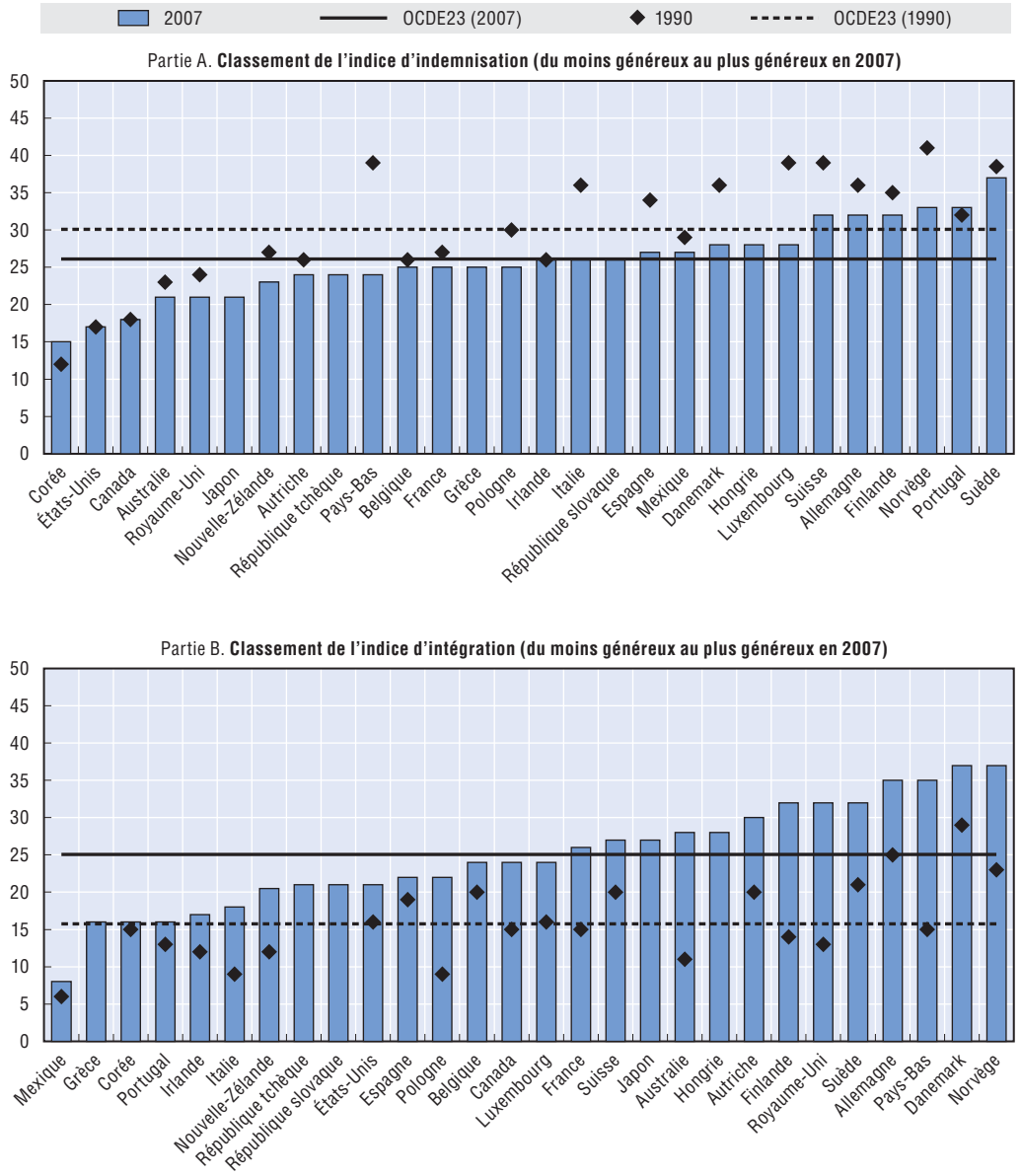


Note : Plus la note est élevée, plus le système d'indemnisation est généreux et accessible (abscisse) et plus la politique de réadaptation et d'emploi est développée (ordonnée). La note maximale est 50 sur les deux échelles. La différence entre les deux indices est un indicateur de l'orientation politique, un indice d'indemnisation nettement supérieur à l'indice d'intégration d'un pays indiquant une politique fortement axée sur l'indemnisation, et inversement.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur les informations communiquées par les autorités nationales ainsi que sur OCDE (2006, 2007 et 2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles* (vol. 1-3), Éditions OCDE, Paris.

Graphique 3.2. **Les politiques d'invalidité évoluent vite dans de nombreux pays de l'OCDE**

Notes obtenues en matière de politique d'intégration et d'indemnisation en 2007 et 1990



Source : Estimations de l'OCDE fondées sur les informations communiquées par les autorités nationales ainsi que sur OCDE (2006, 2007 et 2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles* (vol. 1-3), Éditions OCDE, Paris.

aux autres, une politique d'intégration forte, mais la générosité et l'accessibilité des prestations risquent d'amoindrir le potentiel de ces mesures. De même, certains pays ont des dispositifs de prestations très rigoureux et des taux de versement médiocres, mais l'absence de mesures d'emploi plus fortes implique néanmoins un dispositif relativement passif.

La *différence* entre les deux notes pourrait être interprétée comme un indicateur d'orientation de la politique publique : plus la note d'intégration est élevée par rapport à la note d'indemnisation, plus les mesures sont axées sur l'intégration, et inversement. De

ce point de vue, seuls quelques pays semblent considérer l'un ou l'autre de ces axes – indemnisation ou intégration – comme prioritaire. Le Portugal et le Mexique, suivis de la Grèce, de l'Irlande et de l'Italie, ont instauré les plus fortes mesures d'indemnisation. À l'opposé, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, suivis du Danemark, du Canada, de l'Australie, du Japon et de l'Autriche, ont mis en place les plus fortes mesures d'intégration.

Le graphique 3.2 montre comment les différentes réformes et nouvelles mesures instaurées depuis 1990 ont modifié les notes obtenues pour les deux composantes de la typologie des politiques. La conclusion à en tirer s'impose d'elle-même. Les réformes des politiques en matière de maladie et d'invalidité, dans les pays de l'OCDE, au cours des quinze dernières années, marquent une nette inflexion des politiques dans de nombreux pays. L'évolution des notes obtenues en matière de politique d'intégration est toujours positive et parfois très importante tandis que l'évolution des notes obtenues en matière de politique d'indemnisation est majoritairement négative, bien que globalement moins prononcée. Par conséquent, la plupart des pays ont connu une inflexion – parfois très nette – de leurs politiques, passant de l'indemnisation à l'intégration, autrement dit d'une politique de l'invalidité essentiellement passive à une politique plus active.

Dans les deux tiers des pays, les notes d'intégration ont augmenté de plus de cinq points, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Finlande et l'Australie enregistrant des augmentations de plus de quinze points[2]. Ces augmentations représentent des évolutions importantes sur une échelle de 50 points et sur une période de seulement 15-20 ans. De même, deux tiers des pays ont connu une certaine baisse de leurs notes d'indemnisation, les chutes les plus fortes, de dix points ou plus, étant observées aux Pays-Bas, au Luxembourg et en Italie. En revanche, peu de changements ont été observés en Corée et en Europe du Sud.

Cette nette réorientation des politiques, dans le sens d'une approche plus orientée vers l'emploi, ne semble pas, du moins pas encore, se refléter dans la situation des personnes handicapées vis-à-vis du marché du travail. Il y a plusieurs explications concomitantes à cela, qui sont abordées plus en détail dans les chapitres suivants. Tout d'abord, il semble que la mise en œuvre des politiques soit toujours en décalage par rapport aux intentions. L'inflexion rhétorique et politique doit encore se traduire, dans bien des cas, par un changement concret de la pratique quotidienne des médecins, des travailleurs sociaux, des organismes d'indemnisation et des prestataires de services. Cela nécessitera des changements additionnels très importants concernant les incitations financières à l'égard des principales parties prenantes. En outre, parallèlement à la réorientation des politiques, il n'y a pas eu, au même degré, réorientation des ressources – ce qui a contribué à un taux d'utilisation très faible, dans la plupart des cas, des services nouveaux et modifiés. Cela laisse à penser que le passage à une politique plus active tel que décrit par la typologie des politiques est probablement quelque peu exagéré.

Analyse des groupements et de la convergence

Ces évolutions signifient-elles que les politiques ont convergé au sein de l'OCDE, ou existe-t-il toujours des groupes de pays très distincts avec des politiques d'invalidité très différentes ? Ces questions sont examinées plus loin, la conclusion étant que les politiques convergents à la fois à l'intérieur des groupes de pays et entre groupes.

Une analyse par groupes prenant en compte les vingt sous-composantes de la typologie des politiques d'invalidité permet d'identifier trois principaux groupes ou types de politiques, avec des sous-groupes à l'intérieur de chaque groupe, comme le montre le tableau 3.1[3]. Chaque modèle est caractérisé par un ensemble de mesures particulières. Les trois modèles qui se dégagent sont beaucoup plus dissemblables que les sous-groupes à l'intérieur de chaque modèle.

Tableau 3.1. **Les trois différents modèles de politiques d'invalidité au sein de l'OCDE**

Résultats d'une analyse par groupes fondée sur la typologie des politiques d'invalidité de l'OCDE

Modèle « socio-démocrate » (essentiellement les pays d'Europe du Nord)		Modèle « libéral » (pays de la zone Pacifique et pays anglophones)		Modèle « corporatiste » (essentiellement les pays d'Europe continentale)		
Sous-groupe A	Sous-groupe B	Sous-groupe A	Sous-groupe B	Sous-groupe A	Sous-groupe B	Sous-groupe C
Danemark	Finlande	Australie	Canada	Autriche	France	Rép. tchèque
Pays-Bas	Allemagne	Nouvelle-Zélande	Japon	Belgique	Grèce	Irlande
Suisse	Norvège	Royaume-Uni	Corée	Hongrie	Luxembourg	Italie
	Suède		États-Unis		Pologne	Portugal
						Rép. slovaque
						Espagne

Source : Calculs de l'OCDE.

Cette classification ressemble, à plusieurs égards, aux typologies de la protection sociale et aux taxonomies des régimes de protection sociale développées par ailleurs. Par exemple, les trois modèles ci-dessus ont de nombreux points communs avec les modèles de protection sociale de type « libéral », « corporatiste » et « socio-démocrate » décrits dans le fameux ouvrage d'Esping-Andersen (1990). Un certain nombre de pays adoptant des modèles ou appartenant à des groupements « inattendus » constituent néanmoins une exception intéressante. L'Allemagne et la Suisse ne sont généralement pas considérées comme ayant la même approche de la politique de protection sociale que les pays nordiques; l'Irlande semble, quant à elle, adopter une politique d'invalidité quelque peu distincte de celle des autres pays anglophones[4].

Le modèle *socio-démocrate* se caractérise essentiellement par *i)* un ensemble de mesures d'indemnisation relativement généreuses et accessibles, avec une couverture des prestations quasi-universelle, un accès beaucoup plus facile à la pension d'invalidité partielle et des prestations de maladie et d'invalidité généreuses; *ii)* un vaste ensemble de mesures d'intégration tout aussi accessibles et particulièrement axées sur la réadaptation professionnelle. Il apporte une aide solide à ceux qui peuvent et veulent travailler mais incite aussi fortement à solliciter ou à continuer à percevoir des prestations à long terme. Ce type de politique peut être onéreux et n'implique pas forcément le plus fort taux de participation au marché du travail. L'encadré 3.2 distingue deux variantes de ce modèle.

Le modèle *libéral* se caractérise par un système d'indemnisation beaucoup moins généreux que les autres modèles, avec des niveaux de prestations plus bas et un accès beaucoup plus difficile aux prestations, avec une évaluation de l'aptitude à occuper un emploi, quel qu'il soit, sur le marché du travail. Le suivi des absences n'est pas bien développé. Les politiques pour l'emploi sont à un niveau intermédiaire, et la réadaptation professionnelle est, dans l'ensemble, relativement sous-développée; mais les incitations

Encadré 3.2. **Les différentes variantes des trois principaux modèles de politiques d'invalidité**

Le modèle *socio-démocrate* a deux variantes. Un groupe, comprenant le Danemark, la Suisse et les Pays-Bas, est moins généreux que l'autre sur le plan des deux composantes de la politique d'invalidité (les prestations et les aides à l'emploi sont moins accessibles) mais propose de meilleures incitations au travail. C'est également le modèle qui privilégie le plus le suivi des absences maladie et/ou le contrôle de l'admissibilité aux indemnités maladie par rapport à tous les modèles et sous-modèles. L'Allemagne, selon cette typologie, appartient au second sous-modèle nordique avec la Finlande, la Suède et la Norvège. Ce sous-modèle est le plus généreux de l'OCDE (avec une couverture totale de la population, des seuils d'entrée bas, des prestations élevées, un délai de suspension des prestations confortable et des programmes pour l'emploi et de réadaptation professionnelle d'envergure), mais impose aussi le plus d'obligations à l'employeur par rapport à tous les modèles et sous-modèles.

Le modèle *libéral* a également deux variantes. Le premier sous-modèle, qui regroupe l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, propose des services beaucoup mieux organisés et coordonnés et donc plus accessibles. Les niveaux de prestations sont encore plus bas dans ce sous-groupe que dans l'autre, mais la couverture des prestations est quasi-universelle. L'autre sous-modèle, qui comprend le Canada et les États-Unis, d'une part, et le Japon et la Corée, d'autre part, impose les critères les plus rigoureux d'admissibilité à une pension à taux plein et le renvoi le plus strict à tous les emplois disponibles sur le marché du travail; il propose la durée de paiement des prestations maladie la plus courte par rapport à tous les autres modèles et sous-modèles.

Le modèle *corporatiste* se décompose en trois sous-groupes. Le premier sous-groupe, qui comprend l'Autriche, la Belgique et la Hongrie, se distingue par des programmes de réadaptation et d'emploi bien développés et des niveaux de prestations plus bas; il est donc plus axé sur l'emploi que les autres pays de ce modèle. Les pays du deuxième sous-groupe, à savoir la France, la Grèce, le Luxembourg et la Pologne, sont les plus généreux du modèle corporatiste en matière de prestations maladie et invalidité; entre autres caractéristiques on peut citer l'accent mis sur le caractère temporaire des prestations d'invalidité, un meilleur suivi des absences maladie et l'impossibilité de suspendre les prestations. Le troisième sous-groupe, qui comprend aussi le plus de pays avec la République tchèque, l'Irlande, l'Italie, le Portugal, la République slovaque et l'Espagne, a des politiques pour l'emploi et de réadaptation moins développées que les autres. Les mesures sont donc plus axées sur l'indemnisation bien que le niveau des indemnités maladie soit plus bas que dans les autres sous-groupes de ce modèle (avec néanmoins une durée d'indemnisation plus longue).

au travail sont fortes et les règles de suspension des prestations très souples. Ce dispositif est globalement moins onéreux, mais les plus fortes incitations à l'emploi inhérentes à un système de prestations moins généreuses ne sont que partiellement exploitées avec une politique d'intégration intermédiaire. Une fois encore, l'encadré 3.2 distingue deux variantes de ce modèle.

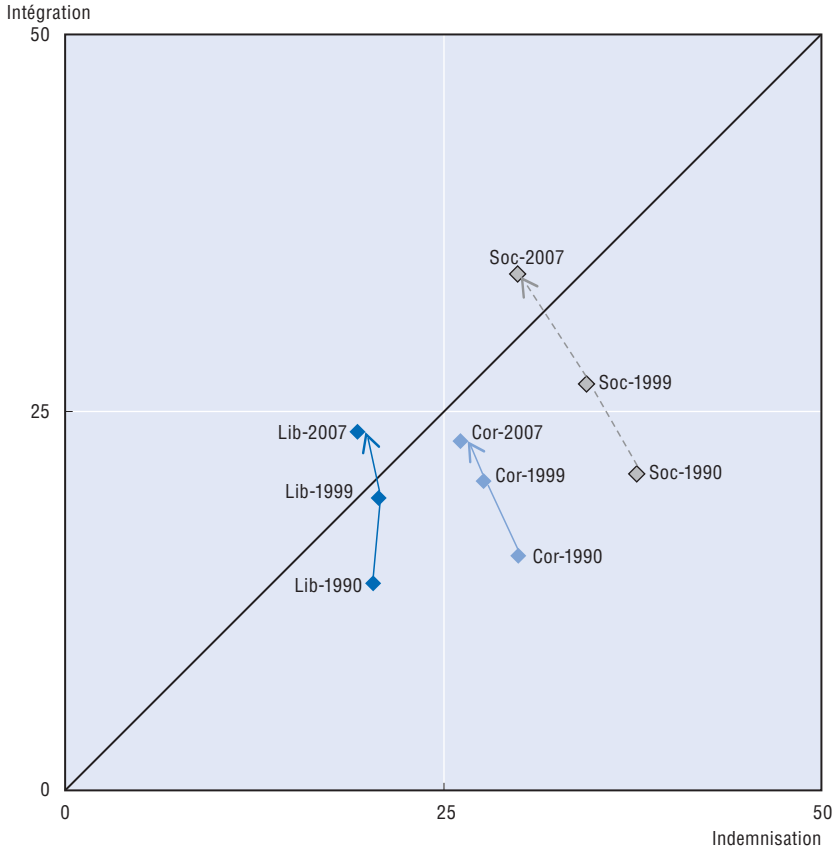
Le modèle *corporatiste* peut être interprété comme intermédiaire par rapport aux deux autres. Les prestations sont relativement accessibles et relativement généreuses, mais n'atteignent pas le niveau du modèle nordique. De même, les programmes pour l'emploi sont assez développés, mais la réadaptation professionnelle et les emplois

assistés ne sont pas autant au cœur des préoccupations que dans le modèle nordique. Les résultats sur le plan de l'emploi et en termes d'allocataires peuvent être assez mitigés. Les points saillants de ce dispositif sont une orientation relativement forte vers une prise en compte strictement au regard de la profession habituelle de l'intéressé, dans de nombreux pays appartenant à ce groupe, et une couverture plus faible de la population, mais aussi des prestations peu souples et des incitations au travail limitées. Le modèle corporatiste est suivi par de nombreux pays, notamment d'Europe du Sud, de l'Est et de l'Ouest, avec des différences appréciables dans les dispositifs, comme indiqué dans l'encadré 3.2.

Le graphique 3.3 illustre l'évolution des politiques des groupes de pays identifiés grâce à l'analyse par groupes. Concernant la composante « intégration », les politiques évoluent largement dans le même sens quels que soient les modèles et sous-modèles. Les évolutions étant, en outre, d'ampleur comparable, les différences entre modèles restent pour l'essentiel inchangées. Ainsi, les tendances convergentes mais pas les niveaux des indicateurs. En revanche, concernant la composante « indemnisation », on observe une nette convergence, liée à la fois à l'ampleur et au sens des changements.

Graphique 3.3. **Les politiques d'invalidité convergent dans le même sens**

Évolution des notes d'intégration et d'indemnisation obtenues sur la période 1990-99 et 1999-2007 pour les trois modèles : socio-démocrate (Soc), libéral (Lib) et corporatiste (Cor)



Source : Estimations de l'OCDE fondées sur les informations communiquées par les autorités nationales ainsi que sur OCDE (2006, 2007 et 2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles* (vol. 1-3), Éditions OCDE, Paris.

Les pays appartenant à un modèle plus généreux en termes d'indemnisation ont plutôt connu une évolution à la baisse tandis que le groupe le moins généreux a même constaté une évolution à la hausse, en 1990. En conclusion, on peut dire que les modèles sont restés distincts mais qu'ils sont aujourd'hui plus similaires qu'il y a 15-20 ans.

3.3. Effet des réformes sur les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité

La question centrale pour les responsables politiques est de savoir si les réformes mises en place ont l'effet escompté, à savoir diminuer la dépendance à l'égard des prestations et augmenter le taux d'emploi des handicapés. Cette partie examine l'impact potentiel des différentes réformes du régime d'invalidité instaurées au cours des 10-20 dernières années sur un résultat principal, à savoir le nombre de personnes d'âge actif demandant des prestations d'invalidité[5]. Les caractéristiques du régime de maladie et d'invalidité peuvent jouer un rôle majeur en faisant baisser la participation à la population active. Elles peuvent décourager non seulement les allocataires existants mais aussi les actifs, handicapés ou non, de travailler ou de chercher un emploi en modifiant l'avantage relatif que procure le fait de travailler par rapport à celui de ne pas travailler. En revanche, la nouvelle approche d'intégration, qui propose des services d'emploi élargis et plus accessibles, et parfois une réadaptation à caractère plus obligatoire par certains aspects, peut rendre le non-travail moins attrayant et moins probable.

Les résultats de l'analyse de régression à variables multiples montrent que les caractéristiques d'indemnisation de la politique d'invalidité sont, dans l'ensemble, importantes dans la mesure où elles ont un impact positif sur le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité (tableau 3.2, modèle I)[6]. L'effet des mesures d'indemnisation persiste une fois un certain nombre de conditions économiques contrôlées, bien qu'il diminue sensiblement (comparer le modèle I, avec/sans variables de contrôle)[7]. Dans le même temps, les mesures d'intégration n'ont, dans l'ensemble, qu'un effet très modeste et non significatif sur le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Cela confirme qu'il y a un décalage dans la mise en œuvre par rapport au changement d'inflexion des politiques dans le sens de l'emploi.

Le modèle II, une fois les mêmes conditions économiques contrôlées, analyse l'impact des caractéristiques des politiques d'indemnisation et d'intégration sur les résultats en termes d'allocataires. Dans le même ordre d'idées que les résultats précédents (OCDE, 2003), les évolutions en matière d'accessibilité aux programmes de prestations d'invalidité et du point de vue de la générosité des prestations semblent avoir un impact positif sur les taux d'allocataires des régimes d'invalidité. Les expériences des pays le confirment, avec une chute des effectifs de bénéficiaires après une réforme instaurant une approche beaucoup plus restrictive pour l'octroi d'une pension d'invalidité permanente (Pologne, après 1999) ou un accès beaucoup plus restreint aux prestations d'invalidité pour les personnes avec une réduction partielle de leur capacité de travail (Luxembourg, après 1997).

Une politique maladie plus généreuse et plus souple (indicateur « maladie », tableau 3.2) contribue également à des niveaux de bénéficiaires de prestations d'invalidité plus élevés. La corrélation, dans ce cas, est souvent une absence maladie plus longue, qui aboutit à une demande de prestations d'invalidité. Ce résultat est en cohérence avec d'autres études réalisées sur la Suède, par exemple, qui montrent l'existence d'une forte corrélation directe entre le taux d'indemnisation des congés maladie et l'absentéisme (Hesselius et Persson, 2007), ou sur les Pays-Bas, où l'on a constaté que les responsabilités accrues de l'employeur

Tableau 3.2. **Qu'est-ce qui explique l'évolution du taux d'allocataires des régimes d'invalidité?**

Coefficients issus d'une régression à effets fixes[a, b, c]

	Modèle I		Modèle II	Modèle III
	Sans variables de contrôle	Avec variables de contrôle		
Indicateurs				
Indemnisation	0.117**	0.081**		
Intégration	–0.007	–0.011		
Détail des indicateurs				
Accessibilité aux prestations/générosité			0.184***	0.185***
Évaluation médicale et professionnelle			–0.160***	–0.149***
Maladie			0.245***	0.211***
Lois anti-discrimination			0.172**	0.131*
Programme de réadaptation professionnelle			–0.239*	–0.216*
Emplois protégés/subventionnés/accompagnés			–0.115***	–0.117***
Incitations			–0.125***	–0.152***
Taux de remplacement bruts (allocations chômage)				–3.604*
Constantes	–0.102	–4.945	–10.002***	–3.806
Observations	330	300	300	277
R^2	0.921	0.938	0.958	0.956

*, **, *** : statistiquement significatif au seuil respectivement de 10 %, 5 %, 1 %.

a) La variable dépendante est le taux annuel de bénéficiaires de l'invalidité dans 19 pays de l'OCDE (Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, Allemagne, Irlande, Corée, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni, États-Unis) sur la période 1990-2007. Les années suivantes sont prises en compte pour chaque pays : 1994-2007 pour l'Autriche; 1990-2007 pour l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Finlande, le Royaume-Uni, l'Irlande, les Pays-Bas, la Norvège, le Portugal et la Suède; 1996-2006 pour le Canada; 1996-2007 pour la Suisse; 1995-2007 pour l'Allemagne et l'Espagne; 1995-2006 pour la Corée; 1990-2005 pour le Luxembourg; 1990-2006 pour les États-Unis.

b) Toutes les régressions intègrent également des variables indicatrices temporelles et par pays et sont pondérées par la taille de la population. Les taux de participation de la main-d'œuvre féminine, la part des 55 ans ou plus dans la population et la part des emplois manufacturiers servent à contrôler les conditions économiques et les tendances démographiques. En particulier, la part des emplois manufacturiers est également utilisée comme indicateur supplétif des mutations structurelles de l'économie. Le PIB par habitant indique un effet richesse. Les taux de remplacement bruts par les allocations chômage sont utilisés comme indicateur approximatif des autres possibilités de prestations seulement dans le modèle III. Les différentes tailles d'échantillons s'expliquent par l'absence de certains indicateurs économiques et de taux de remplacement bruts pour certains pays.

c) Les indicateurs détaillés utilisés dans ce tableau déclinent les sous-composantes décrites dans l'annexe 3.A1 en sous-indicateurs significatifs. L'indicateur « accessibilité aux prestations/générosité » intègre la couverture; le niveau minimum d'incapacité; le niveau de l'incapacité donnant droit à une indemnité à taux plein; le niveau maximum d'indemnisation; la permanence des prestations. L'indicateur « évaluation médicale et professionnelle » intègre les deux sous composantes « évaluation médicale » et « évaluation professionnelle ». L'indicateur « maladie » intègre le niveau des prestations maladie; la durée des prestations maladie; le suivi des absences maladie. Ces sous-composantes ont été choisies en raison de leur faible corrélation et parce qu'elles couvrent une large gamme d'éléments.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de la *Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE*, des *Statistiques de la population active de l'OCDE*, de l'*Enquête sur les forces de travail pour l'Australie* et de la *Base de données* STAN de l'OCDE pour tous les autres pays. Les taux d'allocataires des régimes d'invalidité sont des estimations du Secrétariat de l'OCDE fondées sur les informations communiquées par les autorités nationales ainsi que sur OCDE (2006, 2007 et 2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles* (vol. 1-3), Éditions OCDE, Paris.

sur le plan du suivi des absences maladie étaient l'un des principaux facteurs à l'origine de la récente baisse du nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité (Jehoel-Gijsbers, 2007).

L'évaluation plus rigoureuse, depuis peu, du handicap – dans certains cas, une évaluation médicale plus rigoureuse, dans d'autres une évaluation professionnelle plus

stricte – semble être en corrélation avec l'augmentation du nombre d'allocataires. Cela vient à l'encontre des observations recueillies dans certains pays tels que la Suisse, où il a été démontré que la création de nouveaux services médicaux régionaux fournissant des évaluations de l'invalidité plus uniformes et de meilleure qualité dans tout le pays a contribué à la baisse du nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité à partir de 2004. Néanmoins, on sait bien qu'il est difficile de mesurer l'effet des réformes sur le processus d'évaluation, non seulement parce que ces réformes mettent du temps à être appliquées correctement, mais aussi en raison de la différence, dans bien des cas, entre la législation (sur laquelle l'indicateur repose) et la mise en œuvre effective[8].

En matière d'intégration, le développement des programmes d'emploi et de réinsertion professionnelle est associé à une baisse du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Il en va de même pour les réformes en matière d'incitations au travail, qui sont également en lien avec une baisse du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Ce constat confirme les résultats pour le Royaume-Uni, selon lesquels le récent fléchissement de la tendance à la hausse du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité est dû à une série de mesures d'intégration sur le marché du travail – programme *New Deal for Disabled People (NDDP)* déployé à l'échelle nationale à partir de 2001, comprenant, par exemple, des périodes de travail à l'essai non rémunérées et des allocations temporaires d'activité pour un travail à temps partiel; des entretiens obligatoires avec un conseiller pour l'emploi huit semaines après la demande de prestations initiale, depuis le milieu des années 2000; un nouveau complément de revenu, néanmoins temporaire, pour les allocataires prenant un emploi rémunéré.

Les lois anti-discrimination, par contre, sont associées à une augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Une fois encore, cela ne va pas à l'encontre des observations recueillies dans d'autres pays (principalement aux États-Unis), qui montrent des résultats mitigés sur le plan de l'emploi des personnes handicapées (Begle et Stock, 2003; Jolls et Prescott, 2004, par exemple). L'une des explications plausibles est que cette législation protège, certes, les travailleurs en poste mais peut empêcher l'embauche de travailleurs souffrant de problèmes de santé, bien que la Loi sur la discrimination des personnes handicapées (*Americans with Disabilities Act – ADA*) protège également les demandeurs d'emploi handicapés.

L'analyse de régression montre que certains éléments des réformes d'invalidité sont associés à une évolution du taux d'allocataires des régimes d'invalidité. Toutefois, ces taux d'allocataires sont également corrélés à des politiques dans d'autres domaines, en particulier la disponibilité d'autres prestations telles que les allocations chômage pour les personnes d'âge actif (Bound et Burkhauser, 1999). Le fait d'ajouter, dans l'équation du modèle, les taux de remplacement bruts par les allocations chômage à titre de mesure approximative des autres possibilités de prestations ne modifie pas beaucoup les résultats (tableau 3.2, modèle III). Des allocations chômage plus généreuses sont associées à une baisse des taux d'allocataires des régimes d'invalidité (significatif au seuil de 10 %), ce qui confirme les résultats exposés précédemment dans le rapport selon lesquels les augmentations d'effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité coïncident avec une baisse du nombre de bénéficiaires d'allocations chômage[9].

3.4. L'économie politique des réformes

La réforme des systèmes de maladie et d'invalidité est un très grand défi, pour plusieurs raisons. Premièrement, les objectifs politiques sous-jacents peuvent être contradictoires : assurer la sécurité des revenus lors des périodes d'incapacité de travail de courte ou longue durée tout en aidant au maintien dans l'emploi des individus ou à leur retour au travail le plus rapidement possible. Deuxièmement, et en partie pour cette raison, le groupe de personnes à aider est extrêmement hétérogène, ce qui nécessite toute une gamme de différentes formes d'incitations, d'aides et de services qui doivent être fournis par un seul et même système. Troisièmement, les parties prenantes impliquées sont plus nombreuses que pour tout autre domaine de réformes; en effet, l'évaluation de l'accessibilité et la réadaptation des travailleurs touchent à la fois au domaine social, à l'emploi et au secteur médical. Quatrièmement, la modification de l'un des paramètres du système (l'évaluation de l'accessibilité, par exemple) peut avoir des effets complexes sur d'autres paramètres (l'intervention précoce, par exemple). Enfin, la réforme *d'autres* systèmes d'aide sociale et d'assurance sociale a souvent un impact important sur les prestations d'invalidité et de maladie, qui sont souvent devenues des « prestations de dernier recours ».

C'est pourquoi les réformes structurelles sont difficiles à mettre en œuvre. Pour y parvenir, il faut non seulement instaurer les bonnes mesures mais aussi pendre suffisamment en compte la manière dont les réformes sont argumentées, conçues et mises en place[10]. Seule une mise en œuvre rigoureuse des réformes permet de garantir que les objectifs seront remplis et les résultats améliorés. Il est trop facile, pour les parties prenantes, de maintenir le *statu quo*, et le système les incite à pécher par excès de souplesse au moment d'octroyer prestation[11]. Les réformes structurelles nécessitent donc de changer le comportement et l'état d'esprit de tous les acteurs impliqués, à différents niveaux. Mais cela rend aussi l'étude des voies et des processus de réforme en matière de maladie et d'invalidité et celle de l'économie politique des réformes du système particulièrement intéressantes.

L'une des questions que les pouvoirs publics se posent lorsqu'ils envisagent des réformes structurelles est celle de savoir comment expliquer clairement et de manière convaincante aux parties prenantes le besoin de réformes et le bien-fondé des solutions proposées. La rigueur et la qualité de l'analyse qui sous-tend une réforme peuvent influencer ses chances d'adoption ainsi que la mise en œuvre et la qualité de la réforme elle-même. À tout moment, le contexte politique peut également influer sur l'accueil réservé par le grand public, les parties prenantes et les hauts responsables à tel ou tel point d'analyse et ou à telle ou telle recommandation. S'appuyant sur Prinz et Tompson (2009), l'encadré 3.3 illustre certains de ces problèmes en analysant les voies de réformes sur lesquelles un certain nombre de pays de l'OCDE se sont engagés – et montre leur caractère itératif dans la plupart des cas.

Encadré 3.3. **Enseignements que l'on peut tirer des processus de réforme engagés dans un certain nombre de pays de l'OCDE**

La *Suisse*, après quarante ans d'un régime d'invalidité presque immuable, a entrepris, ces dernières années, une série de réformes qui ont donné des résultats de plus en plus satisfaisants. Ces réformes ont été motivées, en grande partie, par les accusations d'utilisation frauduleuse généralisée des prestations qui, bien que jamais prouvée, ont provoqué un débat public de fond. Le débat public autour de cette question est devenu de plus en plus virulent avec l'augmentation constante du nombre d'allocataires et le creusement accéléré du déficit de l'assurance invalidité publique. Cela a aidé à convaincre la plupart des parties prenantes de la nécessité d'une réforme. Au même moment, de nouvelles données étaient collectées et un grand nombre de nouvelles observations scientifiques recueillies. L'évaluation comparative des résultats et des politiques de la Suisse par rapport à ceux des autres pays de l'OCDE a suscité un vif intérêt. Placées dans un contexte de comparaison, des politiques, institutions et pratiques qui semblaient jusqu'alors normales ont subitement été envisagées sous un angle plus critique. Cette discussion a débouché sur un consensus concernant l'orientation des réformes, avec la définition de l'identification et de l'intervention précoces comme nouveaux axes prioritaires pour éviter l'afflux de demandes de pension d'invalidité à long terme.

La *Norvège* doit encore entreprendre une réforme majeure bien qu'elle détienne le record de taux d'absences maladie et d'allocataires des régimes d'invalidité de l'OCDE. En 2000, la commission royale a présenté un rapport de propositions de réformes structurelles, notamment du système de prestations et des incitations aux travailleurs et aux employeurs, mais les gouvernements successifs ont laissé le soin aux partenaires sociaux de résoudre les problèmes soulevés par la commission. Cette démarche n'a pas encore vraiment porté ses fruits : les absences maladie n'ont pas vraiment diminué et les taux d'allocataires continuent d'augmenter. Les pouvoirs publics ont renoncé à mener une plus vaste réforme structurelle, bien que de plus en plus d'observations recueillies à l'échelle nationale tendent à prouver que ce changement est nécessaire pour réformer les incitations proposées aux principales parties prenantes du système. Le besoin de réformes et l'orientation des réformes nécessaires sont donc bien admis par la plupart des experts, mais la culture politique qui veut que les réformes reposent sur un consensus (via le dialogue social) empêche la mise en vigueur de réformes structurelles inévitables mais impopulaires. Un nouvel accord tripartite vise à raffermir le centrage sur les absences maladie partielles et à garantir un suivi plus étroit des congés maladie.

L'*Australie* connaît une croissance économique constante depuis le début des années 1990. Néanmoins, tandis que le chômage baisse, le taux d'allocataires des régimes d'invalidité augmente à peu près au même rythme. En outre, cette situation s'est produite malgré une importante réforme de 1991 qui a permis de fournir des ressources importantes et de créer une série de nouveaux programmes destinés à promouvoir l'emploi des personnes handicapées. La plupart des efforts de réforme consentis depuis visent à développer les aspects les plus concluants des programmes liés au marché du travail pour aider les personnes ayant une capacité de travail réduite à trouver un emploi. Cette idée s'est heurtée à beaucoup de résistance, mais l'accumulation d'un nombre croissant d'observations à l'échelle nationale allant dans le sens de cette réforme a permis aux pouvoirs publics d'instaurer la réforme welfare to work en 2006. Selon le nouveau dispositif, de nombreuses personnes ayant une capacité de travail partiellement réduite se voient désormais appliquer le même traitement qu'aux chômeurs ordinaires, et sont soumises à des contraintes de travail à temps partiel, de recherche d'emploi et de participation. Toutefois, si ces réformes litigieuses ont pu être adoptées, c'est uniquement parce les droits des personnes bénéficiant déjà des prestations d'invalidité n'ont pas été remis en cause.

Encadré 3.3. **Enseignements que l'on peut tirer des processus de réforme engagés dans un certain nombre de pays de l'OCDE** *(suite)*

Au *Royaume-Uni*, la chute rapide du chômage depuis 1993 a également eu comme revers un recours croissant aux prestations d'invalidité – la conséquence étant que la part de la population d'âge actif bénéficiant de ce type de prestations était largement supérieure à la moyenne de l'OCDE. Cela a suscité un grand nombre d'études sur divers aspects du système, avec notamment une série d'évaluations de l'impact de différents types d'intervention qui montrent, notamment, que les programmes pour l'emploi pourraient également être utiles aux personnes ayant une capacité de travail réduite et que le travail a généralement des effets bénéfiques sur la santé. Le recueil d'un certain nombre d'observations factuelles a permis aux pouvoirs publics d'instaurer des réformes, souvent grâce à des essais et des projets pilotes dans la phase initiale, et de mettre en place une prestation unique pour les personnes d'âge actif. Le recours à des programmes pilotes signifie que la mise en place universelle ou généralisée d'une initiative repose sur des observations factuelles, bien que l'efficacité puisse être moindre à l'échelle nationale.

En *Suède*, depuis le début des années 90, les gouvernements successifs tentent de résoudre le problème de l'augmentation rapide des dépenses de prestations maladie et de la croissance concomitante du nombre de jours d'arrêt maladie. Au cours des années 90, ces efforts – encouragés par une crise budgétaire aiguë – se sont soldés par un échec; une série de réformes ou de tentatives de réformes ont été annulées ou bloquées. À cette époque, le besoin de réformer le système ne faisait pas l'objet d'un consensus. Depuis 2002, de nouvelles tentatives de réforme de l'assurance maladie voient néanmoins le jour, avec récemment des résultats très impressionnants. Il y a beaucoup de raisons à l'impasse des efforts de réformes des années 1990 et aux résultats prometteurs observés depuis 2002. On constate, notamment, que le consensus politique abandonne progressivement l'engagement à garantir passivement les revenus des handicapés au profit de la démarche d'obligations mutuelles déjà adoptée à l'égard des chômeurs. Par ailleurs, tout porte à croire que les toutes dernières réformes ont été possibles parce que les réformes infructueuses des années 1990 ont engendré de vastes travaux empiriques d'une grande complexité sur les failles du système d'assurance maladie.

Enfin, les *Pays-Bas* ont, depuis longtemps, l'un des systèmes d'assurance invalidité les plus généreux de la zone OCDE. En 2000, environ 11 % de la population d'âge actif bénéficiait de prestations d'invalidité. En 2003-04, les pouvoirs publics et les partenaires sociaux se sont mis d'accord sur une réforme d'envergure qui est entrée en vigueur en 2006. Cette réforme, qui s'appliquait uniquement aux personnes souffrant d'un handicap en 2004 ou après cette date, a réduit le flux d'entrée dans le régime d'indemnisation de l'invalidité de 70 000-100 000 cas par an pour les dix années précédentes à environ 40 000 cas en 2007 et 2008 – un véritable exploit. Les personnes qui étaient déjà allocataires au moment de la réforme ont continué de percevoir les prestations telles que définies en vertu des anciennes règles, mais la plupart des moins de 45 ans ont vu leur cas réexaminé selon les critères d'accessibilité du nouveau système. Une fois encore, tout porte à croire que les récentes réformes qui ont profondément changé les incitations aux employeurs et aux salariés ont porté leurs fruits grâce à (l'échec de) la réforme précédente qui, au vu du nombre croissant d'observations scientifiques accumulées, a abouti à un consensus sur le besoin de changement.

3.5. Conclusion

Ce chapitre constate une mutation des politiques de maladie et d'invalidité dans la plupart des pays de l'OCDE, largement dans le même sens. À des degrés et à des rythmes différents, les pays réforment progressivement leurs systèmes, à la recherche d'un meilleur équilibre entre garantie de revenu et incitations au travail. La plupart des pays ont énormément élargi leur arsenal d'aides à l'emploi en faveur des personnes atteintes de problèmes de santé chroniques ou des personnes handicapées; certains pays ont

également – dans une moindre mesure – commencé à contrôler de manière plus rigoureuse l'accès, jusque-là facile, aux prestations de maladie et d'invalidité. Ce chapitre observe également une certaine convergence des politiques, même si des modèles politiques distincts subsistent.

Cependant, malgré les efforts consentis, l'ampleur des réformes instaurées dans la plupart des pays n'a pas été suffisante pour améliorer comme il se doit les résultats toujours décevants en termes de faible emploi et de forte dépendance aux prestations. Le message véhiculé par de nombreux systèmes aux travailleurs, aux employeurs et aux administrations qui gèrent le système est toujours légèrement contradictoire sur la question de savoir si l'emploi est, oui ou non, considéré comme le meilleur moyen d'aborder le handicap. La pénurie de réformes plus structurelles dans plusieurs pays est due, en grande partie, au difficile processus qu'implique, pour les pouvoirs publics, la réforme d'un système passif, conçu, à l'origine, pour un groupe restreint et servant, à présent, les intérêts d'un groupe cible extrêmement hétérogène.

La bonne nouvelle pour les futures réformes structurelles est que ces réformes ont un impact : les pays qui se sont engagés dans la voie de ce type de réformes impliquant à la fois le système de prestations et celui d'aides à l'emploi sont ceux qui ont obtenu les résultats les plus marquants.

Notes

1. Le système de prélèvements compensatoires vise à influencer la demande de main-d'œuvre en obligeant l'employeur à embaucher un certain quota de personnes handicapées, généralement compris entre 2 % et 7 % des effectifs de l'entreprise. Cependant, le système autorise l'employeur à choisir de ne pas verser ces prélèvements en payant une taxe (pénalité) qui alimente un fonds spécial. Ces fonds sont généralement reversés sous forme de ressources allouées aux handicapés, aux prestataires de services et aux employeurs.
2. Il ne faut pas oublier que toutes les mesures politiques n'ont pas un impact sur la valeur de l'indicateur et que l'indicateur est plus sensible à certains types de mesures qu'à d'autres. Ainsi ces résultats devraient être considérés comme des indicateurs de la portée générale des mesures prises à l'échelle de tel ou tel pays.
3. L'analyse par groupes est une méthode permettant de regrouper les données (en l'occurrence, une série de notes pour la typologie des politiques) dans des sous-ensembles de manière à ce que les données de chacun de ces sous-ensembles soient plus étroitement liées les unes aux autres (ou plus similaires les unes par rapport aux autres) que les objets associés aux différents groupements. L'analyse des groupements permet d'identifier des structures de données sans expliquer pourquoi elles existent. Les estimations sont basées sur la méthode classique des groupements hiérarchiques à liens complets où la distance entre les groupes est définie comme la distance qui sépare les paires d'objets les plus éloignées. Ce classement hiérarchique signifie qu'un nombre croissant d'objets sont agrégés dans des ensembles de plus en plus grands d'éléments de plus en plus disparates.
4. Une classification de ce type obtenue par analyse des groupements devrait être interprétée avec prudence. Elle peut aider à mettre en évidence des points communs et des divergences non négligeables mais peut aussi réagir de manière très sensible à de petites variations des valeurs des indicateurs dans un ou plusieurs pays.
5. Étant donné le nombre limité de données, la variable dépendante utilisée est le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité, et non le nombre de nouveaux demandeurs de prestations d'invalidité, qui réagit de manière plus sensible aux réformes. Quoi qu'il en soit, les données relatives aux flux de demandes ne sont pas disponibles sur une période suffisamment longue ni pour un nombre suffisamment important de pays.
6. Cette analyse décrit les corrélations multidimensionnelles entre les réformes et l'évolution du nombre d'allocataires. Les résultats ne peuvent pas être interprétés comme des causes étant donné, une fois encore, le nombre limité de données.

7. Plusieurs tests de sensibilité ont été réalisés à partir de données ventilées par sexe et par âge, en excluant chaque fois un pays. Les facteurs liés au marché du travail peuvent contribuer, en grande partie, à expliquer l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité car la réduction des possibilités d'emploi, ou des possibilités d'emploi à bas salaire, expliquent, en grande partie, la baisse de participation des personnes peu spécialisées et l'augmentation de la demande de prestations d'invalidité (Autor et Duggan, 2003; Faggio et Nickell, 2005). La demande de main-d'œuvre et les autres possibilités en matière de prestations (retraite anticipée, par exemple) ne sont pas contrôlées dans cette analyse, faute d'indicateurs appropriés. Les taux de chômage pourraient être utilisés comme variable indicatrice de l'état de la demande de main-d'œuvre, mais ils peuvent saisir les changements économiques d'ordre général plutôt que l'attrait pour l'emploi par rapport aux prestations d'invalidité. L'utilisation de séries de données chronologiques pour cette analyse constitue un sujet de préoccupation (Disney et Webb, 1991) : elles seraient particulièrement problématiques étant donné le court laps de temps et la nature internationale des données.

8. Si l'on prend l'exemple des Pays-Bas, le fait d'avoir redéfini la notion d'invalidité a réduit de 7 % le nombre de nouvelles prestations octroyées en 1993. Toutefois, la tendance au ralentissement s'est inversée à la fin des années 1990, le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité atteignant près de 1 million en 2002. Ce revirement serait dû, en partie, à une interprétation plus clémente des règles d'évaluation.

9. Le lien de causalité entre le taux d'allocataires des régimes d'invalidité et le nombre de bénéficiaires de l'indemnité de chômage peut également être influencé par certaines décisions des pouvoirs publics, par exemple, un accès plus facile aux allocations chômage en cas de ralentissement de l'activité, ce qui réduit le besoin de prestations d'invalidité à court terme; ou une application plus stricte des règles d'admissibilité aux prestations d'aide sociale contribuant au transfert de certaines personnes dans les régimes de prestations d'invalidité, comme cela a été montré pour la Finlande (Gould, 2003).

10. Le choix du moment opportun pour instaurer ces réformes peut être un autre paramètre déterminant. La coïncidence d'une crise de l'emploi ne semble pas être le moment idéal pour engager des réformes structurelles, mais le présent rapport tente d'expliquer pourquoi les réformes d'invalidité actuelles ne peuvent pas être suspendues à ce stade étant donné les risques structurels (augmentation du taux d'allocataires des régimes d'invalidité) et les enjeux (diminution de la main-d'œuvre) à long terme.

11. Ce problème est étroitement lié à la difficulté d'évaluer l'aptitude à l'emploi. Idéalement, un système ne devrait pas refuser d'octroyer des prestations aux personnes qui les méritent (erreur d'exclusion) ni octroyer des prestations à celles qui ne les méritent pas (erreur d'inclusion). Les deux erreurs portent atteinte à la protection sociale, mais les conséquences des erreurs d'exclusion sont susceptibles d'être plus graves pour ceux qui gèrent le système : les demandeurs méritants qui se voient refuser des prestations peuvent contester la décision, tandis que les demandeurs non méritants qui se voient octroyer des prestations se feront discrets. En outre, les médecins et autres parties prenantes impliquées dans la vérification sont susceptibles de subir de graves conséquences si l'on se rend compte qu'ils ont refusé de porter assistance à une personne réellement dans le besoin et qui, à la suite de cela, voit son état de santé se dégrader ou sa perte de capacité s'accentuer. Les agents qui gèrent le système sont donc incités à pécher par excès de clémence et à accorder le bénéfice du doute.

Bibliographie

Autor, D. et M.G. Duggan (2003), « The Rise in the Disability Rolls and the Decline in Unemployment », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 118, n° 1, pp. 157-206.

Begle, K. et A. Stock (2003), « The Labour Market Effects of Disability Discrimination Laws », *Journal of Human Resources*, vol. 38, pp. 806-859.

Bound, J. et R. Burkhauser (1999), « Economic Analysis of Transfers Programs Targeted on People with Disabilities », O. Ashenfelter et D. Card (dir. pub.), *Handbook of Labor Economics*, vol. 3, n° 1, chapitre 51, Elsevier, pp. 3417-3528.

Disney, R. et S. Webb (1991), « Why Are there So Many Long-term Sick in Britain? », *The Economic Journal*, vol. 101, pp. 252-262.

Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.

Faggio, G. et S. Nickell (2005), « Inactivity among Prime Âge Men in the UK », document de travail du CEP n° 673, London School of Economics, Londres.

Gould, R. (2003), « Disability Pensions in Finland », C. Prinz (dir. pub.), *European Disability Pension Policies. 11 Country Trends 1970-2002*, Centre européen de Vienne, Ashgate, Aldershot.

Hesselius, P. et M. Persson (2007), « Incentive and Spill-over Effects of Supplementary Sickness Compensation », document de travail n° 16 de l'IFAU, l'Institut suédois d'évaluation des politiques sur le marché du travail, Uppsala.

Jehoel-Gijsbers, G. (2007), « Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting », Social and Cultural Planning Bureau, The Hague.

Jolls, C. et J.J. Prescott (2004), « Disaggregating Employment Protection; The Case of Disability Discrimination », NBER série de documents de travail n° 10740, Cambridge, Mass.

OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.

OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 1) : Norvège, Pologne, Suisse*, Paris.

OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 2) : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni*, Paris.

OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 3) : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Paris.

Prinz, C. et D. Tompson (2009), « Sickness and Disability Programmes: What is Driving Policy Convergence? », *International Social Security Review*, vol. 62, n° 4, pp. 41-61.

ANNEXE 3.A1

Tableau 3.A1.1. **Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : classification par nombre de points sous chaque indicateur**

COMPOSANTE	*5 points*	*4 points*	*3 points*	*2 points*	*1 point*	*0 point*
X. Indemnisation						
X1. Couverture	Population totale (résidents)	Certains non-actifs (par exemple, handicapés de naissance)	Population active + régime non contributif soumis à conditions de ressource	Population active et assurés volontaires	Population active	Salariés
X2. Niveau minimum d'incapacité requis ou niveau d'incapacité dans l'emploi	0-25 %	26-40 %	41-55 %	56-70 %	71-85 %	86-100 %
X3. Niveau de l'incapacité donnant droit à une indemnité à taux plein	< 50 %	50-61 %	62-73 %	74-85 %	86-99 %	100 %
X4. Niveau maximum d'indemnisation	TR > = 75 %, minimum raisonnable	TR > = 75 %, minimum non spécifié	75 > TR > = 50 %, minimum raisonnable	75 > TR > = 50 %, minimum non spécifié	TR < 50 %, minimum raisonnable	TR < 50 %, minimum non spécifié
X5. Permanence des prestations	Strictement permanentes	Permanentes *de facto*	Réexamen sur la base des déclarations de l'intéressé uniquement	Procédure réglementaire de réexamen	Strictement temporaires sauf invalidité totale (= 100 %)	Strictement temporaires dans tous les cas
X6. Critères d'évaluation médicale	Médecin traitant exclusivement	Médecin traitant principalement	Médecin conseil du régime d'assurance principalement	Médecin conseil du régime d'assurance exclusivement	Collège d'experts du régime d'assurance	Collège du régime d'assurance et procédure en deux étapes
X7. Critères d'évaluation professionnelle	Évaluation strictement au regard de la profession habituelle de l'intéressé	Gains précédents pris comme référence	Évaluation au regard de la profession habituelle	Prise en compte de la situation actuelle du marché du travail	Prise en compte de tous les emplois disponibles, appliquée avec souplesseSouples	Prise en compte de tous les emplois disponibles, appliquée de façon stricte
X8. Niveau des prestations maladie	TR = 100 % même en cas d'absence maladie de longue durée	TR = 100/congé de maladie de courte durée/ > = 75 % congé de maladie de longue durée	TR > = 75/congé de maladie de courte durée/ > = 50 % congé de maladie de longue durée	75 > TR > = 50 % pour tous les types de congé de maladie	TR > = 50/congé de maladie de courte durée/ < 50 % congé de maladie de longue durée	TR < 50 % même en cas d'absence maladie de courte durée
X9. Durée des prestations maladie	Un an ou plus, période de paiement du salaire courte ou inexistante	Un an ou plus, période de paiement du salaire relativement importante	Six-douze mois, période de paiement du salaire courte ou inexistante	Six-douze mois, période de paiement du salaire relativement importante	Moins de six mois, période de paiement du salaire courte ou inexistante	Moins de six mois, période de paiement du salaire relativement importante
X10. Suivi des absences maladie	Souplesse en matière de certificats d'arrêt maladie	Certificat d'arrêt maladie et service de santé au travail avec prévention des risques	Certificats d'arrêt maladie fréquents	Étapes de suivi rigoureux avec intervention précoce et établissement de profils de risques, sans sanctions	Contrôles rigoureux des certificats d'arrêt maladie avec évaluation au regard de la pathologie de l'intéressé si nécessaire	Étapes de suivi rigoureux avec intervention précoce et établissement de profils de risques, avec sanctions

Note : TR = Taux de remplacement.

Tableau 3.A1.1. **Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : classification par nombre de points sous chaque indicateur** *(suite)*

COMPOSANTE	*5 points*	*4 points*	*3 points*	*2 points*	*1 point*	*0 point*
Y. Intégration						
Y1. Cohérence des aides et de la couverture	Accès à tous les programmes	Disparités mineures, combinaison souple	Disparités mineures, combinaison restreinte	Disparités majeures, combinaison souple	Disparités majeures, combinaison restreinte	Fortes différences d'admissibilité
Y2. Complexité des systèmes de prestations et d'aides	Même organisme pour l'évaluation de tous les programmes	Un organisme pour l'intégration, coordination des prestations	Même organisme pour les prestations et la réadaptation professionnelle	Un organisme pour l'intégration, prestations non coordonnées	Différents organismes pour la plupart des programmes	Différents organismes pour tous les types d'évaluation
Y3. Obligations de l'employeur envers ses salariés et ses nouveaux embauchés	Obligations importantes envers les salariés et les candidats à l'embauche	Obligations importantes envers les salariés, moindres envers les candidats à l'embauche	Certaines obligations envers les salariés et les candidats à l'embauche	Certaines obligations envers les salariés, aucune envers les candidats à l'embauche	Pas d'obligations, mais protection contre le licenciement	Pas d'obligations d'aucune sorte
Y4. Emplois accompagnés	Programme important avec possibilité d'emploi permanent	Programme important, mais emploi limité dans le temps	Programme intermédiaire, possibilité d'emploi permanent	Programme intermédiaire, emploi limité dans le temps	Programme très limité	Inexistant
Y5. Emplois subventionnés	Programme important et souple, avec possibilité d'emploi permanent	Programme important et souple, mais emploi limité dans le temps	Programme intermédiaire, permanence ou flexibilité	Programme intermédiaire, ni permanence, ni flexibilité	Programme très limité	Inexistant
Y6. Emplois protégés	Important, avec taux significatif d'emplois provisoires	Important, mais emploi le plus souvent permanent	Importance intermédiaire, avec quelques initiatives « nouvelles »	Importance intermédiaire, programme « traditionnel »	Programme très limité	Inexistant
Y7. Réadaptation professionnelle	Réadaptation obligatoire, avec dépenses élevées	Réadaptation obligatoire, avec faibles dépenses	Position intermédiaire, dépenses relativement importantes	Position intermédiaire, dépenses relativement faibles	Réadaptation volontaire, avec dépenses élevées	Réadaptation volontaire, avec dépenses faibles
Y8. Moment de la réadaptation professionnelle	En théorie et en pratique, n'importe quel moment (par ex. quand l'intéressé travaille encore)	En théorie à n'importe quel moment, en pratique à un stade pas vraiment précoce	Intervention précoce de plus en plus encouragée	Intervention généralement assez tardive dans la pratique	Après une longue maladie ou pour les bénéficiaires de pension d'invalidité	Seulement pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité
Y9. Suspension des prestations	Deux ans ou plus	Au moins un an mais moins de deux ans	Plus de trois mois mais moins de douze	Jusqu'à trois mois	Dans certains cas, mais pas pour les prestations d'invalidité	Aucune
Y10. Incitations au travail pour les bénéficiaires	Prestations permanentes liées à l'exercice d'un emploi	Maintien de la prestation pendant une période considérable (d'essai)	Revenu pouvant dépasser le niveau antérieur à l'incapacité	Revenu pouvant atteindre le niveau antérieur à l'incapacité et prestation partielle	Revenu pouvant atteindre le niveau antérieur à l'incapacité, pas de prestation partielle	Certains revenus supplémentaires admis

Note : TR = Taux de remplacement.

ANNEXE 3.A2

Tableau 3.A2.1. **Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : scores des pays aux alentours de 2007**

Tableau A. Composante indemnisation (valeurs de 0 à 5 pour chaque sous-composante et de 0 à 50 pour le total)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
	Couverture des prestations	Niveau minimum d'indemni-sation	Niveau d'incapacité pour indemnité à taux plein	Générosité des prestations d'invalidité	Permanence des prestations	Règles d'évaluation médicale	Règles d'évaluation profession-nelle	Générosité des prestations maladie	Durée indemnités maladie	Suivi indemnités maladie	
Australie	4	1	2	1	2	3	1	1	1	5	21
Autriche	2	3	4	2	1	1	4	3	2	2	24
Belgique	3	2	3	1	4	2	4	2	2	2	25
Canada	1	1	1	1	4	1	0	1	1	5	16
Rép. tchèque	1	4	3	3	0	2	1	0	5	5	24
Danemark	5	2	1	3	4	4	2	4	3	0	28
Finlande	5	4	4	3	2	3	2	3	3	3	32
France	3	2	1	3	1	2	4	2	5	2	25
Allemagne	3	5	3	2	1	3	2	4	4	5	32
Grèce	3	3	2	5	2	1	3	2	2	2	25
Hongrie	1	3	2	3	2	1	4	3	5	4	28
Irlande	3	1	2	1	4	3	2	1	5	4	26
Italie	3	2	0	3	1	1	3	3	5	5	26
Japon	4	1	0	1	2	2	0	2	5	4	21
Corée	3	3	0	1	2	1	0	0	1	4	15
Luxembourg	2	1	2	5	3	2	2	5	4	2	28
Mexique	0	3	4	0	3	2	5	2	3	5	27
Pays-Bas	4	4	2	3	2	1	0	4	4	0	24
Nouvelle-Zélande	5	1	2	1	2	3	1	1	5	2	23
Norvège	5	3	2	4	2	4	2	5	4	2	33
Pologne	3	3	4	4	0	1	3	3	2	2	25
Portugal	3	2	3	5	4	1	4	1	5	5	33
Rép. slovaque	1	4	3	2	4	2	1	2	5	2	26
Espagne	3	4	1	4	5	0	3	2	4	1	27
Suède	5	5	1	5	4	3	1	4	4	5	37
Suisse	5	4	3	3	4	3	2	3	4	1	32
Royaume-Uni	3	1	2	1	2	3	1	1	2	5	21
États-Unis	3	0	1	3	4	4	0	3	0	2	20
Moyenne de l'OCDE (28)	3.1	2.6	2.1	2.6	2.5	2.1	2.0	2.4	3.4	3.0	25.8

Tableau 3.A2.1. **Typologie des politiques de l'invalidité de l'OCDE : scores des pays aux alentours de 2007** *(suite)*

Tableau B. Composante intégration (valeurs de 0 à 5 pour chaque sous-composante et de 0 à 50 pour le total)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
	Accès aux programmes pour l'emploi	Structure de responsabilités des organismes	Degré de responsabilité de l'employeur	Programme d'emplois accompagnés	Programme d'emplois subventionnés	Programme d'emplois protégés	Programme de réadaptation professionnelle	Moment de la réadaptation professionnelle	Règles de suspension des prestations	Règles d'incitations au travail	
Australie	4	5	3	1	2	3	1	3	5	1	28
Autriche	2	3	3	4	4	2	5	4	0	3	30
Belgique	3	3	3	1	5	2	2	3	2	0	24
Canada	1	1	3	3	2	2	1	2	5	4	24
Rép. tchèque	3	1	4	1	1	3	1	4	0	3	21
Danemark	4	4	2	3	5	2	5	4	5	3	37
Finlande	2	2	4	3	3	3	4	4	5	2	32
France	3	2	3	3	5	4	1	2	0	3	26
Allemagne	4	0	4	5	4	3	5	5	3	2	35
Grèce	3	2	3	0	2	3	0	1	0	2	16
Hongrie	2	3	4	3	3	2	3	2	4	2	28
Irlande	3	2	2	1	3	2	0	1	1	2	17
Italie	4	2	4	1	1	2	0	2	0	2	18
Japon	3	1	1	3	3	2	2	4	5	3	27
Corée	0	1	1	2	3	2	1	2	1	3	16
Luxembourg	2	4	3	2	4	3	2	3	0	1	24
Mexique	2	2	0	0	0	0	0	1	0	3	8
Pays-Bas	4	4	4	2	2	4	4	4	2	5	35
Nouvelle-Zélande	3	5	2	2	2	0.5	0	0	3	3	21
Norvège	4	5	4	2	4	4	5	4	5	0	37
Pologne	4	2	2	0	3	4	2	2	0	3	22
Portugal	3	2	2	1	2	2	1	1	1	1	16
Rép. slovaque	3	2	4	2	2	3	0	2	0	3	21
Espagne	4	3	3	1	2	3	2	2	0	2	22
Suède	3	4	5	2	4	3	3	3	5	0	32
Suisse	4	4	2	1	1	3	5	4	0	3	27
Royaume-Uni	4	4	4	3	1	2	1	3	5	5	32
États-Unis	0	0	3	4	1	2	1	1	5	4	21
Moyenne de l'OCDE (28)	2.9	2.6	2.9	2.0	2.6	2.5	2.0	2.6	2.2	2.4	24.9

Chapitre 4

Transformer les régimes d'invalidité en instruments de promotion de l'emploi

Ce chapitre traite des grands enjeux des récentes réformes visant à transformer les régimes d'invalidité actuels, encore trop passifs par nature, en instruments de promotion de l'emploi. Les éléments clés d'une telle transformation sont une nouvelle manière d'évaluer la capacité de travail et, partant, l'admissibilité aux prestations ; une nouvelle logique d'activation et d'obligations mutuelles, dès la phase de demande ; l'accent mis plus fortement sur la réévaluation de l'admissibilité aux prestations et de la capacité de travail des bénéficiaires actuels ou de longue durée ; l'amélioration des incitations au travail pour garantir que le travail soit toujours intéressant financièrement. La conclusion de ce chapitre est qu'il faut rapprocher les dispositifs des régimes d'invalidité dans tous leurs aspects de ceux des régimes d'indemnisation du chômage et on y met en doute la nécessité de traiter le chômage et l'invalidité comme deux risques distincts.

Comme nous l'avons vu précédemment, la grande majorité des personnes qui accèdent à des prestations d'invalidité ne retournent jamais au travail. Cela ne serait pas surprenant si ces prestations n'étaient octroyées qu'aux personnes totalement inaptes. Or tel n'est pas le cas, aujourd'hui, de la majorité des nombreux allocataires, qui sont partiellement aptes au travail et dont le nombre ne cesse d'augmenter. Contrairement à leur objectif initial, les régimes d'invalidité semblent avoir un effet *handicapant* sur les bénéficiaires, les rendant dépendants de l'aide sociale et les excluant du marché du travail.

Comment les pays peuvent-ils enrayer cette dépendance croissante à l'égard des prestations d'invalidité ? Pour ce faire, on peut notamment améliorer le processus d'identification des demandeurs potentiellement capables de travailler pour éviter qu'ils accèdent d'emblée aux prestations pour invalidité de longue durée. Plusieurs pays ont commencé à faire évoluer leurs procédures d'évaluation en prenant en compte la capacité de travail résiduelle des personnes demandant une pension d'invalidité. Étant donné que la plupart des gens renoncent rarement à leur pension d'invalidité une fois que celle-ci leur a été octroyée, le fait de limiter le nombre de nouveaux allocataires des régimes d'invalidité sera le moyen le plus efficace de progresser, même si cette mesure mettra du temps à réduire le nombre d'allocataires.

Au cours de la dernière décennie, les politiques d'invalidité dans la zone OCDE ont été fortement réorientées vers l'emploi, mais les régimes d'invalidité continuent d'être d'une grande passivité s'agissant de leurs attentes à l'égard des personnes partiellement aptes au travail. Pour éviter qu'il devienne tributaire des prestations d'invalidité, ce groupe devrait être soumis à l'obligation de participer à hauteur de ses aptitudes, comme on impose certaines exigences aux bénéficiaires d'indemnités de chômage.

Les mesures visant à restreindre l'accès aux prestations d'invalidité et à durcir les exigences en termes de participation ne suffiront pas à elles seules pour promouvoir l'emploi auprès des personnes présentant un handicap. Si le travail n'est pas intéressant financièrement, les intéressés seront peu enclins à travailler ou à chercher un emploi. De nombreux travailleurs handicapés étant susceptibles d'occuper des postes à bas salaire, proposer les incitations financières adéquates peut être déterminant.

Ce chapitre traite successivement de chacun de ces grands enjeux. La question des indemnités de maladie, qui sont la principale voie d'accès à une pension d'invalidité, est traitée au le chapitre 5, par référence au rôle de l'employeur dans le maintien dans l'emploi des travailleurs malades.

4.1. De l'évaluation de l'invalidité à l'évaluation de l'aptitude au travail

Étant donné la forte augmentation du nombre d'allocataires des régimes d'invalidité au cours des dernières décennies, les pays ont dû revoir leur manière d'aborder l'invalidité des personnes d'âge actif. L'une des raisons qui expliquent pourquoi les personnes souffrant de problèmes de santé mais ayant une aptitude à l'emploi significative se voyaient octroyer, de fait, une pension par les régimes d'invalidité est que l'admissibilité

n'était *pas* déterminée à partir d'une évaluation fiable et valide de la compétitivité de l'intéressé sur le marché du travail. Au lieu de cela, le diagnostic médical de perte de fonctions physiques et/ou mentales, établi par un médecin sans expertise ou avec une expertise limitée en matière de réadaptation, prévalait et prévaut toujours. Ce jugement médical peut soit entraîner l'octroi direct d'une prestation d'invalidité soit être, de toutes façons, un facteur déterminant du processus décisionnel.

Un second problème, lié au premier, est que les prestations d'invalidité sont octroyées à certaines conditions qui présupposent, implicitement, que le demandeur n'est pas susceptible de voir son état de santé s'améliorer, ce qui l'exclura de manière permanente du marché du travail. Cette hypothèse est erronée pour beaucoup des pathologies les plus courantes aujourd'hui. Pour éviter que leurs prestations soient supprimées, les demandeurs doivent, d'abord, se déclarer incapables de travailler; ensuite, ils ne doivent participer à aucune activité qui accroîtrait leurs revenus de manière significative, même s'ils vivent dans la quasi-pauvreté; enfin, ils ne doivent signaler aucune amélioration de leur état de santé. En contrepartie, le demandeur perçoit ce qui, dans de nombreux pays, est, de fait, une pension d'invalidité à vie.

Évaluation de l'aptitude

Parmi les failles de cette approche, on peut citer le fait que les diagnostics médicaux ne prennent généralement pas en compte la probabilité que la personne retourne au travail. En outre, en pratique, ce type de prise de décision varie énormément et sans garantie de fiabilité selon les experts médicaux (Hunt *et al.*, par exemple, 2002), la demande du patient pouvant jouer un rôle non négligeable dans la prise de décision médicale qui détermine l'éligibilité (par exemple, Campbell et Ogden, 2006). Par conséquent, il y a une forte probabilité pour que de nombreuses personnes qui pourraient travailler perçoivent une pension d'invalidité qui les exclut effectivement du marché du travail. Les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques ou présentant un handicap peuvent avoir besoin de soins médicaux et d'une réadaptation, mais la démarche qui consiste à se baser, en premier lieu, sur une évaluation essentiellement médicale qui n'a rien d'homogène pour déterminer l'admissibilité aux prestations n'est pas efficace.

Partant, plusieurs pays s'efforcent depuis peu de substituer une meilleure exploitation de la capacité de travail résiduelle à l'évaluation de l'inaptitude. Cette nouvelle orientation permet également une réallocation des aides et des ressources visant la réinsertion des personnes dans des emplois à temps partiel ou à temps plein plutôt que leur maintien hors du marché de l'emploi. Le Danemark est, sans doute, le pays qui a pris le plus de mesures dans ce sens en adoptant une approche plus large visant à évaluer la capacité de travail résiduelle des demandeurs :

- Depuis une vaste réforme de 2003, l'évaluation de l'invalidité, au Danemark, est axée sur les *fonctions résiduelles* d'une personne et les *emplois potentiels* qu'elle peut encore occuper. Un profil de ressources individuelles complet est dressé sur la base d'une série de critères de santé, de réseau social et d'expérience et de proximité du marché du travail. La santé n'est que l'un des nombreux aspects pris en compte, bien qu'il s'agisse d'un facteur déterminant dans 95 % des nouveaux cas indemnisés au titre de l'invalidité.
- De même, aux Pays-Bas, l'invalidité est évaluée en fonction des capacités fonctionnelles de l'individu, qui sont mises en rapprochement avec les compétences requises pour un

poste afin de déterminer la capacité de gains résiduelle (la perte de capacité devant être de 35 % pour une pension d'invalidité à taux partiel). Cette recherche d'adéquation est réalisée en référence à des emplois théoriques, et non à des emplois réellement disponibles.

Plusieurs autre pays ont fait évoluer leur procédure d'évaluation de différentes manières : ils cessent de s'en remettre exclusivement à l'avis médical et préfèrent adopter une démarche plus multidisciplinaire prenant en compte les aspects sociaux et la situation du marché du travail (Hongrie, République slovaque, par exemple). Cette réorientation est souvent complétée par un déplacement des responsabilités, les décisions étant prises de plus en plus par les conseillers en orientation des organismes d'indemnisation, qui tiennent compte non seulement du dossier médical mais aussi des aptitudes du client et de ses aspirations professionnelles (Nouvelle-Zélande, par exemple). C'est une évolution importante dans des pays tels que la Norvège et la Suisse qui, auparavant, s'en remettaient essentiellement à l'opinion des médecins généralistes.

Critères d'évaluation

L'exemple néerlandais que nous venons de citer soulève une question importante, à savoir s'il faut, oui ou non, tenir compte de la *disponibilité* réelle d'un emploi en adéquation avec les capacités de l'individu. Pour éviter une exclusion prématurée du marché du travail, la plupart des pays se réfèrent désormais à un marché du travail « théorique » lors de l'évaluation de l'admissibilité aux prestations d'invalidité, c'est-à-dire aux emplois en principe disponibles sur le marché, plutôt qu'aux emplois réellement disponibles. Cependant, dans certains pays, ce principe est contredit par des réglementations qui stipulent qu'une pension à taux plein est versée à titre temporaire jusqu'à ce que la personne trouve un emploi en adéquation avec ses capacités. (cf. « Obligation de participer à des activités à caractère professionnel ou assimilé » à la section 4.2 ci-dessous).

Une autre évolution générale concerne l'abandon de l'évaluation au regard de la profession habituelle de l'intéressé, où l'admissibilité est déterminée en fonction de la capacité du demandeur à exercer sa profession *habituelle* ou à occuper des fonctions dans sa profession habituelle, au profit d'une évaluation plus large, réalisée en référence à *tous* les emplois disponibles sur le marché. La plupart des pays utilisent un critère d'évaluation au regard de « tous les emplois disponibles » pour déterminer l'admissibilité à une pension d'invalidité (généralement à long terme) mais un critère d'évaluation au regard de la « profession habituelle de l'intéressé » pour déterminer le droit à des indemnités de maladie, qui sont désormais temporaires dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. Selon la durée des indemnités de maladie, il peut s'écouler beaucoup de temps avant qu'une évaluation à plus grande échelle, au regard de tous les emplois, puisse être entreprise, un temps pendant lequel l'intéressé est généralement inactif et aurait pu être mis au travail. Pour réduire les délais, la Suède tente actuellement de mettre en place une démarche innovante :

- Aux termes de ce que l'on appelle la nouvelle « chaîne de réadaptation », l'indemnité maladie est d'abord versée pendant une période de 90 jours au cours de laquelle l'individu dispose de temps pour réintégrer les fonctions qu'il occupait, avec des missions éventuellement redéfinies. Au cours des 90 jours qui suivent, si l'individu ne peut pas reprendre ses fonctions, il doit accepter un autre emploi dans le même

secteur ou essayer de trouver un autre emploi chez un autre employeur. Au bout de 180 jours, les clients sont évalués en référence à tous les emplois disponibles sur le marché du travail.

La réforme suédoise se heurte à une opposition massive dans sa mise en œuvre, notamment parce qu'elle marque un véritable bouleversement dans la mesure où la maladie était auparavant indemnisée sans limite de durée. Néanmoins, les taux d'absences maladie ont récemment chuté très rapidement, atteignant à peu près la moyenne de l'OCDE alors qu'ils étaient deux fois supérieurs à cette moyenne, et la tendance devrait se maintenir (OCDE, 2009). Cela laisse à penser que le fait d'essayer d'orienter plus tôt les personnes en arrêt maladie de longue durée vers d'autres emplois est une mesure prometteuse.

En essayant de mieux identifier la capacité de travail résiduelle pour mieux « activer » ceux qui sont encore capables de travailler, plusieurs pays tentent de filtrer les personnes ayant une incapacité totale et permanente et pour lesquelles une pension d'invalidité passive constitue l'option la plus judicieuse. Cela est compréhensible, mais il n'est pas évident de fixer le seuil d'aptitude en-deçà duquel il est impensable de demander à quelqu'un de s'intégrer au marché du travail. La difficulté provient, en partie, de la motivation individuelle, qui rend les situations plus complexes. Même des troubles physiques ou mentaux graves n'empêchent pas systématiquement des personnes suffisamment déterminées de s'insérer sur le marché du travail ouvert, même si elles occupent souvent des emplois peu qualifiés. Toutefois, certains pays comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont choisi d'isoler, au cours de l'évaluation, les personnes totalement inaptes, qui percevront une pension d'invalidité à la fois permanente et plus élevée sans mesures de mise au travail. Cela devrait faciliter la mise en place d'une démarche plus active pour ceux ayant une capacité de travail significative. D'autres pays tels que l'Autriche et l'Italie font depuis longtemps une distinction implicite de ce type et versent des prestations permanentes en cas d'incapacité totale et permanente mais des prestations temporaires dans les autres cas (cf. « prestations temporaires et évaluation régulière des problèmes de santé » à la section 4.2 ci-dessous).

Pour résumer les tendances en matière d'évaluation de l'invalidité, la plupart des pays entreprennent des réformes qui visent, d'une manière ou d'une autre, à évaluer la capacité de travail résiduelle – en reportant l'évaluation dans le temps et/ou en renforçant les aspects non médicaux et/ou en élargissant le champ des emplois pris en compte. Ces réformes, qui sont en cours, aideront toutes à créer un système plus axé sur l'emploi et l'activation. Les réformes doivent néanmoins être poursuivies, notamment au vu de l'augmentation rapide de la part des troubles mentaux à l'origine de demandes de pensions d'invalidité.

4.2. Adopter une démarche d'activation

Les allocations chômage et les prestations d'invalidité constituent un substitut de revenu pour les personnes d'âge actif sans emploi qui sont, la plupart du temps, aptes à travailler. Les régimes d'invalidité, cependant, diffèrent considérablement dans leurs modes opératoires et dans les résultats qu'ils produisent. Les allocations chômage sont versées aussi longtemps que le bénéficiaire est engagé dans des activités de recherche d'emploi, une formation ou d'autres mesures obligatoires de mise au travail. Dans la

plupart des pays, ce n'est pas le cas pour le bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou la personne qui en a fait la demande, car ces personnes ont tendance à être considérés comme inaptes et inactives quelle que soit leur capacité de travail réelle. Par conséquent, les aides à l'emploi sont proposées sur la base du volontariat, ce qui explique, du moins en partie, le faible taux d'utilisation de ces services.

Sous l'angle de la compétitivité sur le marché du travail, la distinction entre personnes à capacité partielle de travail et chômeurs de longue durée n'est pas forcément utile et devient de plus en plus floue. Face à ce problème, certains pays commencent à explorer deux types de démarches visant à limiter les contre-incitations inhérentes aux régimes actuels d'aide à l'emploi et de prestations d'invalidité et donc à améliorer les résultats sur le marché du travail : *i)* gérer différemment les personnes à capacité partielle de travail, en attendant plus des demandeurs de prestations ou des allocataires, en contrepartie de l'octroi de meilleures aides ; et *ii)* chercher des moyens de rendre les prestations d'invalidité plus temporaires, comme c'est le cas pour les allocations chômage.

Obligation de participer à des activités à caractère professionnel

Contrairement aux chômeurs, les allocataires des régimes d'invalidité sont exemptés de l'obligation de rechercher un emploi, ce qui accroît encore la probabilité de leur exclusion permanente du marché du travail. Il est impossible d'imposer à tous les allocataires des régimes d'invalidité ou à tous les demandeurs de prestations de ce type de s'engager dans des activités de recherche d'emploi étant donné que l'on ne peut pas décemment exiger de certaines personnes qu'elles travaillent. Mais les exigences au regard de la capacité de travail résiduelle de la personne sont de nature différente et peuvent être imposées dans le cadre d'une stratégie d'obligations mutuelles. Plusieurs pays de l'OCDE se sont engagés dans cette voie, l'objectif étant d'élever le niveau des attentes des intéressés et des exigences à leur égard.

Renforcement des obligations de participation

Certains pays d'Europe tels que l'Autriche, l'Allemagne, la Hongrie et la Suisse imposent, depuis longtemps, des obligations formelles aux demandeurs de prestations d'invalidité, en appliquant le principe selon lequel la réadaptation professionnelle *prime* la rente. Au Danemark, aussi, la réglementation impose que toutes les possibilités de réadaptation aient été épuisées avant qu'une pension d'invalidité puisse être octroyée[1]. Ces obligations ont récemment été renforcées dans certains cas :

- La Suisse, par exemple, adopte progressivement le principe, plus contraignant, de la réinsertion *plutôt que* la rente. Elle travaille à l'introduction de nouvelles responsabilités pour les personnes dont l'état de santé pourrait les conduire à bénéficier de prestations d'invalidité. En vertu d'une réforme adoptée en 2008, l'assuré « doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable » ; une série d'obligations, ainsi que des sanctions en cas de non-respect, sont expressément spécifiées.
- De même, au Luxembourg, les personnes ayant une capacité partielle de travail sont désormais obligées de s'inscrire dans des programmes de formation et de réinsertion.

Ces deux pays ont récemment enregistré une baisse de leurs taux de nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité, bien qu'il ne s'agisse que d'une évolution parmi d'autres et que l'on ignore l'impact qu'a pu avoir en soi le renforcement des obligations. Les pays dont les régimes n'imposaient pas jusque-là de telles obligations peuvent préférer opter, dans un premier temps, pour une approche moins radicale, pour tester l'acceptabilité de cette démarche et son impact, comme le Royaume-Uni l'a fait il y a quelques années :

- En 2003, le Royaume-Uni a, par exemple, commencé à expérimenter le dispositif intitulé *Pathways-to-work* (passerelles vers l'emploi). Ce dispositif impose une série d'entretiens semestriels obligatoires axés sur le travail, à raison d'un par mois, à partir de la neuvième semaine qui suit la demande de prestations. Ces entretiens, qui sont conduits par un conseiller en allocations d'incapacité, doivent déboucher sur un plan d'action personnalisé. On peut ensuite avoir accès à tout un éventail de programmes d'aide au retour à l'emploi, mais ce type d'actions reste optionnel.

Ces passerelles vers l'emploi s'adressent aux nouveaux demandeurs de prestations, mais les personnes qui perçoivent déjà une pension d'invalidité peuvent se porter volontaires pour suivre la même procédure[2]. Les données quantitatives sur l'impact de ce nouveau dispositif, obtenues sur la base des opérations pilotes initiales, ont montré que les chances de trouver un emploi 18 mois après le dépôt de la demande d'allocation, et donc le taux de sortie des prestations, augmentaient de 7 points de pourcentage (Blyth, 2006). Cependant, des résultats plus récents – toujours pour une période antérieure à la récession – après plein déploiement du dispositif, ne sont pas concluants (Bewley *et al.*, 2009).

Combiner pension d'invalidité à taux partiel et obligation de disponibilité professionnelle

Un certain nombre de pays de l'OCDE ont, depuis longtemps, recours aux pensions d'invalidité à taux partiel pour encourager les bénéficiaires à garder leur emploi ou à retourner à l'emploi, dans une certaine mesure (tableau 4.1). Les pensions à taux partiel s'appliquent de différentes façons. La plupart des pays dotés de ce type de système, en particulier les pays nordiques et d'Europe de l'Est mais aussi les Pays-Bas et la Suisse, versent une pension à taux plein aux personnes présentant plus ou moins une incapacité totale et des pensions à taux partiel plus ou moins élevées selon la perte de capacité de travail. La plupart des pays ont trois niveaux de pension partielle tandis que certains utilisent une grille plus détaillée (tranches de 5 % en Norvège, par exemple). La capacité de travail partielle est définie sur la base de différents critères : nombre d'heures pendant lesquelles une personne est toujours capable de travailler (Allemagne, Suède), pourcentage de capacité de travail résiduelle, ou encore capacité de gain.

D'autres pays tels que la France, la Pologne et l'Espagne versent une pension à taux quasi partiel aux personnes qui ne peuvent pas exercer leur profession *habituelle* et une pension à taux plein uniquement aux personnes qui ne peuvent exercer *aucune* profession. Ainsi, le seuil de capacité est le même pour les deux prestations, mais la nature des emplois pris en référence est différente. La prestation partielle est, de fait, une pension à taux plein minorée, qui peut, dans une certaine mesure, être complétée par les revenus d'un travail exercé dans une autre profession (même sans limite de revenu dans le cas de l'Espagne). Au cours des vingt dernières années, la plupart des pays ont cessé de mener des évaluations strictement au regard de la profession habituelle de l'intéressé, à l'exception notamment de la Belgique et de l'Autriche (pour les emplois non manuels), où une pension à taux plein est versée en fonction de l'incapacité à exercer sa profession habituelle.

Tableau 4.1. **Les règles en matière de pension d'invalidité à taux partiel varient largement selon les pays de l'OCDE**

Règles relatives à la définition de l'invalidité et à l'accès à des prestations d'invalidité à taux partiel

Allemagne	Pension à taux plein : personnes pouvant uniquement travailler moins de trois heures par jour; pension à taux partiel : personnes pouvant travailler entre trois heures et six heures par jour (pension partielle versée à taux plein si la personne ne trouve aucun emploi à taux partiel en adéquation avec ses capacités)
Australie	Pas de pension partielle. Pension à taux plein seulement si l'individu ne peut pas travailler au moins 15 heures par semaine au cours des deux années suivantes. (Avant 2006, pension à taux plein seulement si l'individu ne peut pas travailler au moins 30 heures par semaine au cours des deux années suivantes).
Autriche	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas de réduction de la capacité de travail d'au moins 50 % (réduction de la capacité de gains pour les travailleurs non qualifiés).
Belgique	Pas de pension partielle. Pension à taux plein pour une réduction de la capacité de gains de 66 % au regard de la profession habituelle de l'intéressé.
Canada	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas de handicap d'ordre physique ou mental, grave et durable, qui empêche la personne d'exercer régulièrement une activité professionnelle rapportant des gains substantiels.
Corée	Trois niveaux de pension selon le degré d'invalidité, déterminé médicalement, soit 100 %, 80 % et 60 % du montant de la pension de base de l'assuré pour une invalidité respectivement totale, modérée et mineure.
Danemark	Pension partielle abolie depuis 2003. Pension à taux plein seulement si, après avoir essayé en vain de travailler, l'individu présente une incapacité permanente et ne peut pas occuper un emploi à temps partiel ou un emploi assorti d'une subvention salariale permanente.
Espagne	Pension quasi partielle réduite (représentant 55 % d'une pension à taux plein) si la personne ne peut pas exercer sa profession habituelle; possibilité de cumul avec le revenu d'un autre emploi. Pension à taux plein si la personne ne peut exercer aucune profession.
États-Unis	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas d'incapacité à exercer toute activité (quelle que soit la profession) rapportant une rémunération substantielle en raison d'une altération de la santé qui dure depuis au moins douze mois ou doit durer au moins douze mois ou aboutir au décès de la personne.
Finlande	Pension à taux plein en cas de réduction de la capacité de travail d'au moins 60 %; pension à 50 % en cas de réduction de la capacité de travail de 40-59 % (seulement pour la pension liée aux gains)
France	Pension quasi partielle réduite (représentant 60 % d'une pension à taux plein) pour une réduction de la capacité de gains de 66.6 % et si la personne ne peut pas exercer sa profession habituelle; possibilité de cumul avec le revenu d'un autre emploi, jusque dans une certaine mesure. Pension à taux plein uniquement pour les personnes ne pouvant exercer aucune profession.
Grèce	Trois niveaux de pension d'invalidité. 1er niveau – réduction de la capacité de gains de 50-66 % au regard de la profession habituelle de l'intéressé (point fort, compétences et formation) avec prédominance de l'avis médical; 2e niveau – réduction de la capacité de gains de 67-79 %; 3e niveau – réduction de la capacité de gains de 80 % ou plus.
Hongrie	Pension à taux plein en cas de dégradation de l'état de santé supérieure à 79 %. Pension partielle en cas de dégradation de 50-79 % et si la personne ne peut pas être embauchée sans réadaptation.
Irlande	Pas de pension partielle. Pension à taux plein uniquement pour les personnes ne pouvant pas travailler (pension d'invalidité – *Invalidity Pension*) ou si, en raison d'un handicap, la personne est désavantagée pour entreprendre un travail convenable (allocation d'invalidité non contributive – *non-contributory Disability Allowance*).
Italie	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas d'incapacité totale et permanente d'effectuer un travail quel qu'il soit (pension d'invalidité) ou en cas de perte de capacité de travail de 66.6 % (allocation d'invalidité soumise à condition de ressources).
Japon	Pas de pension partielle. Pension à taux plein si le degré d'invalidité, déterminé médicalement, porte gravement atteinte à la capacité de travail de la personne (compléments si la capacité de la personne à vivre de manière indépendante est également restreinte).
Luxembourg	Pension à taux plein uniquement pour les personnes qui ne peuvent pas exercer leur profession antérieure ou une autre profession à la mesure de leurs capacités. Pension quasi partielle au regard du dernier poste occupé en cas de reclassement au sein de la même entreprise ou dans une autre entreprise (avec versement d'une allocation spéciale du même montant qu'une pension d'invalidité à taux plein aussi longtemps que la personne aurait droit autrement à une indemnité de chômage).
Mexique	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas de réduction de 50 % de la capacité de gains dans l'emploi précédent.
Norvège	Pension partielle octroyée par tranches de 5 % en cas de perte de capacité de travail de 50-94 %; pension à taux plein en cas de perte de capacité de travail d'au moins 95 % (mais le niveau d'indemnisation est déterminé en fonction du montant de la perte de capacité de gains).
Nouvelle-Zélande	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas de perte de capacité de travail sérieuse et permanente. L'incapacité est censée durer au moins deux ans, la personne ne peut pas exercer un emploi normal et régulier plus de quinze heures. Cependant, les personnes qui ne peuvent pas travailler à temps plein mais peuvent travailler plus de quinze heures n'ont pas droit à la pension d'invalidité (*Invalids Benefit*) mais peuvent percevoir l'indemnité de maladie (*Sickness Benefit*).

Tableau 4.1. **Les règles en matière de pension d'invalidité à taux partiel varient largement selon les pays de l'OCDE** *(suite)*

Règles relatives à la définition de l'invalidité et à l'accès à des prestations d'invalidité à taux partiel

Pays-Bas	Pension à taux plein en cas de réduction permanente de la capacité de gains d'au moins 80 %. Pension réduite pour les personnes ayant une perte de capacité totale mais temporaire, ou une perte de capacité partielle de 35-79 %. Indemnisation plus élevée pour les personnes qui utilisent au moins la moitié de leur capacité partielle.
Pologne	Pension quasi partielle réduite (représentant 75 % d'une pension à taux plein) si la personne ne peut pas exercer sa profession habituelle ; possibilité de cumul avec le revenu d'un autre emploi jusque dans une certaine mesure. Pension à taux plein si la personne ne peut exercer aucune profession.
Portugal	Pension à taux partiel en cas de réduction de la capacité de gains de 66.6 % au regard de la profession habituelle ; pension à taux plein en cas d'incapacité totale et permanente d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit (avec les mêmes règles de calcul du montant de la pension pour les deux situations).
République slovaque	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas de réduction de la capacité de gains de plus de 40 % susceptible de durer plus d'une année, avec prise en compte des possibilités de réadaptation professionnelle.
République tchèque	Trois niveaux de pension d'invalidité : 1er niveau – réduction de la capacité de travail de 35-49 % ; 2e niveau – réduction de la capacité de travail de 50-69 % ; 3e niveau (pension à taux plein) – réduction de la capacité de travail d'au moins 70 %.
Royaume-Uni	Pas de pension partielle. Pension à taux plein uniquement en cas de perte importante des capacités fonctionnelles, qui sont réduites à un niveau tel que l'on ne peut pas demander à la personne de chercher un emploi sur le marché du travail normal.
Suède	Pension à taux plein si la personne ne peut pas travailler au moins deux heures par jour. Pension partielle (25/50/75 % d'une pension à taux plein) en fonction du nombre d'heures de travail journalières que la personne peut effectuer.
Suisse	Pension à taux plein en cas de réduction de la capacité de gains d'au moins 70 % ; pension ramenée aux trois quarts pour une réduction de la capacité de gains de 60-69 % ; à la moitié pour une réduction de la capacité de gains de 50-59 % ; et au quart pour une réduction de la capacité de gains de 40-49 %. (Prestation des trois-quarts introduite en 2004).
Turquie	Pas de pension partielle. Pension à taux plein en cas de perte de capacité de travail de 40 %.

Note : Les informations portent sur le principal programme de pension d'invalidité ; des informations sur le second régime généralement non contributif sont également données pour les pays ayant un nombre élevé d'allocataires de ce régime.
Source : Informations fournies par les autorités nationales.

Peu d'éléments permettent d'affirmer que la référence au marché du travail (en faisant la distinction entre l'emploi habituel de l'intéressé et tous les emplois disponibles) est en corrélation avec la facilité d'accès à la pension d'invalidité. Par ailleurs, il semble que les pays ayant un régime d'indemnisation à taux partiel ont généralement tendance à avoir des taux d'allocataires plus élevés. Le problème est que les régimes d'indemnisation à taux partiel se contentent souvent de verser des prestations moins importantes aux personnes ayant une perte seulement partielle de leur capacité de travail, sans tenir compte de leur capacité résiduelle ou sans leur imposer d'obligations de participation. Dans la plupart des pays, les intéressés peuvent choisir de bénéficier d'une prestation partielle sans devoir être disponibles pour un emploi à temps partiel. Il existe également certaines données, peu concluantes, sur l'impact des prestations à taux partiel sur les taux d'emploi. Les données pour la Finlande et les Pays-Bas, par exemple, semblent indiquer qu'entre un tiers et la moitié des bénéficiaires d'une pension d'invalidité à taux partiel ne travaillent pas.

Les prestations à taux partiel pourraient être assorties d'obligations de disponibilité professionnelle à hauteur de la capacité de travail résiduelle. Pourtant, c'est rarement le cas, à moins que la personne cherche un emploi et choisisse d'avoir recours à l'aide à l'emploi du service pour l'emploi, auquel cas les obligations normales de participation et de recherche d'emploi s'appliquent. Ainsi, on peut imposer une obligation de disponibilité professionnelle partielle, notamment lorsqu'une pension d'invalidité à taux partiel peut être cumulée avec une indemnité de chômage partiel. En pratique, les choses sont pourtant bien différentes. En Allemagne, par exemple, une personne ayant droit à une pension à taux partiel percevra une pension à taux plein si elle ne parvient pas à trouver un emploi à temps partiel en adéquation avec sa capacité de travail.

La Suisse a récemment introduit un niveau intermédiaire de pension à taux partiel supplémentaire et envisage maintenant de passer à un système plus progressif permettant une augmentation ou une réduction graduelle du montant des prestations en fonction de la capacité de travail de l'individu. Elle espère réduire les barrières à l'emploi en instaurant un système plus souple avec de meilleures incitations financières pour encourager l'effort de travail. Cependant, on ne saurait dire quel sera l'impact de cette réforme.

Transformer les pensions d'invalidité à taux partiel en prestations liées à l'exercice d'un emploi

La question est de savoir comment transformer un régime de prestations à taux partiel en un instrument plus actif, et ce en abandonnant les prestations d'inactivité au profit de prestations liées à l'exercice d'un emploi, assurant ainsi autant que possible la promotion du travail à l'égard des personnes ayant une capacité réduite tout en évitant d'attirer trop de personnes vers les prestations. Les pays abordent cette question de différentes manières. Le Danemark et les Pays-Bas proposent deux variantes d'une seule et même idée, qui consiste à rendre le travail plus attrayant pour les personnes ayant une capacité partielle qui bénéficient, par ailleurs, d'une aide au titre du revenu.

- Le Danemark est le seul pays à avoir supprimé, en 2003, la pension d'invalidité à taux partiel qui existait auparavant, fort du constat qu'elle poussait les bénéficiaires à l'inactivité. La pension partielle a été remplacée par de généreuses subventions salariales (pour les emplois dits « flexibles ») dont le fonctionnement est très similaire mais qui dépendent du fait que la personne travaille ou non; il s'agit donc d'une prestation liée à l'exercice d'un emploi. Deux niveaux différents de subventions existent (la moitié ou les deux tiers de l'ancien salaire); la subvention couvre en totalité la différence entre l'ancien salaire et le nouveau salaire; la personne doit avoir une incapacité de travail permanente, ne pas pouvoir travailler dans des conditions normales et avoir épuisé toutes les possibilités de réadaptation.
- Le système révisé de prestations d'invalidité entré en vigueur aux Pays-Bas en 2006 comporte des dispositifs analogues. Les travailleurs ayant une incapacité de gains évaluée à 35-79 % perçoivent un complément de salaire dont le montant dépend de la capacité de travail résiduelle effectivement utilisée (au minimum la moitié de la capacité résiduelle réelle doit être utilisée). Si la personne ne travaille pas, ou pas assez, elle perçoit à la place une allocation forfaitaire dont le montant est largement inférieur à celui de la pension d'invalidité.

Que nous enseignent ces réformes? Au Danemark, le recours aux emplois flexibles subventionnés a augmenté très rapidement – mais sans baisse correspondante du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. Cette situation est due, en partie, au fait qu'en raison de l'attrait du système, la mauvaise catégorie de personnes a été orientée vers ce type d'emplois, et au fait que l'obligation implicite de disponibilité professionnelle a été annulée par une réglementation en vertu de laquelle on verse effectivement une pension à taux plein lorsque la personne qui demande cette subvention ne parvient pas à trouver un emploi en adéquation avec sa capacité de travail. Selon un principe similaire à celui en vigueur en Allemagne, auquel nous avons fait référence précédemment, les Danois perçoivent, dans ce cas, une indemnité spéciale (« indemnité d'attente ») qui est, de fait, du niveau d'une pension d'invalidité; cette indemnité peut facilement devenir une autre quasi pension d'invalidité.

La réglementation aux Pays-Bas est beaucoup plus stricte puisque l'indemnité la plus élevée n'est versée que si la personne travaille. Le résultat est, en effet, beaucoup plus prometteur, avec une chute rapide du nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité, mais les effets individuels des diverses réformes instaurées en 2006 sont difficiles à évaluer. Par contre, les incitations au travail instaurées dans le cadre de la réforme de la pension d'invalidité ne sont pas si efficaces; en particulier pour les personnes à bas salaires, la menace d'une réduction des prestations est souvent efficacement compensée par des droits à des indemnités de logement plus élevées (OCDE, 2008).

Indemnités de chômage pour les personnes ayant une capacité de travail partielle

D'autres pays tentent de parvenir à une meilleure intégration sur le marché du travail en imposant aux personnes ayant une réduction partielle de leur capacité de travail de se rendre disponibles professionnellement, faisant donc relever une plus large partie de ce groupe du régime d'indemnisation du chômage. Certains pays tels que l'Allemagne et la France ont toujours eu une proportion plus importante de personnes souffrant de problèmes de santé parmi leurs chômeurs, ce qui explique en partie leurs plus faibles taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité et donc leurs taux plus élevés de chômage de longue durée. Sur le principe, il s'agit d'un bon système, qui exploite au mieux la capacité de travail des personnes, en particulier en période de reprise économique, à condition que le service public de l'emploi cherche vraiment à « activer » les chômeurs de longue durée ayant des problèmes de santé. D'autres pays pour lesquels cela n'a pas été le cas jusqu'à présent essaient de parvenir progressivement à cette situation :

- En Australie, la réforme de la protection sociale de 2006 a été instaurée dans cet esprit. Les personnes ayant une capacité de travail significative et pouvant travailler de 15 à 29 heures par semaine n'ont plus droit à une pension d'invalidité et sont classées dans la catégorie des chômeurs ordinaires; elles sont tenues de chercher un emploi à temps partiel en adéquation avec leur capacité de travail et sont aidées en la matière[3].
- De même, aux Pays-Bas, également depuis la réforme de 2006, les travailleurs ayant une réduction de leur capacité de gains de 15 à 34 % ne peuvent plus percevoir une pension d'invalidité; en cas de perte d'emploi, ils sont traités comme les autres chômeurs et sont soumis à des obligations de recherche d'emploi normales lorsqu'ils arrivent en fin de droits à leurs prestations de maladie.
- Au Luxembourg, depuis 2002, les bénéficiaires d'indemnités de maladie ayant une capacité de travail résiduelle sont orientés vers l'aide à la recherche d'emploi par le biais d'une procédure clairement définie de « redéploiement » qui peut aboutir à l'une ou l'autre des deux situations suivantes : *i)* un emploi assorti d'une allocation permanente de compensation de l'écart éventuel entre la rémunération antérieure et la rémunération nouvelle (similaire à la subvention pour les emplois flexibles, au Danemark); *ii)* le chômage, auquel cas les intéressés perçoivent, comme n'importe quel autre chômeur, une allocation d'attente du niveau de la pension d'invalidité mais assortie d'une obligation de disponibilité (OCDE, 2007).

Concrètement, les nouvelles dispositions qui ont permis de transférer un plus grand nombre de personnes ayant une capacité de travail partielle vers l'indemnité de chômage, plus active, ont, pour une large part, été instaurées dans des pays qui avaient un seuil d'accès à la pension d'invalidité très bas (réduction de 15 % de la capacité de gains aux Pays-Bas, incapacité de travailler 15 heures par semaine en Australie, avant la réforme).

Toutefois, une gestion plus rigoureuse des demandes de pension d'invalidité peut avoir les mêmes effets sans qu'il soit nécessaire d'adopter de nouvelles dispositions. À ce propos, on peut citer l'exemple du Luxembourg, où les réformes reposent sur de nouveaux modes d'interprétation et d'application des règles (le respect des règles est désormais plus scrupuleux) plutôt que sur une modification de la législation.

Vers une prestation unique pour les personnes d'âge actif

D'une manière ou d'une autre, toutes ces initiatives laissent à penser que le fait de traiter les gens au regard de différents risques – chômage, maladie, handicap, etc. – n'est pas le moyen le plus efficace d'aider ceux qui sont confrontés à des problèmes d'emploi. Une autre démarche consisterait, premièrement, à verser une prestation unique à toutes les personnes d'âge actif ayant besoin d'un complément de revenu et d'une aide à l'emploi, avec des paiements additionnels destinés à couvrir les frais de gestion des divers problèmes individuels de santé ou autres problèmes qui limitent la capacité de travail d'une personne; et, deuxièmement, à proposer des aides à l'emploi adaptées aux besoins de la personne, quel que soit le type de prestation.

Il y a quelques années, la Nouvelle-Zélande a sérieusement envisagé d'intégrer toutes ses prestations dédiées aux personnes d'âge actif, mais a finalement décidé de ne pas s'engager dans cette voie. Plusieurs pays tentent cependant de simplifier leur système de prestations en mettant en place progressivement un système à prestation unique :

- Le Royaume-Uni est sans doute le meilleur exemple en la matière. Avec la réforme de 2008, les prestations d'invalidité existantes (contributives comme l'*Incapacity Benefit* et non contributives comme l'*Income Support*) ont été remplacées par une nouvelle allocation, l'*Employment and Support Allowance*. Pour les clients évalués comme aptes à travailler dans une certaine mesure, la nouvelle prestation fonctionne essentiellement comme une indemnité de chômage, même si son taux est légèrement supérieur, reconnaissant l'obligation complémentaire de se soumettre à un régime obligatoire d'entretiens de recherche d'emploi, la non-présentation à ces entretiens étant sanctionnée.
- Prenons un autre exemple, celui de l'Allemagne. En 2005, l'aide à l'emploi et l'aide sociale ont été intégrées à la prestation de sécurité de base des personnes à la recherche d'un emploi, formant ainsi une prestation unique pour toutes les personnes d'âge actif « employables » ayant besoin d'une aide. Une personne est considérée comme employable si la maladie ou le handicap ne l'empêche pas de travailler au moins trois heures par jour pendant plus de six mois (auquel cas elle n'aurait pas droit à une pension d'invalidité). Autrement dit, c'est une mesure qui va dans le sens d'une prestation unique pour les personnes d'âge actif mais qui exclut explicitement la pension d'invalidité.
- Avec sa dernière réforme de 2010, la Norvège a fusionné différents types de prestations de réadaptation médicale et professionnelle et la pension d'invalidité provisoire pour créer une seule « allocation d'essai au travail », appelée *Work Assessment Allowance*. Le profil d'employabilité de la personne joue un rôle accru lors du processus d'évaluation et lors du suivi, assorti d'obligations renforcées.

Les nouveaux dispositifs de prestations établis dans ces pays ont facilité la mise en application d'obligations de disponibilité professionnelle par le biais de sanctions, même limitées, qui se sont révélées être un outil efficace de promotion des chances de réintégration sur le marché de l'emploi des personnes bénéficiant soit d'indemnités de chômage (Lalive *et al.*, 2002), soit de prestations sociales (Reijenga *et al.*, 2004).

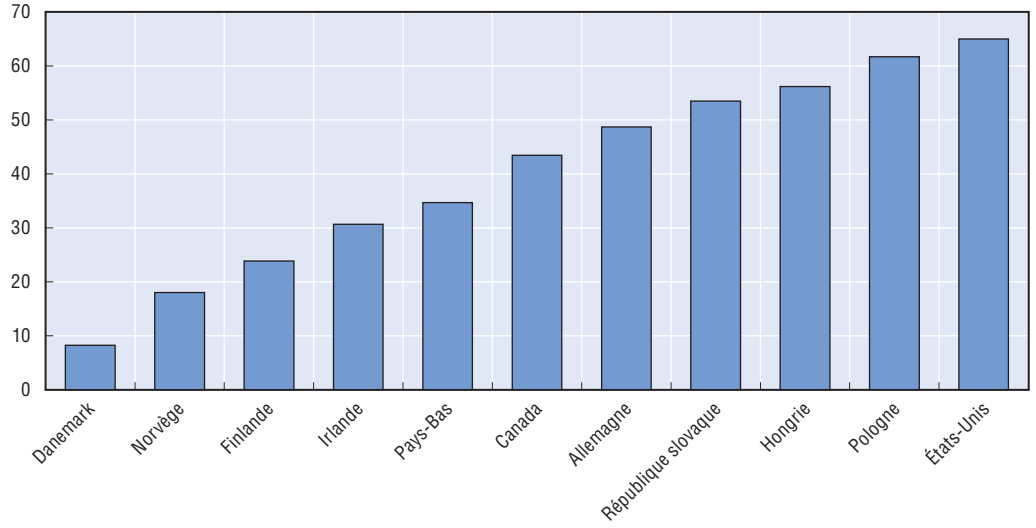
Suivi des demandes rejetées

L'un des avantages d'une prestation unique pour les personnes d'âge actif serait sa capacité à régler le gros problème des *transferts au sein du système de protection sociale*, c'est-à-dire le problème des personnes qui passent d'un complément de revenu à un autre ou sont transférées d'un organisme d'indemnisation à un autre. Il peut s'agir d'un transfert des indemnités de chômage vers une pension d'invalidité, parce que les travailleurs sociaux du service pour l'emploi estiment les problèmes de santé de l'individu trop importants pour que sa réintégration soit efficace; d'un transfert d'une pension d'invalidité vers l'aide sociale, parce que le problème de santé n'est pas assez grave pour que la personne puisse prétendre à une pension d'invalidité; du passage, de nouveau, de l'aide sociale aux indemnités de chômage, après une période intermédiaire de travail, même brève.

Les taux extrêmement élevés de rejets de demandes de pension d'invalidité dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE reflètent bien le problème des transferts au sein des systèmes de protection sociale. Dans la plupart des pays, entre un tiers et deux tiers des demandes sont rejetées; seuls les pays nordiques affichent des taux nettement plus faibles, aux alentours de 20 % voire moins (graphique 4.1). Les demandeurs sont souvent inactifs depuis longtemps et ont peu de chances de parvenir à retourner facilement sur le marché du travail[4]. En revanche, il est fort probable que ces personnes continueront de percevoir des prestations ou seront transférées vers d'autres prestations telles que l'indemnité de chômage ou l'aide sociale, et il y a tout lieu de penser qu'elles feront une nouvelle demande de pension d'invalidité plus tard. Ainsi, après plusieurs années à passer d'une prestation pour les personnes d'âge actif à une autre, ces personnes finissent souvent par percevoir une pension d'invalidité.

Graphique 4.1. **Dans beaucoup pays de l'OCDE, plus d'une demande de pension d'invalidité sur deux est rejetée**

Part de demandes de pension rejetées, 2008 ou dernière année disponible[a, b]



a) Les chiffres pour la Pologne portent sur 2003; ceux pour le Canada, l'Irlande et la République slovaque portent sur 2004.

b) Les chiffres pour l'Irlande font référence aux personnes demandant l'indemnité maladie au bout de deux ans; ceux pour le Canada et l'Allemagne prennent en compte uniquement la pension contributive et ceux pour la Pologne uniquement une indemnisation KRUS.

Source : Informations communiquées par les autorités nationales.

Prestations temporaires et évaluation régulière de la situation médicale

Prestations temporaires avec réévaluation à fréquence fixe ou variable

L'une des raisons qui font que la pension d'invalidité est considérée comme plus attrayante que les autres types de prestations pour les personnes d'âge actif est le statut d'allocataire plus permanent qu'elle confère. Très peu de personnes renoncent à leur pension d'invalidité avant d'avoir atteint l'âge légal de la retraite, et encore moins reprennent un travail (chapitre 2). Pour éviter que les personnes deviennent prisonnières des prestations d'invalidité, de plus en plus de pays de l'OCDE restreignent les nouveaux demandeurs à des versements limités dans le temps ou temporaires. Pour ce faire, ils emploient différentes méthodes (tableau 4.2).

Certains pays octroient les prestations uniquement pour une durée déterminée, à moins que la personne soit dans l'incapacité totale et permanente de travailler. Les prestations d'invalidité sont d'abord octroyées pendant une période de deux ans maximum en Autriche et pendant une période de trois ans maximum en Allemagne et en Italie, avec un renouvellement répété; les prestations peuvent devenir permanentes au bout d'un certain temps, normalement au bout de six ans en Italie, par exemple. La Pologne est allée un peu plus loin suite à une réforme instaurée au début des années 1990. La pension d'invalidité est non seulement toujours octroyée à titre temporaire, par périodes de trois ans maximum, mais les bénéficiaires doivent faire une nouvelle demande de pension tous les trois ans et donc voir leur cas entièrement réexaminé à chaque fois, afin que l'on puisse déterminer s'ils sont toujours admissibles. Certains pays ont recours à une approche similaire mais moins contraignante : ils octroient les prestations à titre permanent ou pour une durée indéterminée sur le principe, avec néanmoins un examen à intervalles réguliers. Cet intervalle est également souvent de trois ans, en Belgique et en Suède, par exemple.

D'autres pays tels que la République tchèque, la France, la Hongrie, la République slovaque et le Royaume-Uni et la plupart des pays hors Europe ont un système plus souple. Les prestations sont octroyées pour une période de durée variable, déterminée au moment de l'évaluation; lors de chaque réévaluation, la date du prochain examen est fixée. Aux États-Unis, par exemple, la période varie de 6-18 mois si une amélioration de l'état de santé est escomptée à tous les sept ans si aucune amélioration n'est escomptée. D'autres pays ne fixent pas d'emblée un délai de réexamen mais réexaminent les droits à intervalles non réguliers.

Trois questions sont cruciales : premièrement, jusqu'à quel point les réévaluations sont-elles faites sérieusement; deuxièmement, quels sont les critères pris en compte; et, troisièmement, le fait d'avoir un système de pension temporaire influe-t-il sur la probabilité d'octroi d'une prestation?

Sur le premier point, les données montrent qu'en raison de restrictions de ressources, le cas de très nombreuses personnes, dans beaucoup de pays, n'est pas réévalué, ou pas suffisamment en détail. La réévaluation, dans ces cas-là, peut, par exemple, se cantonner au fait de demander au bénéficiaire si son état de santé s'est amélioré. Sur le deuxième point, à savoir les critères de réévaluation, beaucoup de pays utilisent une définition très restrictive selon laquelle le versement des prestations ne peut être reconsidéré ou suspendu que si l'état de santé s'est amélioré. En outre, dans la plupart des cas, il incombe à l'organisme d'indemnisation de prouver que l'état de santé s'est amélioré. C'est pourquoi le fait d'avoir des versements de prestations d'invalidité temporaires soumis à réévaluation est une mesure plutôt inefficace la plupart du temps[5].

Tableau 4.2. **De plus en plus de pays octroient une pension d'invalidité à titre temporaire**

Règles relatives à la durée d'indemnisation et à la réévaluation des droits à une pension d'invalidité

Allemagne	Pension temporaire pendant trois ans maximum si les perspectives d'amélioration sont raisonnables, avec renouvellement répété; les allocations partielles versées à taux plein en raison d'un marché du travail peu dynamique sont toujours temporaires.
Australie	Établissement d'un profil de risques car les examens médicaux sont irréguliers et peu usuels, questionnaire d'évaluation du revenu annuel et des actifs.
Autriche	Pension temporaire pendant deux ans maximum (renouvellement répété), maintien des versements si l'état de santé ne s'améliore pas; pension permanente en cas d'invalidité totale (20-25 % des entrées).
Belgique	Pension accordée pour une durée indéterminée, avec des examens souples (dans la plupart des cas, plusieurs examens de contrôle); pension normalement versée à titre permanent au bout de trois ans.
Canada	Pension, de fait, permanente, avec examen régulier des gains.
Corée	Souplesses des prestations; examen périodique des malades non guéris.
Danemark	Pension permanente si la réadaptation a échoué (sans réévaluation).
Espagne	Pension permanente, mais, en cas d'invalidité temporaire, une indemnité de maladie de longue durée peut être versée pendant une durée maximale de 30 mois (passé ce délai, la pension devient permanente).
États-Unis	Examens périodiques d'admissibilité à une pension permanente menés tous les 6-18 mois si une amélioration de l'état de santé est escomptée; tous les trois ans si une amélioration de l'état de santé est possible; tous les sept ans si aucune amélioration de l'état de santé n'est escomptée (les autorités doivent prouver que l'état de santé s'est détérioré).
Finlande	Pension temporaire soumise à la condition d'un plan de réadaptation et d'une évaluation.
France	Pension temporaire soumise à une réévaluation souple.
Grèce	Pension temporaire; la réévaluation devrait être effectuée à intervalles réguliers; elle pourrait devenir permanente.
Hongrie	Pension temporaire avec périodes de renouvellement (la nécessité de procéder à un réexamen et la date de ce nouvel examen sont déterminées lors de l'examen médical lui-même).
Irlande	Pension permanente de fait.
Italie	Pension permanente pour une invalidité totale et permanente; pension partielle temporaire pendant trois ans maximum en cas d'invalidité partielle (au bout de six ans, la pension devient permanente).
Japon	Pension temporaire; la réévaluation devrait être effectuée à intervalles réguliers.
Luxembourg	Réexamens à intervalles non réguliers en cas d'invalidité temporaire. Pas de réexamen en cas de pension d'invalidité permanente ou d'allocation d'attente.
Mexique	Pension temporaire renouvelable (examens périodiques la première année) en cas de rémission possible; pension normalement versée à titre permanent au bout de deux ans.
Norvège	Pension temporaire, si la situation est susceptible de s'améliorer (avec réévaluation à compter de l'expiration des versements), ou permanente.
Nouvelle-Zélande	Procédure d'examen réglementée; les conseillers en orientation peuvent demander une réévaluation médicale au bout de deux ans ou cinq ans, ou alors s'abstenir de la demander selon les informations médicales.
Pays-Bas	Pension permanente pour les personnes ayant une incapacité totale et permanente. Pension temporaire d'une durée maximale de cinq ans en cas d'invalidité partielle et/ou temporaire. Réévaluation d'office toujours possible (et pas rare) lorsque les critères d'évaluation ont changé.
Pologne	Pension strictement temporaire; à compter de leur expiration (habituellement au bout de trois ans), les versements sont supprimés, les personnes doivent refaire une demande, et leur cas sera entièrement réexaminé comme s'il s'agissait d'une nouvelle demande.
Portugal	Pension permanente mais pas définitive, c'est-à-dire qu'un réexamen est possible à tout moment (ce réexamen est courant après la troisième année d'indemnisation maladie).
République slovaque	Réévaluations à certains intervalles, selon les problèmes de santé.
République tchèque	Pension temporaire avec réévaluation à intervalles réguliers, selon le problème de santé.
Royaume-Uni	Pension généralement temporaire tant que le seuil du programme *Work Capability Assessment* (évaluation de la capacité de travail) est atteint; la fréquence d'examen est évaluée lors de chaque nouvelle évaluation.
Suède	Pension permanente mais soumise à examen tous les trois ans.
Suisse	Pension octroyée tant que les conditions sont remplies, mais un réexamen est possible à tout moment (soit à la demande du bénéficiaire soit d'office).
Turquie	Pension soumise à réexamen selon la requête de l'institution.

Note : Les informations portent sur le principal programme de pension d'invalidité.
Source : Informations fournies par les autorités nationales.

Il est difficile de trancher sur le troisième point. Dans l'ensemble, la plupart des prestations temporaires sont renouvelées ou transformées en prestations permanentes à un certain stade[6]. En principe, donc, si les critères d'admissibilité à une pension temporaire sont moins rigoureux, l'octroi de cette pension peut aller à l'encontre du but recherché et entraîner, de fait, une augmentation des taux de nouveaux bénéficiaires de prestations à long terme et, partant, une réduction de l'offre de main-d'œuvre globale. La Norvège est un bon exemple en la matière car elle n'a instauré les pensions temporaires qu'en 2004 et gère à la fois le régime de prestations temporaires (les prestations étant d'abord octroyées pour une période de un an à quatre ans) et le régime de prestations permanentes (deux tiers des nouvelles demandes étant des demandes de pension permanente). La répartition des taux annuels de nouvelles demandes par groupes d'âge avant et après la réforme, en 2003 et en 2005, montre une forte augmentation du nombre de nouvelles demandes (40-60 %) chez les 20-39 ans (OCDE, 2006). Cela semble indiquer un seuil d'entrée dans les prestations d'invalidité sensiblement plus bas pour ce groupe, ce qui pose un réel problème dans la mesure où la grande majorité des demandes de pension temporaire deviennent, au bout d'un certain temps, des demandes de pension permanente.

Réévaluation ou restriction de l'accès aux prestations pour les jeunes

Au vu de l'expérience norvégienne, les pays ne devraient pas choisir entre un assouplissement des critères d'entrée assorti d'une réévaluation régulière des droits et des critères d'entrée rigoureux sans réévaluation. La question principale porte, néanmoins, sur les critères de réévaluation. Il semble qu'il y ait globalement une discordance, dans de nombreux pays, entre une meilleure prise en compte, lors de la demande, de la capacité de travail résiduelle, d'une part, et le fait que les réévaluations sont toujours assez fortement basées sur des facteurs médicaux, d'autre part. Une amélioration de la capacité de travail sans évolution de l'état de santé pourrait être assez fréquente parce qu'on sait mieux, par exemple, gérer le trouble de l'intéressé – un trouble mental, par exemple – ou qu'on a appris à optimiser les conditions de travail.

Cette discordance des critères de réévaluation est particulièrement préoccupante par rapport aux jeunes bénéficiaires, qui percevront souvent une pension d'invalidité pendant plusieurs décennies. Les jeunes bénéficiaires n'ont généralement pas assez d'expérience professionnelle et sont, en moyenne, moins diplômés; de fortes mesures de réintégration assorties d'obligations de participation sont donc fondamentales pour les aider à intégrer le marché du travail. À cet égard, on se rend compte de plus en plus que le fait d'octroyer trop tôt dans la vie une prestation est contre-productif. Le Danemark a récemment envisagé de remplacer la pension d'invalidité pour les jeunes par un régime plus actif. Les récentes réformes du régime d'invalidité spécialement dédié aux jeunes, aux Pays-Bas, vont dans le même sens :

- Étant donné l'augmentation rapide du nombre d'entrées dans la pension d'invalidité chez les jeunes, la réforme récemment instaurée aux Pays-Bas vise à mieux exploiter le potentiel de travail de grand nombre de ces demandeurs. Le système est désormais divisé en deux phases : les 18-27 ans bénéficient d'un « plan de participation » obligatoire, travaillent ou étudient en bénéficiant d'une subvention salariale ou d'une bourse d'études, avec une aide à la recherche d'emploi et un encadrement soutenus. C'est seulement à l'âge de 27 ans qu'une évaluation finale est menée pour établir leur degré d'invalidité (c'est-à-dire le degré de perte de capacité de gains par rapport au revenu minimum).
- Dans le cadre du budget 2010-11, le gouvernement australien finance un essai de deux ans qui permet aux jeunes handicapés d'accéder aux services pour l'emploi des

handicapés directement par le biais d'un programme de transition vers l'emploi, ou dans les 12 mois qui suivent la fin de leurs études sans qu'une nouvelle évaluation ou d'autres interventions intermédiaires soient nécessaires.

- En Norvège, le dispositif *Qualification Programme and Benefit* mis en place en 2009 vise à améliorer la qualification des jeunes peu diplômés et/ou ayant peu d'expérience professionnelle.

Les prestations d'invalidité octroyées à un très jeune âge semblent, de fait, entraîner les personnes handicapées dans la dépendance aux prestations. Les écarts entre pays de l'OCDE dans les taux de bénéficiaires de l'invalidité chez les 20-34 ans sont marqués, les taux variant de moins de 0.5 % de la population correspondante dans les pays exigeant une expérience professionnelle pour accéder aux principaux programmes d'invalidité (Autriche, Allemagne, par exemple) à 3-4 % dans des pays tels que les Pays-Bas ou le Royaume-Uni.

Réévaluation ou suspension des prestations à long terme

Hormis le fait que les réévaluations sont davantage axées sur l'aspect médical que les évaluations initiales, un autre problème se pose : la plupart des pays interdisent de procéder à des réévaluations sur la base de nouveaux critères d'accessibilité tels qu'un nouveau seuil d'entrée minimum ou de nouveaux critères ou de nouvelles procédures d'évaluation. Pour convaincre les parties prenantes d'accepter une réforme plus vaste, plusieurs pays tels que l'Australie ont décidé de maintenir les droits existants, c'est-à-dire d'appliquer les nouvelles règles aux seuls nouveaux demandeurs, sans toucher aux droits existants. C'est regrettable dans la mesure où cela emprisonne les allocataires existants dans les prestations à long terme et les empêche de saisir certaines occasions qui s'offrent à eux. Seul un groupe très restreint de pays a, à un moment ou à un autre, procédé à une réévaluation à grande échelle de la situation de nombreux allocataires. En Pologne, en 2004, une vaste série de réformes a été proposée, comprenant un plan de réévaluation de toutes les demandes de personnes de moins de 50-55 ans (femmes/hommes) ; cependant, ces réformes n'ont été adoptées qu'en partie, et la réévaluation a été abolie par le Parlement. Les réévaluations à grande échelle menées aux Pays-Bas sont éclairantes.

- Les Pays-Bas ont souvent réévalué la situation de certains de leurs allocataires suite à une vaste réforme. Dans les années 2005-09, suite à de nouvelles règles d'admissibilité aux prestations, l'ensemble des bénéficiaires de moins de 45 ans ont vu leur situation réévaluée en vertu de ces nouvelles règles. Pas moins de 40 % d'entre eux, et notamment les plus jeunes, ont été considérés comme aptes au travail ou comme présentant une plus faible incapacité qu'auparavant. Une étude qui a suivi un grand nombre de bénéficiaires ayant fait l'objet d'une réévaluation indique qu'un tiers d'entre eux environ travaillent après 18 mois, une aide spéciale à la réintégration étant partiellement proposée à ce groupe.

Même si l'on constate que la réévaluation peut se révéler très efficace, plusieurs autres pays ont préféré aider les bénéficiaires à essayer de travailler. Pour rendre cette option plus séduisante, des règles de suspension des prestations (ou *linking rules*, comme on les appelle au Royaume-Uni) permettant aux bénéficiaires de tenter de travailler sans perdre leurs droits aux prestations et sans avoir à refaire une demande sont appliquées et étendues. La suspension des prestations est désormais possible pendant deux ans, voire plus, dans des pays tels que l'Australie, le Canada, la Finlande, la Norvège, le Royaume-Uni et les États-Unis. Le Canada propose également une procédure de demande accélérée dans les cinq ans. Le Danemark et la Suède sont récemment allés plus loin en permettant aux allocataires de cesser de travailler et de percevoir de nouveau leur pension d'invalidité à

tout moment et sans réévaluation pour les aider à surmonter leurs craintes éventuelles de perdre leurs droits suite à leur tentative de réintégrer le marché de l'emploi.

Étant donné les économies budgétaires importantes à attendre des sorties des prestations, il n'y a pas de bon argument en faveur d'une quelconque limite dans le temps des règles de suspension des prestations. Toutefois, il y a une contradiction inhérente avec l'adoption, dans plusieurs pays de l'OCDE, de droits temporaires soumis à une réévaluation complète à intervalles périodiques. Les pays ne peuvent pas facilement encourager les bénéficiaires à essayer de travailler tout en leur annonçant que leur cas sera entièrement réévalué lorsqu'ils souhaiteront percevoir de nouveau leurs prestations. Ce problème pourrait être résolu de deux manières, impliquant chacune des inégalités entre les groupes de bénéficiaires. La première solution consisterait à orienter les nouveaux demandeurs vers des prestations provisoires tout en permettant la suspension sans limite de durée des prestations, sans réévaluation, pour les allocataires existants. Cette démarche pourrait être la meilleure pour les pays ne souhaitant pas réexaminer le cas de l'ensemble des bénéficiaires existants selon les nouveaux critères. La seconde solution consisterait à renforcer la réévaluation de certains groupes plus proches du marché du travail, par exemple tous les allocataires de moins de 45 ans, et à proposer parallèlement des règles de suspension généreuses à ceux dont les chances de retourner un jour à l'emploi sont moins probables.

4.3. Rendre le travail intéressant financièrement en réformant le système d'imposition et de prestations

L'un des plus grands défis que les gouvernements doivent relever est celui de la réforme optimale des systèmes d'imposition et d'indemnisation des personnes handicapées afin de leur proposer les incitations financières appropriées pour qu'elles travaillent et restent dans l'emploi et pour encourager leur effort de travail. Outre les réformes relatives à la manière dont les régimes d'invalidité et de chômage évaluent, réévaluent et gèrent la capacité de travail partielle, le travail doit être intéressant financièrement. Cette section est axée sur les incitations financières proposées par les systèmes d'imposition et d'indemnisation des pays de l'OCDE en direction des travailleurs atteints de problèmes de santé pour leur maintien dans l'emploi ou pour augmenter leur temps de travail.

Niveau adéquat et générosité des prestations d'invalidité

Un choc négatif sur le plan de la santé est un facteur essentiel de transition de l'emploi vers le handicap, mais les chances de garder son emploi après la survenue d'un problème de santé sont très variables selon les pays et les groupes sociodémographiques. Un argument constamment avancé pour expliquer ces disparités est la *générosité* des systèmes d'indemnisation. Des prestations généreuses et facilement accessibles peuvent amoindrir la volonté de travailler des personnes souffrant de problèmes de santé. Elles peuvent aussi accroître la probabilité, notamment chez les chômeurs de longue durée, de chercher à percevoir une prestation généralement considérée comme permanente (OCDE, 2003). De même, les prestations d'invalidité, qui sont relativement plus généreuses que les autres modes de complément de revenu, peuvent plus généralement attirer les personnes d'âge actif confrontées à des difficultés sur le marché du travail.

Combien perçoivent les personnes qui ont droit à une pension d'invalidité?

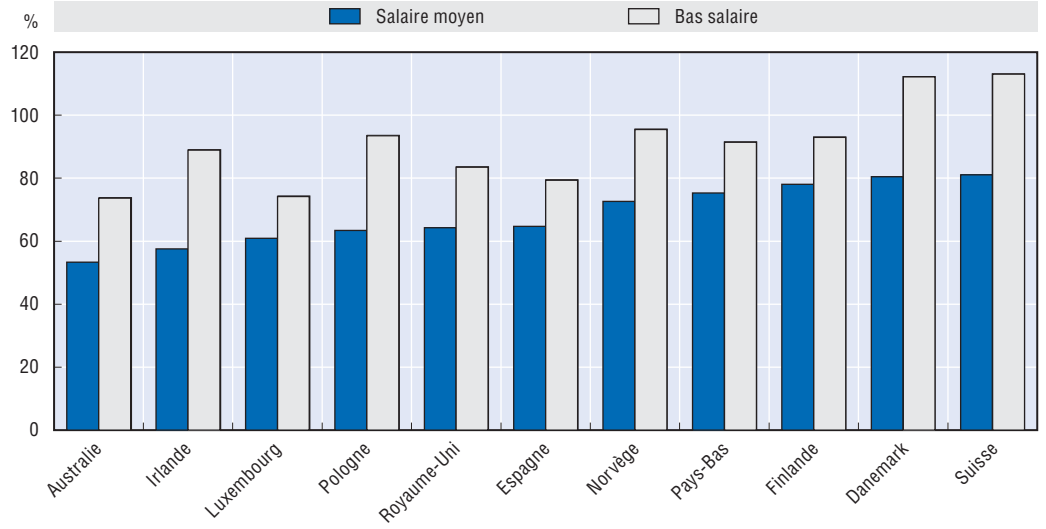
Un *taux de remplacement net* (TRN) faible pour une personne qui devient totalement inapte au travail alors qu'elle était pleinement engagée dans sa vie professionnelle peut susciter des

inquiétudes sur les risques de paupérisation et d'exclusion sociale, surtout si cette personne a des enfants à élever[7]. Cependant, la plupart des personnes ayant une incapacité ne sont pas totalement inaptes au travail mais souffrent de problèmes de santé qui réduisent leurs chances de rester sur le marché du travail. En cas de TRN approchant voire excédant 100 %, les régimes d'invalidité peuvent constituer une solution de substitution à l'emploi attrayante, non seulement pour les salariés confrontés à des problèmes mais aussi pour les employeurs cherchant à aménager leurs effectifs sans susciter de mécontentement.

Les TRN assurés par les principaux régimes d'invalidité des pays examinés sont généralement très élevés, en particulier pour les bas salaires – les taux de remplacement étant de l'ordre de 70 % à 110 % (graphique 4.2)[8]. Les TRN sont habituellement de 15-30 points de pourcentage inférieurs pour les revenus moyens, de l'ordre d'un peu plus de 50 % en Australie à 80 % au Danemark et en Suisse. Le fait que les TRN sont plus élevés pour

Graphique 4.2. **Les taux de remplacement nets sont souvent élevés, en particulier pour les rémunérations antérieures faibles**

Indice synthétique des TRN des principaux régimes d'invalidité pour six types de familles et deux niveaux de revenu[a, b, c]



a) Les données pour l'Australie, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni portent sur 2005; celles pour le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas sur 2006; celles pour la Norvège, la Pologne et la Suisse sur 2008. Les pays sont classés en ordre croissant selon leur indice synthétique de TRN pour les rémunérations antérieures faibles.

b) Les calculs tiennent compte des prestations en espèces (prestations d'aide sociale, allocations au titre du logement et de la famille, par exemple) ainsi que des impôts sur le revenu et des cotisations de sécurité sociale obligatoires. Les indices synthétiques sont calculés pour une personne de 40 ans ayant un historique de gains complet depuis l'âge de 18 ans et sont des moyennes non pondérées par rapport au principal ou aux principaux régime(s) d'invalidité du pays et à six types de familles [célibataires, couples mariés avec un seul revenu, couples mariés avec deux revenus où l'un des conjoints perçoit 67 % du salaire moyen (salaire moyen d'un ouvrier dans le cas de l'Irlande); chaque fois avec et sans enfants]. Les enfants ont entre quatre et six ans, les allocations de garde d'enfants et les frais de garde ne sont pas pris en compte. Une personne à revenu antérieur faible est une personne qui percevait auparavant 40 % du salaire moyen national (ou le salaire minimum national, si ce dernier est plus élevé; comme c'était le cas en Australie et en Irlande l'année considérée).

c) Les « principaux » régimes d'invalidité couverts par les résultats du modèle sont la pension d'invalidité (*Disability Support Pension*), pour l'Australie; la pension d'invalidité (*Invalidity Pension*) et l'allocation d'invalidité (*Disability Allowance*), pour l'Irlande; la prestation d'invalidité, pour le Luxembourg et la Suisse; la prestation d'invalidité totale et partielle, pour la Pologne; la prestation pour incapacité de longue durée (*Long-term Incapacity Benefit*) et la garantie de revenu avec prime pour incapacité (*Income Support with Disability Premium*), pour le Royaume-Uni; la prestation pour incapacité partielle, pour l'Espagne; la prestation d'invalidité à titre permanent et temporaire, pour la Norvège; la prestation d'invalidité à taux plein (WGA), pour les Pays-Bas; la pension d'invalidité, pour la Finlande et le Danemark.

Source : Module spécial du modèle impôts-prestations de l'OCDE. Informations communiquées par les autorités nationales.

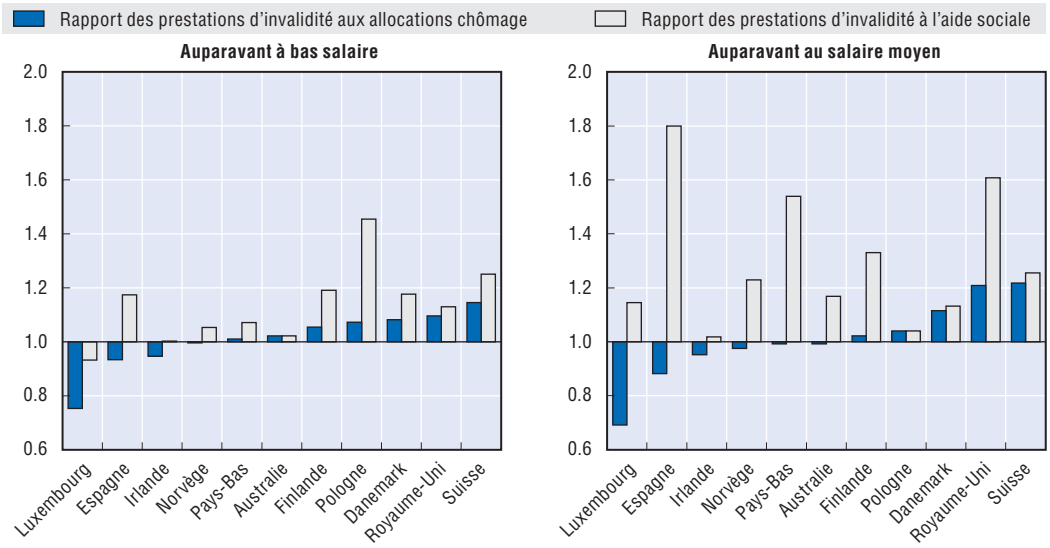
les bas salaires est dû à l'interaction avec d'autres prestations, et notamment les allocations logement et les prestations d'aide sociale, les critères de revenu et les taux d'imposition. Dans deux pays, les TRN pour les bas salaires dépassent même 100 % en raison du versement d'allocations générales au titre de la famille, mais aussi d'un complément spécial pour enfants à charge dans le cadre du régime d'invalidité, comme c'est le cas en Suisse, et de prestations d'aide sociale et d'allocations logement, comme au Danemark. Les estimations du modèle présenté sur le graphique 4.2 ne tiennent pas compte des prestations en espèces ni des prestations en nature individualisées telles que les soins médicaux gratuits pour les allocataires du régime d'invalidité en Irlande, qui peuvent augmenter encore la « valeur nette » des prestations d'invalidité pour certains bénéficiaires.

Comment la pension d'invalidité se compare-t-elle aux autres prestations pour les personnes d'âge actif?

Dans la plupart des pays, la majorité des personnes qui accèdent à une pension d'invalidité (habituellement 50-90 %) se voient octroyer cette prestation après avoir perçu des indemnités de maladie pendant une certaine période. D'autres se retrouvent d'abord au chômage, et deviennent souvent des chômeurs de longue durée suite à la survenue d'un problème de santé avant de bénéficier d'une pension d'invalidité. Il est donc intéressant de comparer les taux de remplacement nets du revenu résultant des prestations d'invalidité et des autres principaux dispositifs de garantie de revenu dédiés à la population d'âge actif. Le graphique 4.3 compare les taux de remplacement nets résultant des régimes de l'invalidité, du chômage et de l'aide sociale. De nouveau, un indicateur synthétique est utilisé pour prendre en compte la diversité des régimes et des situations familiales.

Graphique 4.3. **Les prestations d'invalidité sont supérieures aux prestations d'aide sociale mais sont comparables aux indemnités de chômage**

Indice synthétique des taux de remplacement nets résultant des prestations d'invalidité, des indemnités de chômage et des prestations d'aide sociale[a, b]



a) Les données pour l'Australie, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni portent sur 2005; celles pour le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas sur 2006; celles pour la Norvège, la Pologne et la Suisse sur 2008. Sur chaque graphique, les pays sont classés selon le ratio prestations d'invalidité/indemnités de chômage.

b) Pour les spécifications techniques, voir les notes b et c du graphique 4.1.

Source : Module spécial du modèle impôts-prestations de l'OCDE. Informations communiquées par les autorités nationales.

Dans l'ensemble, les prestations d'invalidité semblent plus généreuses que les prestations d'aide sociale mais très comparables aux indemnités de chômage. Excepté chez les personnes à rémunération antérieure faible au Luxembourg, les TRN résultant des prestations d'invalidité sont toujours supérieurs à ceux résultant de l'aide sociale classique (le ratio étant supérieur à l'unité). La différence de niveau d'indemnisation est particulièrement importante chez les personnes à rémunération antérieure moyenne, les taux de remplacement nets du revenu résultant des prestations d'invalidité étant plus de 50 % supérieurs à ceux résultant de l'aide sociale en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Par contre, les indemnités de chômage sont *supérieures* aux prestations d'invalidité dans près de la moitié des pays étudiés, mais la différence est souvent négligeable. Ainsi, l'attrait pour les prestations d'invalidité plutôt que les indemnités de chômage n'est pas dû, en général, à des niveaux d'indemnisation plus élevés mais plutôt à d'autres caractéristiques du régime de prestations d'invalidité telles que l'absence d'obligation de travail et d'activation et donc le caractère plus permanent des prestations.

Éviter les phénomènes de trappe

Les allocataires des régimes d'invalidité qui entrent sur le marché du travail n'ont généralement plus droit à tout ou partie de leurs prestations. La manière dont ces prestations sont progressivement supprimées peut être décisive pour déterminer si, financièrement, il est intéressant ou non de travailler. Les charges fiscales élevées qui pèsent sur les revenus sont un autre facteur de réduction des revenus du travail. Pour les personnes ayant une capacité de travail résiduelle, l'effet net sur le revenu, c'est-à-dire le pourcentage de gains qui sont annulés par la fiscalité, de par le jeu conjugué de la réduction des prestations et de l'augmentation des prélèvements, sera donc crucial avant d'envisager une reprise d'emploi ou une augmentation du temps de travail. Ces incitations et contre-incitations financières liées au régime d'imposition/d'indemnisation d'un pays peuvent être mesurées grâce au taux effectif moyen d'imposition (TEMI) – lorsqu'il y a reprise d'emploi – ou au taux marginal effectif d'imposition (TMEI) – lorsqu'il y a augmentation du volume d'heures travaillées.

Est-il financièrement intéressant de travailler?

Dans la moyenne des pays analysés, l'allocataire d'une pension d'invalidité qui reprend un emploi à temps plein de 40 heures perd, en moyenne, près de 60 centimes sur chaque euro que lui rapporte cet emploi en raison des prélèvements assis sur le travail et de la suppression progressive des prestations. L'Espagne a le taux d'imposition effectif le plus bas dans toute la gamme de gains – 24 % pour les personnes à revenu moyen – dans la mesure où les gains peuvent être cumulés avec les prestations d'invalidité sans limite et sans diminution progressive et où ce revenu combiné est faiblement imposé. Les TEMI sont cependant beaucoup plus élevés dans un certain nombre de pays et pour certains volumes d'heures travaillées, ce qui crée de fortes contre-incitations à la reprise d'emploi. C'est le cas de la Finlande (si la personne travaille plus de 16 heures par semaine), de l'Irlande (moins de 20 heures), des Pays-Bas (quel que soit le nombre d'heures travaillées) et du Royaume-Uni (pour les emplois à temps partiel), où les TEMI sont de l'ordre de 80 %, voire plus (graphique 4.4)[9]. Ces taux d'imposition effectifs élevés sont dus soit à la suppression totale des prestations d'invalidité à partir du moment où le revenu ou le volume d'heures travaillées dépasse un maximum autorisé, soit à des impôts sur le revenu et des cotisations de sécurité sociale élevés.

Les prestations d'activité sont l'un des instruments utilisés depuis peu pour accroître les gains financiers du retour au travail. Un certain nombre de pays ont mis en place ces prestations pour compléter les gains obtenus à certains niveaux de revenu ou en contrepartie d'un nombre minimum d'heures. Cette mesure peut être utilisée pour réduire les TEMI et motiver les groupes dont les incitations au travail ou les perspectives d'emploi sont particulièrement peu encourageantes :

- En Irlande, lorsque les bénéficiaires de prestations d'invalidité reprennent un emploi à raison d'au moins 20 heures, leur TEMI passe de près de 100 % à environ 45 % pour les personnes qui percevaient un salaire moyen (et à pas plus de 20 % pour les personnes qui percevaient un bas salaire – non repris sur le graphique) grâce à l'allocation de retour à l'emploi (*Back-to-Work Allowance*). L'allocation est progressivement supprimée sur une période de quatre ans.
- Au Canada, la prestation fiscale pour le revenu de travail (PFRT), un complément de revenu pour les bas salaires et le supplément pour les personnes handicapées en cas de grave incapacité ont réduit le TMEI de plus de 20 % à certains niveaux de revenu allant jusqu'à un travail à plein-temps pour les bas salaires.

Les prestations d'activité existent aussi dans d'autres pays tels que la Finlande et le Royaume-Uni, mais elles jouent un rôle plus limité, et le taux d'imposition effectif reste élevé[10].

Les personnes qui travaillent plus d'heures sont-elles récompensées?

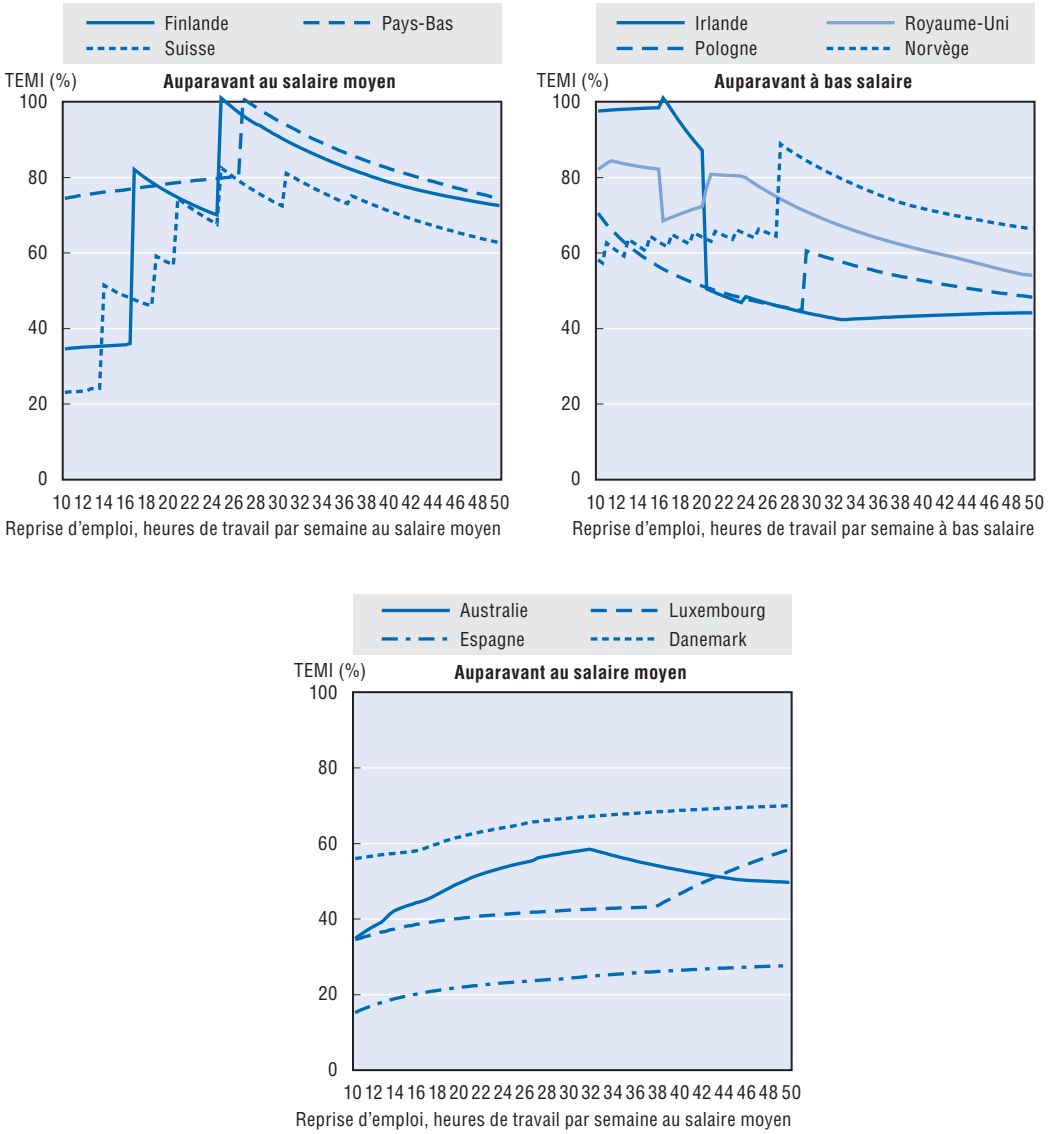
Une question légèrement différente se pose pour les personnes *travaillant déjà*, qui perçoivent une pension d'invalidité (partielle) et envisagent d'accroître leur temps de travail hebdomadaire. L'analyse de 11 pays de l'OCDE visant à déterminer les conséquences financières de l'augmentation du nombre d'heures travaillées par tranches de dix heures permet d'aboutir aux conclusions suivantes.

- Il y a plusieurs « zones », dans la plupart des pays, où l'intérêt financier qu'il y a à travailler davantage est limité, les TMEI qui en résultent dépassant les 100 %. En ce cas, les personnes sont encouragées à rester dans la même situation, quand bien même elles souhaiteraient être plus actives, leur état de santé s'étant amélioré, par exemple. Ces « trappes à bas salaires » apparaissent, souvent, lorsqu'il y a suspension des prestations d'invalidité, et elles sont généralement plus fréquentes et plus prononcées pour les bas salaires.
- En Irlande et au Royaume-Uni, en revanche, le fait de reprendre le travail un ou deux jours par semaine n'est pas intéressant financièrement car les prestations d'invalidité sont suspendues et les prestations liées à l'exercice d'une activité ne sont pas encore prévues pour cette tranche de revenu[11]. En Irlande, les prestations d'activité substantielles incitent fortement les bas salaires à travailler à temps partiel, avec un TMEI très négatif.
- Au Danemark, au Luxembourg et en Espagne, les taux d'imposition effectifs sont stables quel que soit le nombre d'heures travaillées, ce qui reflète la suppression progressive des prestations d'invalidité au Danemark et au Luxembourg et la possibilité de cumuler sans limite les prestations d'invalidité et les gains en Espagne.

Dans l'ensemble, les incitations à reprendre le travail ou à augmenter le nombre d'heures travaillées varient énormément à la fois selon les pays et selon les niveaux de revenu (antérieurs) et le nombre d'heures travaillées dans chaque pays. L'interaction entre la suppression (progressive) des prestations et l'augmentation des prélèvements engendre, dans la plupart des pays, une série de situations où le fait de travailler ou de travailler plus est peu intéressant financièrement.

Graphique 4.4. **La reprise du travail n'est pas toujours intéressante financièrement, mais les disparités entre les pays sont importantes**

Taux effectif moyen d'imposition pour une personne seule de 40 ans percevant une pension d'invalidité, en pourcentage des gains[a, b]



a) Le taux effectif moyen d'imposition (TEMI) est le pourcentage de gains qui sont annulés par la fiscalité, de par l'augmentation des prélèvements et la réduction des prestations, en cas de reprise du travail. Le TEMI est estimé pour une personne seule de 40 ans ayant un historique de gains complet depuis l'âge de 18 ans, rémunérée au niveau du salaire moyen (salaire moyen d'un ouvrier dans le cas de l'Irlande) avant son handicap. La personne est censée percevoir une pension d'invalidité (partielle), si une telle prestation existe, et reprendre un emploi au même niveau de rémunération mais avec une durée de travail allant de 10 à 50 heures par semaine.

b) Les données pour l'Australie, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni portent sur 2005; celles pour le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas sur 2006; celles pour la Norvège, la Pologne et la Suisse sur 2008.

Source : Module spécial du modèle impôts-prestations de l'OCDE. Informations communiquées par les autorités nationales.

4.4. Conclusion

Les pays prennent peu à peu conscience de l'effet « handicapant » de leur régime de prestations d'invalidité et commencent à aborder certains aspects à l'origine de l'octroi généralisé de prestations d'invalidité. En particulier, de nombreux pays préfèrent désormais s'efforcer de prendre en compte la capacité de travail résiduelle comme critère d'admissibilité aux prestations plutôt que de se concentrer exclusivement sur l'identification du handicap. En outre, un certain nombre de pays de l'OCDE prennent des initiatives visant à aider les personnes à exploiter leur capacité résiduelle. Néanmoins, les pays doivent encore redoubler d'efforts pour transformer des régimes d'indemnisation aujourd'hui encore relativement passifs, dans la plupart des cas, en instruments de promotion de l'emploi.

Trois grands points faibles subsistent, le plus souvent. D'abord, la démarche d'activation appliquée par les régimes d'indemnisation du chômage est très différente de la démarche des régimes d'invalidité. Les attentes trop limitées du côté des bénéficiaires (potentiels) et l'absence d'obligation de participation, ou une trop grande souplesse dans l'application, vont souvent à l'encontre des aides renforcées à l'emploi et à l'employabilité mises en place. Ensuite, l'évolution des critères d'admissibilité et des procédures d'évaluation ne se reflète pas encore dans une évolution analogue concernant les procédures de réévaluation et le renouvellement de l'admissibilité. Il y a là une occasion qui a été manquée, ce qui contribue à enfermer les bénéficiaires dans la dépendance à l'égard des prestations à long terme. Enfin, le travail n'est pas intéressant financièrement pour tous les bénéficiaires (ou demandeurs) d'une pension d'invalidité, avec de grandes disparités en termes d'incitations au travail non seulement entre les pays mais aussi, à l'intérieur des pays, entre groupes de revenu.

Notes

1. Toutefois, cette règle générale n'a pas toujours été en vigueur. La Finlande applique un principe différent et accorde aux intéressés un *droit légal* à la réadaptation professionnelle.
2. Dans le cadre de certaines opérations pilotes, *Pathways to Work* a été étendu, à titre obligatoire, à certaines personnes déjà clientes du régime d'incapacité; dans un premier temps, aux personnes ayant demandé l'allocation dans les deux années précédant la mise en place de *Pathways* et, dans un second temps, aux personnes devenues allocataires jusqu'à six ans auparavant.
3. Les personnes handicapées, accidentées ou malades peuvent solliciter les services pour l'emploi des handicapés, qui les aideront à trouver un emploi en adéquation avec leur capacité de travail. En outre, selon leurs revenus, elles peuvent continuer de percevoir un complément de revenu partiel à titre permanent.
4. En Norvège et dans les autres pays nordiques, ces personnes perçoivent souvent, pendant longtemps, des prestations de réadaptation selon le principe « la réadaptation *prime* la rente ». Avec l'allongement de cette période de prestations, le retour au travail devient de plus en plus difficile.
5. À ce propos, l'exemple des États-Unis est intéressant. L'obligation, instaurée au début des années 1980, de procéder à des réexamens périodiques des cas d'invalidité (*continuing disability reviews – CDR*) sur la base de l'état de santé du moment s'est heurtée à de vives difficultés. Les États s'inquiétaient des conséquences financières car de nombreuses personnes dont les prestations d'invalidité seraient supprimées étaient susceptibles de se rabattre sur les prestations d'aide sociale financées par les États. Par ailleurs, les bénéficiaires et les juges administratifs craignaient que les décisions préalables en matière d'invalidité ne soient remises en cause. En 1981, il a été décidé que les prestations d'invalidité octroyées à une personne ne pouvaient pas être supprimées sur la base d'arguments médicaux en l'absence de constatation que l'invalidité avait précédemment été établie sur des bases visiblement erronées ou de preuve d'une amélioration de l'état de santé suffisante pour permettre d'établir que l'intéressé ne présentait plus de handicap (Derthick, 1990).

6. Même en Pologne, qui a théoriquement le régime de prestations temporaires le plus rigoureux, moins de 10 % des prestations réévaluées sont supprimées, ce qui correspond à 2.5 % du nombre de cas pris en charge quelle que soit l'année (OCDE, 2006).
7. Le taux de remplacement net rend compte de l'évolution du revenu d'une personne qui passe d'un travail rémunéré à l'inactivité. C'est donc un indicateur à la fois du niveau adéquat et de la générosité des prestations d'invalidité. Le TRN prend en compte l'impôt sur le revenu et les cotisations de sécurité sociale à payer ainsi que les autres allocations auxquelles la personne ou le ménage peut avoir droit, y compris, par exemple, les allocations au titre de la famille et du logement.
8. Pour évaluer la générosité des prestations d'invalidité dans les différents pays, un indice synthétique des taux de remplacement nets est créé, qui prend en compte les différents types de régimes et de situations familiales. Cet indice n'est pas destiné à prendre en compte la fréquence relative de tel ou tel type de situation familiale ou de régime dans un pays, mais doit être considéré comme un indicateur synthétisant les principaux régimes d'invalidité en vigueur.
9. Le graphique 4.4 montre le TEMI pour le principal régime d'invalidité des pays et pour une personne célibataire de 40 ans qui percevait le salaire moyen. La personne est censée reprendre un emploi au même niveau de rémunération mais avec un horaire de travail différent. Un TEMI élevé indique que la transition vers l'emploi se traduit par une augmentation limitée ou nulle du revenu net.
10. La Finlande offre une prestation subordonnée à l'emploi sous la forme d'une « allocation de revenu d'activité ». Cette aide est accessible à toutes les personnes qui reprennent un travail, mais la Finlande propose également une exonération fiscale spéciale et un crédit d'impôt ciblé pour les personnes présentant une incapacité.
11. Les prestations d'activité sont versées à partir de 16 heures de travail par semaine au Royaume-Uni (*Working Tax Credit* et *Return-to-Work Credit*) et 20 heures en Irlande (*Back-to-Work Allowance*).

Bibliographie

Bewley, H., R. Dorsett et S. Salis (2009), « The Impact of Pathways to Work on Work, Earnings and Self-reported Health in the April 2006 Expansion Areas », rapport de recherche n° 601, Department for Work and Pension, Londres.

Blyth, B. (2006), « Incapacity Benefit Reforms – Pathways to Work Pilot Performance and Analysis », document de travail n° 26, Department for Work and Pensions, Londres.

Campbell, A. et J. Ogden (2006), « Why Do Doctors Issue Sick Notes? An Experimental Questionnaire Study in Primary Care », *Family Practice*, n° 23, pp. 125-130.

Derthick, M. (1990), *Agency Under Stress. The Social Security Administration in American Government*, Brookings Institution Press, Washington.

Hunt, D.G., O.A. Zuberbier *et al.* (2002), « Are Components of a Comprehensive Medical Assessment Predictive of Work Disability After an Episode of Occupational Low Back Trouble? », *Spine*, vol. 27, n° 23, pp. 2715-2719.

Lalive, R. et J. Zweimüller (2002), « Benefit Entitlement and Unemployment Duration: The Role of Policy Endogeneity », document de travail du CEPR, n° 3363, Londres.

OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.

OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 1) : Norvège, Pologne, Suisse*, Paris.

OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 2) : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni*, Paris.

OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 3) : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Paris.

OCDE (2009), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sweden: Will the Recent Reforms Make it?*, Paris.

Reijenga, F. A., T. J. Veerman et N. van den Berg (2004), *Onderzoek Évaluatie Wet verbetering Pootwachter*, Den Haag.

Chapitre 5

Implication des employeurs et des médecins

Les employeurs jouent un rôle essentiel dans la prévention des problèmes de santé au travail et dans l'accélération de la reprise du travail des personnes en arrêt maladie. Ce chapitre présente des exemples de bonnes pratiques observées dans différents pays de l'OCDE, qui associent de façon efficace responsabilité des employeurs et aides à ces derniers, notamment par le biais d'un renforcement des incitations financières en faveur du maintien du salarié à son poste. Il tente aussi de répondre à la question de savoir comment mettre en place un ensemble de mesures équilibré pour promouvoir l'emploi des personnes présentant des problèmes de santé ou une incapacité, par le biais à la fois du maintien dans l'emploi et du recrutement. Enfin, il est également traité du rôle essentiel des médecins généralistes au tout début de la période d'arrêt maladie, ainsi que des moyens de les sensibiliser à l'importance qu'il convient de donner à l'emploi dans leur pratique en matière d'arrêts maladie.

Accroître la demande de main-d'œuvre en direction des travailleurs qui présentent des problèmes de santé ou une incapacité est un défi majeur pour les pouvoirs publics. Même bien conçues, les mesures destinées à inciter cette catégorie de salariés à travailler et les mesures prises par les pouvoirs publics pour en favoriser l'emploi et en améliorer l'employabilité ne suffiront pas. Les employeurs ont un rôle important à jouer eux aussi. Avec les professions médicales et les représentants du personnel, ils sont en mesure d'exercer une influence stratégique sur le parcours des salariés présentant des problèmes de santé avant que ces derniers ne soient exclus du marché du travail. Toutefois, les importantes obligations des employeurs à l'égard des personnes présentant une maladie chronique ou une incapacité, auxquelles s'ajoutent les inquiétudes sur les coûts de l'absentéisme et ses répercussions sur la productivité de l'entreprise, peuvent être un frein à l'emploi.

Les pouvoirs publics sont confrontés à un défi important : prendre des mesures qui favorisent le maintien à leur poste des personnes à capacité de travail réduite, mais pas au point de décourager, parallèlement, le recrutement de salariés de ce type ou présentant un problème de santé chronique ou d'invalidité. Une certaine flexibilité du marché du travail est donc nécessaire pour tenir compte aussi bien des besoins particuliers de ces salariés que des responsabilités importantes que doivent endosser les employeurs pour proposer un lieu de travail sûr et sans risque pour la santé, et pour éviter les arrêts maladie et les incapacités de travail qui entraînent l'entrée dans un régime d'invalidité. À cette fin, les médecins chargés d'évaluer la maladie et l'incapacité de travail, qui filtrent l'accès au système de prestations, doivent se voir confier des responsabilités et recevoir des consignes plus claires.

5.1. Renforcer les mesures incitant les employeurs à conserver leurs salariés ayant des problèmes de santé

Les mesures de prévention sur le lieu de travail aideront les salariés ayant des problèmes de santé mais qui occupent un emploi, qu'ils soient en arrêt maladie ou non, à conserver leur poste et aideront à éviter l'entrée de ces travailleurs dans le régime d'invalidité. Les employeurs, soutenus par les représentants du personnel, sont particulièrement bien placés pour éviter que ces problèmes de santé n'entraînent une dégradation plus importante de la santé et une incapacité à travailler et, à terme, la sortie du marché du travail. Ils sont en effet parmi les premiers à percevoir les signes avant-coureurs d'une telle évolution et, connaissant les aptitudes et les atouts du salarié, ils sont aussi les mieux placés pour prendre des mesures adaptées.

Des obligations et des incitations financières sont nécessaires parce que les employeurs sont très sensibles au coût du travail. Ils se disent souvent qu'il est dans leur intérêt de laisser un salarié qui a des antécédents de maladie quitter son travail et bénéficier d'un revenu de remplacement pris en charge par l'État, pour le remplacer par un travailleur en meilleure santé. De nombreux employeurs ont l'impression qu'il est moins cher de recruter et de

former un nouveau salarié que de garder un salarié malade et de procéder aux ajustements et aux aménagements nécessaires de son poste de travail pour préserver la productivité de l'entreprise. Par conséquent, un certain nombre de pays de l'OCDE se sont engagés dans un rééquilibrage de la politique de la carotte et du bâton de façon à ce qu'il soit dans l'intérêt de l'employeur de maintenir les salariés malades en poste.

Un environnement de travail favorable à la santé

Le degré d'implication des employeurs vis-à-vis de la maladie et de la réintégration de leurs salariés, leurs responsabilités vis-à-vis de ces derniers et les aides dont ils bénéficient pour s'acquitter de ces tâches varient considérablement d'un pays à l'autre (tableau 5.1). En résumé, la situation est la suivante. Premièrement, dans la plupart des pays, aujourd'hui, les employeurs sont tenus d'aménager le poste ou le lieu de travail tant que la dépense liée à ces aménagements se situe dans des limites raisonnables; toutefois, cette exigence est mise en œuvre de façon assez variable. Deuxièmement, la plupart des employeurs, dans les pays de l'OCDE, sont tenus, en vertu de la loi, de conventions collectives ou d'accords d'entreprise, de prendre en charge les coûts liés à l'arrêt de travail durant une certaine période. Toutefois, la durée de cette période et la part du salaire à verser varient considérablement d'un pays à l'autre. Troisièmement, dans quelques pays seulement, les employeurs sont assujettis à des obligations particulières, mais très contraignantes, pour réintégrer un salarié en arrêt maladie. Quatrièmement, les règles relatives au licenciement varient beaucoup d'un pays à l'autre. En effet, dans certains pays, il est beaucoup plus difficile de licencier un salarié malade qu'un salarié en bonne santé. Dans d'autres pays, ces dispositions sont plus souples puisqu'elles autorisent le licenciement pour cause de maladie, bien que cela nécessite parfois l'accord de l'autorité publique.

Des obligations renforcées pour l'employeur

Quelques pays se distinguent des autres par certaines obligations légales incombant aux employeurs, qui dépassent l'aménagement global du travail ou du poste de travail, difficile à mettre en œuvre dans la pratique. Bien que ces obligations spécifiques n'aient pas été évaluées, elles sont plus susceptibles de permettre aux salariés ayant des problèmes de santé ou un handicap d'être protégés par la loi et de renforcer leurs compétences et leurs qualifications professionnelles. Ces réglementations tiennent également compte du fait que la mise en valeur du capital humain est avantageuse aussi bien pour l'employeur que pour la société.

- En Allemagne, l'employeur doit accorder la priorité aux salariés ayant des problèmes de santé à toute formation interne et aider ces derniers à suivre une formation externe. En outre, ces salariés ont le droit non seulement d'être aidés dans leur travail et de travailler dans un environnement adapté, mais aussi celui de travailler à temps partiel.
- Au Luxembourg, les entreprises d'au moins 25 salariés sont tenues d'attribuer un poste à leurs salariés malades, qu'il s'agisse du même poste à horaires réduits ou d'un poste différent.
- En Espagne, l'employeur doit réserver un poste au salarié ayant des problèmes de santé durant deux ans si l'on anticipe la réussite du processus de réadaptation. En outre, le salarié bénéficiant d'une prestation d'invalidité qui est de nouveau apte à travailler dispose d'une priorité absolue pour remplir tout poste vacant correspondant à ses compétences ou doit se voir proposer un poste équivalent (avec, éventuellement, un salaire réduit) lorsqu'il retourne au travail après une période d'incapacité partielle.

Tableau 5.1. **Les obligations de l'employeur sont généralement limitées en matière de réintégration professionnelle**

Obligations de l'employeur dans trois domaines : conditions de travail, réintégration professionnelle et indemnités maladie

	Conditions de travail	Réintégration professionnelle	Indemnités de maladie
Allemagne	Fournir des emplois adaptés aux qualifications et aux aptitudes, formation de préférence au sein de l'entreprise, soutien au titre de formations extérieures, examen des postes vacants susceptibles d'être occupés par des personnes handicapées, droit à l'aide au travail, droit au travail à temps partiel, droit à l'aménagement du poste de travail.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du versement du salaire pendant les six premières semaines; pas de possibilité de réassurance.
Australie	L'employeur est tenu d'affecter l'intéressé à un poste approprié ou d'aménager son poste de travail, à moins que cela ne représente une contrainte excessive (interprétation rigide du terme « excessive »).	L'employeur est tenu de participer à la réadaptation professionnelle et d'aider le salarié à réintégrer son poste, ainsi que de conserver le poste disponible pendant une période raisonnable.	Les *National Employment Standards* prévoient 10 jours de congés payés pour chaque année de service pour les salariés à temps plein et à temps partiel.
Autriche	Obligation d'adapter les conditions de travail, sauf si cela représente une charge disproportionnée pour l'employeur (après prise en compte des aides publiques).	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du paiement du salaire pendant 6 à 12 semaines (en fonction de l'ancienneté); ensuite, 50 % pendant 4 semaines (auxquels s'ajoutent les indemnités de maladie).
Belgique	Seulement dans certains secteurs à haut risque de l'économie : affecter l'intéressé à un nouvel emploi ou adapter son emploi après une absence de quatre semaines due à une maladie ou à un accident.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du paiement du salaire pendant un mois; à 100 % pour les travailleurs non manuels; travailleurs manuels : à 100 % la première semaine, puis à 60 %.
Canada	Obligation d'adapter les conditions de travail (à savoir éliminer la discrimination résultant d'une règle, d'une pratique ou d'un obstacle) sauf au cas où cela représenterait une contrainte excessive (amende en cas de non-respect).	Pour les accidents et les maladies liés au travail, et sous réserve que cela soit pratique, obligation de réintégrer le salarié, éventuellement à un poste différent avec des conditions de travail différentes.	Pas de période de maintien du paiement du salaire.
Corée	L'employeur doit – avec l'aide de conseillers techniques – proposer des emplois conformes aux aptitudes (mais absence de sanctions).	Pas d'obligations pour l'employeur.	Pas de régime d'indemnités de maladie. Les conventions collectives peuvent régir les versements en cas de maladie (notamment pour les hauts fonctionnaires).
Danemark	Accent placé sur la responsabilité sociale de l'employeur (indice social, comptabilité sociale); obligation pour l'employeur de procéder aux aménagements raisonnables nécessaires. Possibilité de licencier un salarié au cours de son absence pour maladie s'il est établi qu'il ne guérira pas.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Les conventions collectives prévoient le maintien du versement du salaire en cas de maladie pour certaines catégories de salariés (l'employeur est autorisé à percevoir l'indemnité de maladie du travailleur).
Espagne	En cas de guérison, les anciens salariés bénéficiant de prestations d'invalidité ont une priorité absolue en ce qui concerne l'attribution d'emplois appropriés vacants; ou (s'ils ont perçu des prestations partielles) doivent se voir offrir un emploi comparable, éventuellement avec une diminution de salaire pouvant aller jusqu'à 25 %.	En cas de processus de réadaptation prometteur, l'employeur doit conserver le poste de l'intéressé pendant deux ans.	Versement des indemnités de maladie du 4e au 15e jour de maladie, à 60 % du salaire.
États-Unis	Prévoir des aménagements raisonnables (par exemple adapter les équipements, faciliter l'accès aux locaux, modifier l'horaire de travail) à moins que cela ne représente une contrainte excessive (au nombre des sanctions, rappels de salaires et versement d'indemnités aux salariés licenciés, honoraires d'avocats, aménagements, réintégration, offre d'emplois).	Pas d'obligations pour l'employeur.	Versement volontaire d'indemnités par l'employeur dans le cadre par exemple de plans d'acquisition de droits à congés (congés de maladie payés pendant 12 jours par an ou à concurrence d'un maximum cumulé de 6 à 12 semaines, absences pour maladie prises en charge 20 jours par an ou à concurrence d'un total cumulé de 4 à 6 semaines) ou prestations d'invalidité de courte durée (pendant les premières 13 à 52 semaines).
Finlande	Aménagement raisonnable des conditions, de l'organisation, du temps et des méthodes de travail, des équipements, de la formation et de l'orientation professionnelle.	Pas d'obligations pour l'employeur mais les primes d'assurance invalidité sont ajustées en fonction de l'expérience et les employeurs doivent respecter des obligations de sécurité et de santé au travail.	Maintien du versement du salaire pendant les 9 premiers jours de maladie (à 50 % en cas d'ancienneté inférieure à un mois). Les conventions collectives prévoient que la plupart des employeurs maintiennent le salaire à taux plein pendant un à deux mois.

Tableau 5.1. **Les obligations de l'employeur sont généralement limitées en matière de réintégration professionnelle** *(suite)*

Obligations de l'employeur dans trois domaines : conditions de travail, réintégration professionnelle et indemnités maladie

	Conditions de travail	Réintégration professionnelle	Indemnités de maladie
France	Obligation de prendre les mesures nécessaires pour donner accès à, ou maintenir, un poste correspondant aux qualifications de l'intéressé et de lui permettre de suivre une formation professionnelle (sauf en cas de coûts « disproportionnés »).	Pas d'obligations pour l'employeur.	Versement de la différence, en totalité ou en partie, entre le salaire et l'indemnité de maladie, conformément aux accords interprofessionnels nationaux ou aux conventions collectives.
Grèce	Aménagements raisonnables pour accéder à l'emploi, travailler et suivre une formation professionnelle, sans coûts disproportionnés pour l'employeur.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Aucune obligation de maintien du salaire. Le congé peut être prolongé de six jours ouvrés pour les travailleurs dont le taux d'incapacité est au moins égal à 50 %.
Hongrie	Garantir un environnement de travail adapté à la réalisation des tâches.	Pas d'obligations pour l'employeur.	80 % du salaire pendant 15 jours au maximum, ce qui peut être complété (rarement dans les faits) par des dispositions prévues dans les conventions collectives (jusqu'à 100 %).
Irlande	Obligation des réaliser les aménagements raisonnables nécessaires, notamment pour l'accès au lieu de travail, la modification des tâches à effectuer, l'aménagement du temps et de l'organisation du travail ; licenciement possible au cours de l'absence au motif de la maladie.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Pas d'indemnités légales de maladie mais de nombreuses entreprises ont mis en place des régimes dans ce sens : dans le secteur public, salaire à taux plein pendant six mois et à 50 % pendant six mois supplémentaires ; dans le secteur privé, salaire à taux plein pendant 4 à 26 semaines.
Islande	Une nouvelle obligation visant à fournir des conditions de travail adaptées est à l'étude.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du versement du salaire pendant au moins un mois après 12 mois consécutifs de travail. Les conventions collectives sont souvent plus généreuses.
Italie	Assigner à l'intéressé des tâches équivalentes ou moins qualifiées mais aux conditions antérieures, apporter les adaptations nécessaires à l'organisation du travail.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien obligatoire du salaire pendant un maximum de 180 jours par an (et, parfois, pendant 180 jours l'année suivante).
Japon	Sur les conseils d'un médecin, prendre toute mesure nécessaire pour modifier la nature du travail et le temps de travail ou adapter le poste de travail.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du salaire pendant 3 jours.
Luxembourg	Les entreprises de plus de 25 salariés sont tenues de proposer un poste adapté à leur salarié, un poste identique avec un temps de travail réduit ou un emploi différent (redéploiement interne). Si ce n'est pas possible ou trop coûteux, le redéploiement externe est privilégié.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Dans le secteur privé, les salariés demeurent payés par leur employeur pendant 13 semaines (le régime du secteur public est plus généreux).
Mexique	Pas d'obligations pour l'employeur.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Pas de période de maintien du versement du salaire.
Norvège	Garantir un emploi approprié (mais licenciement possible après 6 à 12 mois), aménager les conditions de travail de manière à permettre l'emploi de personnes handicapées.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du versement du salaire pendant les 16 premiers jours. Lorsque l'employeur continue de verser le salaire à l'issue de cette période, l'indemnité de maladie lui est versée.
Nouvelle-Zélande	Obligation de réaliser les aménagements raisonnables nécessaires (salariés et nouveaux candidats) ; les employeurs sont autorisés à exercer une discrimination à l'encontre de l'intéressé en cas de danger pour lui-même ou les autres.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Cinq jours de congé maladie après six mois de travail consécutifs ; plus cinq jours pour chaque période de 12 mois supplémentaire. Les conventions collectives peuvent prévoir des dispositions plus généreuses en la matière.
Pays-Bas	Aménagement des conditions de travail, réduction du temps de travail ou formation.	Obligation d'élaborer une stratégie de réintégration dans un délai de 8 semaines, de soumettre un plan comprenant des mesures de réadaptation après 42 semaines et un rapport après la première année d'absence pour maladie ; sanction prévue en cas de non respect de ces obligations : maintien du salaire pendant une année supplémentaire.	Maintien du salaire – 70 % au minimum et jusqu'à 100 % dans la pratique – pendant deux ans (à l'exception des personnes ayant une incapacité de travail pendant les 5 premières années d'emploi), mais les employeurs peuvent contracter une assurance privée ; obligation de faire appel au service de gestion des absences pour maladie.

Tableau 5.1. **Les obligations de l'employeur sont généralement limitées en matière de réintégration professionnelle** *(suite)*

Obligations de l'employeur dans trois domaines : conditions de travail, réintégration professionnelle et indemnités maladie

	Conditions de travail	Réintégration professionnelle	Indemnités de maladie
Pologne	Assurer l'aménagement et faciliter l'accès du lieu de travail ; en cas d'accident du travail, prévoir un poste de travail approprié si le salarié déclare qu'il est prêt à réintégrer son emploi.	Les salariés handicapés ont droit à des pauses spéciales aux fins d'activités de réadaptation.	80 % du salaire brut des 12 derniers mois, pendant les 33 premiers jours calendaires de maladie.
Portugal	Seulement en cas d'accident du travail : aménager le poste de travail, proposer un emploi approprié et la possibilité de travailler à temps partiel.	Uniquement en cas d'accident du travail : proposer une formation professionnelle et la possibilité de prendre un congé pour suivre une formation dans un autre emploi.	Pas d'obligations ; en outre, les compléments venant s'ajouter aux indemnités de maladie ne sont pas autorisés.
République slovaque	Assurer la formation ou les études nécessaires pour acquérir les compétences requises afin de faciliter l'emploi. Améliorer les équipements pour permettre au travailleur d'effectuer, dans la mesure du possible, le même travail ou installer un poste de travail protégé.	Quelques obligations en matière de mise à niveau des compétences.	Pendant les trois premiers jours calendaires, 25 % du salaire quotidien de l'année précédente ; du 4 au 10e jour calendaire d'incapacité de travail, 55 %.
République tchèque	Obligation d'aménager les conditions de travail en fonction des capacités et de l'état de santé du travailleur ou de lui proposer un autre poste en cas d'invalidité de longue durée attestée par un certificat médical.	Pas d'obligations pour l'employeur.	60 % du salaire moyen entre le 4e et le 14e jour, sur la base du salaire horaire et du temps de travail.
Royaume-Uni	L'employeur doit procéder à des adaptations raisonnables, par exemple aménager les locaux, redistribuer les tâches, modifier l'horaire de travail, fournir un poste de travail différent ; conseils et aide financière disponibles dans certains cas.	Pas d'obligations pour l'employeur, si ce n'est accorder à l'intéressé le droit de s'absenter aux fins d'activités de réadaptation.	Versement d'indemnités de maladie pendant une période de 28 semaines (remboursement possible lorsque les coûts dépassent 13 % du total des charges sociales) mais l'employeur peut se réassurer auprès d'un assureur privé.
Suède	Apporter des aménagements appropriés raisonnables si le salarié ou le demandeur d'emploi est suffisamment qualifié (par exemple acquérir de nouveaux outils de travail et modifier les conditions de travail, l'organisation du travail, les tâches et l'horaire de travail) ; fournir, le cas échéant, un emploi différent au sein de l'entreprise.	Si le salarié malade n'a pas droit aux prestations d'invalidité, l'employeur doit trouver un travail approprié ou doit prendre des mesures de réadaptation pouvant être menées au sein de l'entreprise.	Maintien du versement du salaire pendant les 14 premiers jours (sauf le premier jour) à 80 %.
Suisse	La réglementation relative à la lutte contre les discriminations ne prévoit aucune disposition sur les pratiques en matière d'embauche et de licenciement ; protection contre le licenciement durant la période où le salaire est maintenu.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du salaire à taux plein pendant 3 semaines. En règle générale, les employeurs versent un salaire à taux plein pendant 3 à 6 mois, puis à 80 % pendant une période pouvant atteindre deux ans.
Turquie	Les travailleurs victimes d'un accident du travail ont un droit de priorité ; les fonctionnaires ont le droit de demander un emploi approprié.	Pas d'obligations pour l'employeur.	Maintien du paiement du salaire pour les fonctionnaires pris en charge par l'État en tant qu'employeur.

Source : Informations fournies par les autorités nationales.

La principale difficulté concernant les obligations de l'employeur, quelles qu'elles soient, est liée à leur mise en œuvre. En effet, la réussite de cette mise en œuvre nécessite une implication bien coordonnée des représentants du personnel et des syndicats. Cela est particulièrement le cas dans les pays où les partenaires sociaux ont toujours joué un rôle fondamental dans l'élaboration de la politique sociale et de l'emploi, comme dans les pays nordiques ou en Autriche. Les partenaires sociaux peuvent soutenir activement le maintien en poste et la réintégration de salariés présentant des problèmes de santé chroniques ou une incapacité, par le biais d'initiatives qui facilitent la mobilité et la flexibilité du marché du travail. En Suède, par exemple, les négociations récentes ont notamment instauré le financement des aménagements par l'employeur en échange d'un assouplissement de la protection de l'emploi. D'une façon plus générale, un assouplissement des modalités de fixation des salaires dans les conventions collectives

peut également être utile dans la mesure où il permet le versement d'un salaire horaire réduit lorsque la productivité du salarié fluctue ou diminue en raison d'une incapacité. Cette diminution du salaire peut être négociée en Australie, par exemple.

Services de santé professionnelle

Dans de nombreux pays, la politique en matière de prévention reste encore éminemment centrée sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. La réglementation en matière d'hygiène et de sécurité au travail est bien développée dans la plupart des pays de l'OCDE et elle a contribué à faire baisser les accidents du travail dans la plupart des pays. Toutefois, plusieurs pays sont allés encore plus loin en mettant en place une réglementation qui évite une sortie inutile du monde du travail à cause de mauvaises conditions de travail. Les services de santé professionnelle (SSP) sont souvent les instruments de mise en œuvre de ces réglementations.

- En Finlande, conformément à la réglementation, l'employeur dispose d'informations, de conseils et d'aides. L'employeur est légalement tenu de recourir à des SSP privés ou relevant de la communauté au niveau local, afin de surveiller régulièrement les pratiques sur le lieu de travail par le biais de programmes évaluant et minimisant les risques liés au travail, d'une détection précoce d'une capacité de travail réduite et d'autres stratégies de prévention du handicap. Des subventions publiques aident les employeurs à remplir ces missions.
- De même, aux Pays-Bas, l'employeur était tenu jusqu'à une période récente de recourir aux services d'une société de SSP. Cette obligation a été instituée en 1996, lorsque l'employeur s'est vu dans l'obligation de verser des indemnités maladie sur une année entière. Toutefois, cette obligation a été récemment allégée parce que le système est désormais bien en place. Le rôle des SSP est plus étendu qu'en Finlande et comprend des conseils de prévention, mais également la gestion des congés maladie et la prescription de traitements de rééducation.
- La Suède investit depuis peu des ressources considérables dans la revalorisation de ses SSP en accordant une aide financière généreuse aux entreprises qui recourent à des services agréés par l'organisme national d'assurance sociale. Bien que le système repose sur le volontariat, les SSP couvrent pratiquement la moitié de la main-d'œuvre. Ils ont pour mission de faciliter une réadaptation précoce et coordonnée sur le plan médical et professionnel, ainsi que de mener des actions d'adaptation du travail comprenant, le cas échéant, une évaluation approfondie de la capacité de travail du salarié en fonction des recommandations de l'organisme d'assurance sociale.

D'autres pays renforcent actuellement leur système de façon similaire, sans forcément recourir aux SSP. Le Danemark, par le biais de la Loi sur l'environnement de travail, a mis en place des dispositifs similaires, exigeant des employeurs qu'ils surveillent et qu'il résolvent les problèmes dans ce domaine, notamment en ce qui concerne l'évaluation des risques et l'incidence de l'environnement de travail sur l'absentéisme pour maladie. L'autorité compétente pour les questions d'environnement de travail visite les entreprises sans prévenir et peut leur demander de résoudre les problèmes liés à l'environnement de travail. Si les infractions ne sont pas corrigées dans les six mois, des sanctions financières peuvent être prises, par exemple. Les évaluations des entreprises sont en outre publiées, de même que toutes les infractions, sur le site Internet de l'autorité compétente, afin d'inciter les employeurs à résoudre le problème. L'impact de ces mesures n'a pas été évalué avec rigueur. Il semble néanmoins que ces dernières complètent utilement d'autres modifications plus importantes en matière d'incitations pour les employeurs.

Travail pénible

La dégradation de la santé des personnes qui, pendant de nombreuses, voire plusieurs dizaines, d'années, effectuent un travail pénible, pose un problème particulier. Des filières de retraite anticipée avaient été mises en place dans les années 80 dans la plupart des pays de l'OCDE pour tenir compte des emplois qui ne peuvent raisonnablement être effectués durant toute la vie active, jusqu'à l'âge légal de la retraite, à savoir jusqu'à 65 ans environ. Avec la suppression progressive ou l'abolition des régimes de retraite anticipée, dans de nombreux pays de l'OCDE, dans le cadre des profondes réformes du système de retraite, et le relèvement (prévu) de l'âge légal de la retraite (qui, souvent, serait porté à 67 ans environ), la question de la pénibilité du travail est de nouveau à l'ordre du jour dans plusieurs pays. Certains pays, comme l'Autriche et la Pologne, ont instauré de nouveaux régimes spéciaux pour les salariés effectuant un travail pénible, ce qui permet à certaines catégories de salariés de prendre leur retraite plus tôt, sans réduction de leurs droits ou avec une réduction moindre. Ces catégories correspondent à une définition stricte (dépenses caloriques du salarié bien supérieures à la moyenne sur des périodes importantes du parcours professionnel) afin d'éviter les abus; par conséquent, le nombre de personnes relevant de ce régime est très faible.

Dans la plupart des pays, le travail pénible est intégré aux régimes de retraite existants et il aboutit souvent à un départ anticipé à la retraite par le biais d'une entrée dans un régime d'invalidité. Les pays n'ont presque rien fait pour résoudre le problème. Une exception remarquable à cet égard est le projet de réglementation sur le travail pénible aux Pays-Bas. En principe, ce dernier ne doit pas durer plus de 30 ans. Ensuite, l'employeur devra affecter le salarié à un autre poste, non pénible. S'il ne lui trouve pas de nouvelle affectation, il cotisera à un fonds spécial, pour chaque salarié. L'intéressé pourra utiliser ce fonds, ce qui revient, schématiquement, à lui permettre de prendre sa retraite environ deux ans avant l'âge normal (65 ans actuellement, avec un relèvement prévu à 66 ans en 2020 et à 67 ans en 2025). Ainsi, une sortie anticipée du marché du travail – jusqu'à deux ans avant l'âge normal de la retraite – serait entièrement financée par des primes patronales. L'une des lacunes de cette démarche novatrice est que le fonds de régulation constitué pendant deux ans risque de ne pas être suffisant pour résoudre complètement le problème. En outre, des problèmes peuvent aussi se poser en cas de changement d'employeur et de reprise d'un autre travail pénible.

Surveillance et gestion des cas de maladie pour réduire l'absentéisme lié à la maladie

La majorité des personnes qui finissent par relever des régimes d'invalidité de longue durée connaissent tout d'abord une période d'emploi et de congé maladie d'une durée variable. Le passage de la maladie vers l'invalidité varie considérablement d'un pays à l'autre de l'OCDE mais, dans tous les pays, entre la moitié et les trois quarts de tous les nouveaux demandeurs de prestations d'invalidité étaient précédemment actifs ou percevaient une indemnité maladie (tableau 5.2)[1]. Mais ces proportions correspondent à la situation qui précède *immédiatement* la demande d'allocation invalidité; or un grand nombre de bénéficiaires d'une prestation d'invalidité au titre du chômage ou de l'aide sociale auront également connu des périodes de congé maladie. C'est la principale raison pour laquelle la surveillance précoce des congés de maladie peut se révéler une stratégie très efficace pour minimiser la probabilité d'une rupture durable du lien avec le marché du travail. Les employeurs sont donc particulièrement bien placés pour surveiller les congés de maladie, ce qui, en soi, peut permettre d'éviter les congés de maladie exagérément longs (cf. Puhani et Sonderhof, 2009), et bien placés pour aider le salarié à se rétablir ou à apprendre à gérer sa situation de façon à lui permettre de continuer à travailler.

Tableau 5.2. **Les parcours menant à l'invalidité sont nombreux, mais le congé de maladie est la voie la plus fréquente d'entrée dans ce régime**

Origine des nouveaux entrants dans le régime d'invalidité en pourcentage de toutes les entrées, dernière année disponible

Australie[a]	2008	Danemark	2006	Finlande[b]	2004	Luxembourg[c]	2005
Salarié	44	Salarié	7	Salarié	4	Salarié en poste ou en congé maladie	67
Indemnités maladie	1	Indemnités maladie	39	Allocations maladie	60	Au chômage ou en reconversion	23
Indemnités de chômage	36	Emploi « flex »	3	Chômage	26	Aide sociale	2
Autres	18	Allocation d'attente	9	Bourse d'étude	1	Autres inactifs	7
		Réadaptation	3	Allocation de réadaptation	8		
		Aide sociale	34	Allocation pour enfant à charge	1		
		Autres	4				
Total	*100*	Total	*100*	Total	*100*	Total	*100*
Pays-Bas	2006	Norvège	2004	Suède	2007	Royaume-Uni[d]	2002
Congé maladie pris en charge par l'employeur	62	Chômage	2			Salarié	40
Prestation de maladie UWV	38	Indemnités maladie	42	Indemnités maladie	76	Indemnités maladie légales	17
Dont :		Bénéficiaire d'une prestation de réadaptation professionnelle	34	Autres	24	Chômage	26
Travailleurs intérimaires	4	Réadaptation professionnelle	22			Revenu de remplacement	12
Contrats temporaires	17					Autres inactifs	5
Chômage	15						
Autres	3						
Total	*100*	Total	*100*	Total	*100*	Total	*100*

a) Personnes entrées dans le régime DSP (Disability Support Pension) entre le milieu de l'année 2007 et le milieu de l'année 2008.
b) Basé uniquement sur les prestations sociales KELA.
c) Basé sur les personnes accédant à une prestation d'invalidité temporaire ou permanente ou à l'allocation d'attente en 2005.
d) Les données portent sur 2001/02. La situation précédente au regard des prestations est définie comme étant la perception de l'indemnité maladie réglementaire immédiatement avant la demande de prestation d'incapacité, mais dans le cas de l'allocation de demandeur d'emploi et de la garantie de revenu, elle correspond à une période de 90 jours avant la demande d'allocation d'incapacité.

Source : Informations fournies par les autorités nationales.

Procédures d'évaluation et de surveillance des congés de maladie

Dans leurs efforts pour lutter contre l'absentéisme, plusieurs pays ont mis en place une procédure d'intervention précoce et un système de surveillance des congés de maladie impliquant les employeurs de différentes façons. La Norvège et les Pays-Bas fournissent deux bons exemples à cet égard.

- En Norvège (où les indemnités de maladie peuvent être versées pendant une période allant jusqu'à un an), durant les huit premières semaines d'absence, l'employeur doit, en collaboration avec le salarié, élaborer un plan de suivi qui décrit le retour à l'emploi et qui est appuyé par des documents d'accompagnement. L'employeur est tenu de présenter ce plan à l'organisme national d'assurance maladie si ce dernier le lui demande. Des mesures doivent être prises, sur le lieu de travail, pour prévenir l'absentéisme de longue durée et tester les aptitudes fonctionnelles du salarié.
- Aux Pays-Bas (où les indemnités maladie peuvent être versées pendant deux ans), l'employeur doit informer le médecin du travail qu'un salarié est en arrêt de maladie dès la première semaine. À la huitième semaine, employeur et salarié doivent élaborer un plan de réintégration décrivant, d'une part, les étapes concrètes qui vont permettre de réintégrer le salarié et, d'autre part, l'état d'avancement de cette réintégration. Ce plan est réexaminé toutes les six semaines. Au bout d'un an d'arrêt maladie, un rapport

d'évaluation est établi : il récapitule les mesures prises au cours de la première année et présente celles prévues pour la deuxième année. Un rapport final de réintégration doit être élaboré entre la 87e et la 91e semaine d'absence, lorsque la prestation d'invalidité est demandée.

Le renforcement des obligations de surveillance a eu un impact important sur l'absentéisme aux Pays-Bas (voir de Jong *et al.*, 2006) mais pas en Norvège. En effet, l'absentéisme tend à reculer de façon sensible uniquement si les changements sont rigoureux et qu'ils s'accompagnent de mesures financières beaucoup plus importantes qui incitent les employeurs à respecter la réglementation et qui pénalisent ceux qui ne s'y conformeraient pas. Les sanctions sont prévues par la loi en Norvège et aux Pays-Bas, mais elles ne sont pas appliquées en Norvège; aux Pays-Bas, les employeurs qui n'ont pas fait les efforts suffisants pour conserver un salarié en arrêt maladie sont 13 % à être confrontés à la sanction majeure de devoir continuer à verser une indemnité de maladie une troisième année. En outre, en particulier dans les pays qui hésitent à renforcer les incitations à l'intention des employeurs, la surveillance des absences ne peut pas être confiée uniquement à l'employeur mais nécessite aussi une intervention des pouvoirs publics; cette dernière pourra prendre différentes formes et ne pas se limiter à des mesures de surveillance ou de soutien aux initiatives des employeurs. Cette question est traitée au chapitre 6. Le rôle essentiel des médecins généralistes dans ce contexte est traité dans la section 5.3.

Prise en charge du coût des indemnités maladie

Les travaux de recherche concernant la Suède, qui a modifié à plusieurs reprises le taux de ses indemnités maladie au cours des 20 dernières années, montrent que les salariés sont très sensibles à la modification des taux d'indemnisation (voir, par exemple, Henrekson et Persson, 2004, et Hesselius et Persson, 2007). En revanche, les informations sont rares sur l'impact d'un renforcement des incitations destinées aux employeurs, parce que quelques pays seulement ont modifié cette variable de façon importante. Ceux qui l'ont fait, comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont enregistré un recul notable de l'absentéisme pour maladie (chapitre 2).

- C'est aux Pays-Bas que cette mesure a été poussée le plus loin. L'indemnisation de la maladie était entièrement prise en charge par l'État jusqu'au milieu des années 80. Puis, progressivement, la charge financière a été transférée aux employeurs – tout d'abord pour quelques semaines, puis pour une année entière et, désormais, les employeurs prennent en charge les indemnités de maladie à hauteur de deux ans, période durant laquelle les salariés ne peuvent pas, en général, être licenciés (sauf s'ils ne remplissent pas leurs obligations et qu'ils refusent le poste ou les fonctions qui leur sont proposés au sein de l'entreprise). Les employeurs peuvent réassurer ce risque auprès d'un assureur privé, comme le font la plupart des petites entreprises, mais quelques unes seulement parmi les grandes.
- De même, au Royaume-Uni, les employeurs prennent désormais en charge le paiement des indemnités de maladie légales pendant six mois, avec la possibilité de se réassurer. Toutefois, non seulement la période de versement est plus courte, mais le taux d'indemnisation est plus faible qu'aux Pays-Bas, et il n'existe pratiquement pas d'autres obligations en termes de suivi et de gestion des congés maladie.

La part de l'indemnité prise en charge par l'employeur varie beaucoup d'un pays à l'autre de l'OCDE (tableau 5.1). Dans certains pays, le salaire est versé durant plusieurs mois par l'employeur, sans que ce dernier ne soit autorisé à se réassurer. Il s'agit de l'Autriche (6 à 12 semaines), de l'Allemagne (six semaines), de l'Italie (jusqu'à 180 jours), du Luxembourg (13 semaines pour les cadres) et de la Suisse (jusqu'à six mois, en fonction du poste). Aucun de ces pays n'enregistre d'absentéisme particulièrement élevé, tandis que dans les pays ayant le plus fort taux d'absence (comme les pays nordiques), la période de versement de l'indemnité de maladie par l'employeur a tendance à être très courte. Il n'existe pas de période « idéale », mais un accroissement de la participation financière de l'employeur peut être une stratégie efficace dans la lutte contre l'absentéisme.

Les tendances aux Pays-Bas et au Royaume-Uni laissent entendre qu'un renforcement de la participation financière de l'employeur entraîne, dans un premier temps, un recul significatif des absences de courte durée. Pour faire baisser l'absentéisme de longue durée, les incitations financières doivent être très importantes. Aux Pays-Bas, par exemple, le fait de porter la période de versement des indemnités par l'employeur de un an à deux ans a été apparemment plus efficace dans l'abaissement de l'absentéisme de longue durée que le fait de la porter à un an (OCDE, 2008). Quoi qu'il en soit, il est difficile de séparer les influences respectives et indépendantes entre, d'une part, une modification de la politique d'incitation et, d'autre part, des obligations de surveillance beaucoup plus strictes.

Prise en charge des coûts d'indemnisation de l'invalidité

Alors que le versement d'une indemnité de maladie par l'employeur est largement répandu dans les pays de l'OCDE, même si la durée en est variable et que l'on constate parfois une tendance au prolongement de cette durée, seuls quelques rares pays vont plus loin en instaurant une contribution obligatoire de l'employeur aux prestations d'invalidité de longue durée par le biais d'une différenciation des primes sur la base de l'expérience. Dans ce type de système, l'employeur doit contribuer davantage lorsque les demandes de pension d'invalidité de ses salariés sont supérieures à la moyenne. Aux Pays-Bas, par exemple, cette différenciation des primes a été instaurée en 1998 dans le système d'assurance public; depuis 2003, les employeurs doivent prendre en charge l'essentiel du coût des cinq premières années de pensions d'invalidité de leurs anciens salariés. Avec la dernière réforme des prestations, le système a été à nouveau modifié de sorte que, désormais, les employeurs sont responsables, de fait, du paiement de non moins de dix années de prestations pour les personnes ayant une incapacité partielle mais n'ont plus à supporter le coût d'une incapacité totale et permanente. En Finlande, un système similaire concernant uniquement les grandes entreprises implique que les entreprises peuvent avoir à payer jusqu'à 80 % du montant total de prestations d'invalidité de leurs salariés en cas de perte d'emploi résultant d'un handicap. Des tendances similaires sont observées en Suisse et au Canada, mais elles s'expliquent davantage par l'importance du secteur privé de l'assurance dans ces deux pays (OCDE, 2006; OCDE, 2010)[2].

Quel a été l'impact de ces changements? Aux Pays-Bas, cet aspect de la réforme a été l'un des principaux facteurs à l'origine de la très forte baisse des entrées dans les régimes d'invalidité (Koning, 2005). Pour la Finlande, il a été démontré que la différenciation des primes diminuait les transferts du régime d'indemnités maladie vers le régime d'invalidité, sans toutefois modifier le flux des entrées dans le premier régime (Korkeamäki et Kyvrä, 2009). L'impact de l'apparition récente de la différenciation des primes sur le marché de l'assurance privée au Canada et en Suisse n'a jamais été mesuré, mais cette évolution

pourrait avoir joué un rôle très important, quoique relativement inattendu, dans le recul des entrées dans le régime de l'invalidité en Suisse (en partie par le biais d'une baisse des arrêts maladie) et dans le léger décrochage par rapport à un niveau déjà assez bas des demandes annuelles de prestations d'invalidité au Canada.

5.2. Mesures destinées à aider les employeurs à remplir leurs obligations

Les incitations financières représentent le moyen le plus efficace de garantir que les employeurs respectent leurs responsabilités car le non-respect des obligations conduit automatiquement à une sanction, sous la forme, par exemple, d'une participation plus importante aux prestations. Sans incitation financière adaptée, il est difficile de renforcer le respect par les employeurs de leurs obligations. En outre, les incitations ou sanctions ne sont pas toujours assez dissuasives. C'est le cas des quotas d'emplois obligatoires en vigueur dans la plupart des pays qui imposent une pénalité (OCDE, 2003) que nombre d'employeurs ne considèrent que comme un modeste coût non salarial supplémentaire.

Le renforcement des responsabilités des employeurs et des incitations financières qui leur sont adressées doit aussi aller de pair avec de meilleures mesures d'accompagnement pour les aider à remplir leurs obligations. Il s'agit notamment de les sensibiliser aux conséquences de leurs pratiques de gestion sur la santé des salariés et sur la capacité de ces derniers de rester dans le marché du travail malgré la maladie (voir, par exemple, Tepper, 2007; Fjell *et al.*, 2007). Cette sensibilisation est également importante pour lutter contre les idées fausses concernant le coût de l'adaptation du poste de travail. En effet, selon les données disponibles, ces coûts sont nuls dans environ un tiers des situations et ils ne sont importants que dans un nombre réduit de cas.

Les employeurs n'ont pas tous les mêmes compétences ni la même expérience en matière de gestion de salariés malades et on ne peut pas s'attendre à ce qu'ils remplissent leurs responsabilités avec la même rigueur s'ils ne bénéficient pas d'un soutien et d'un appui de qualité. Les organismes publics pour l'emploi, en particulier, doivent faire un effort dans ce sens. Par ailleurs, les employeurs ont tendance à fuir la lourdeur des procédures et des contacts administratifs. Le défi pour les responsables politiques est donc d'apporter un soutien qui réponde aux besoins des employeurs.

Maintien dans l'emploi ou nouvelles embauches, l'inévitable dilemme

Il est particulièrement important de soutenir correctement l'employeur afin de garantir des conditions égales pour tous en matière de conservation de l'emploi et de recrutement, de façon à aider les travailleurs intégrés et les exclus du marché du travail; il s'agit d'ailleurs d'un défi inhérent à toutes les politiques et à toutes les institutions relatives au marché du travail. Certaines mesures peuvent avoir une influence sur la problématique maintien du salarié-nouvelle embauche, comme l'ont montré des études comparant la situation aux Pays-Bas, qui privilégient le maintien dans l'emploi, et au Danemark, dont le modèle de flexicurité facilite le licenciement. Selon Veerman (2001), une proportion bien plus importante de salariés en arrêt maladie reprennent le travail dans leur entreprise aux Pays-Bas (72 %) qu'au Danemark (40 %). Par contre, le licenciement d'un salarié malade ne semble avoir aucun impact négatif sur la probabilité de retour à l'emploi au Danemark mais a un impact négatif fort aux Pays-Bas (Høgelund, 2004).

Comme cela est évoqué au chapitre 3, il existe diverses mesures auxquelles les pays peuvent recourir pour aider soit au maintien dans l'emploi soit à l'embauche de nouveaux travailleurs. Toutefois, les données disponibles sur l'efficacité de certaines de ces mesures

sont généralement médiocres et pas toujours concluantes. En outre, le nombre limité de données disponibles laisse entendre que la plupart des mesures, quotas d'emplois, législation anti-discrimination et réglementations qui créent de fortes incitations financières pour maintenir les personnes ayant des problèmes de santé au travail, servent souvent à protéger les salariés en place. Dans le même temps, ces mesures peuvent involontairement réduire les probabilités d'embauche pour les demandeurs d'emploi ayant des problèmes de santé ou un handicap parce que les employeurs pensent que les responsabilités qui leur sont imposées (entraînant des coûts d'aménagement mais aussi des coûts liés à un risque plus important de litige) ont un coût collectif très élevé et que les contrats passés avec ces salariés sont tellement difficiles à rompre qu'il est plus prudent de ne pas engager de salariés ayant un problème (potentiel ou avéré) de santé.

Ainsi, un certain nombre d'études empiriques sur l'impact de la réglementation antidiscriminatoire aux États-Unis ont révélé que l'adoption de nouvelles dispositions avait entraîné un recul du taux d'emploi des personnes souffrant d'un handicap (voir DeLeire, 2000 ; Acemoglu et Angrist, 2001), bien qu'il ne puisse être établi de *lien causal* entre la baisse progressive du taux d'emploi de cette catégorie de salariés depuis le milieu des années 90 et l'entrée en vigueur de ces dispositions (voir Begle et Stock, 2003).

Les quotas obligatoires d'emplois, qui sont généralement mieux mis en œuvre que la législation antidiscriminatoire mais pas forcément mieux mesurés, semblent pâtir du même problème. Ainsi, les évaluations de l'impact du régime de quotas en Autriche, l'un des pays où l'application des quotas est relativement importante (OCDE, 2003), suggèrent que ce système aide certains travailleurs développant une incapacité à rester au travail, mais au prix d'une exclusion accrue du marché du travail des demandeurs d'emplois handicapés : le solde net de ces effets est *négatif* (Humer *et al*., 2007). Le problème est peut-être un problème d'incitations et de mise en application, dans la mesure où il n'est pas possible, dans la pratique, d'éviter qu'un employeur remplisse son quota avec un personnel en place peu productif en raison de problèmes de santé existants au lieu de recruter de nouveaux salariés à capacité de travail réduite, perçus comme moins productifs.

Aucune solution ne s'impose à l'évidence, mais les gouvernements doivent avoir conscience des risques et des erreurs, équilibrer les mesures de soutien destinées à stimuler la demande de main-d'œuvre grâce à un maintien dans l'emploi et à de nouvelles embauches, et ajuster cet équilibre en fonction des résultats mesurés. Ainsi, les améliorations du système de quotas, même d'envergure, avec, par exemple, un accroissement du montant des pénalités à verser en cas de non-respect des obligations, ne suffiront sans doute pas pour améliorer les perspectives d'emploi des salariés présentant des problèmes de santé en l'absence de demande globale de main-d'œuvre dynamique[3].

Mesures de soutien adaptées pour les employeurs

Aides financières

La solution la plus répandue pour favoriser l'employabilité des personnes handicapées dans les pays de l'OCDE consiste à octroyer des subventions. Ces dernières prennent généralement la forme d'une *contribution* soit *aux coûts d'aménagement du poste de travail*, soit *aux coûts salariaux* d'un salarié présentant un problème de santé chronique ou une incapacité. La première forme de subvention sert le plus souvent à maintenir le salarié dans l'emploi tandis que la seconde favorise l'embauche. Toutefois, les chevauchements sont considérables, au point qu'un régime de subventions salariales généreuses et permanentes,

comme le programme d'emplois flexibles au Danemark, incite employeurs et salariés à transformer un poste à temps plein en poste à temps partiel entièrement subventionné.

Les subventions d'aménagement du poste de travail ont pris de l'importance à mesure du développement de la législation antidiscriminatoire dans les pays de l'OCDE. Selon une étude récente de l'Union européenne, les politiques d'aménagement auraient des enjeux trop limités, en ce sens qu'elles seraient trop centrées sur le remboursement des coûts directs tandis qu'un aménagement efficace du poste de travail devrait associer solutions techniques répondant à un problème de santé précis, formation (avant et après le recrutement), aide en milieu de travail et programme de sensibilisation des chefs d'entreprises et des collaborateurs (Heckl, 2009).

Concernant les subventions salariales, les programmes qui sont bien ciblés sur les besoins de l'employeur et du salarié et souples dans la durée et en liaison avec la capacité de travail de l'intéressé (qui peut évoluer avec le temps), de façon à permettre à l'employeur de prendre un salarié à l'essai et au SPE de réduire, voire de supprimer rapidement la subvention lorsque la productivité du salarié a augmenté, semblent être les plus efficaces. Plusieurs pays disposent de programmes intéressants à cet égard, bien que ces derniers n'aient pas été nombreux à être évalués.

- L'agence suédoise pour l'emploi offre une subvention salariale flexible, principalement destinée aux nouvelles embauches. Cette subvention couvre jusqu'à 80 % des coûts salariaux sur une période de quatre ans au maximum. Le montant de la subvention dépend de la capacité de travail telle qu'elle est évaluée par l'agence et il est régulièrement modulé en fonction de l'évolution des capacités du salarié.
- Au Luxembourg, le Service public de l'emploi gère une subvention salariale provisoire, mais qui s'applique généralement pendant trois ans; pour prolonger le droit de bénéficier de cette subvention, l'employeur doit faire une nouvelle demande et démontrer que la productivité du salarié reste faible.
- Le SPE finlandais verse une subvention salariale forfaitaire inférieure au salaire minimum, par périodes de 24 mois au maximum (les entreprises sociales peuvent bénéficier d'une subvention plus généreuse).

L'un des principaux problèmes des régimes de subventions salariales est qu'ils créent des effets d'aubaine, de substitution et de déplacement[4]. S'il est très facile pour un employeur d'obtenir une subvention pour un travailleur handicapé, cela risque d'augmenter l'effet d'aubaine, toutes choses étant égales par ailleurs. Pour l'éviter, le système finlandais est très strict car il n'octroie pas de subvention à l'employeur si le poste peut être pourvu sans que la subvention soit nécessaire. Il a d'ailleurs été démontré que le système finlandais, bien ciblé, avait stimulé l'emploi dans les entreprises subventionnées, sans entraîner de distorsion de la concurrence ni d'éviction des emplois des entreprises non subventionnées (Kangasharju, 2005). Ce résultat s'oppose à ceux constatés avec la très généreuse subvention au titre du programme d'emplois flexibles du Danemark, qui n'a eu que des répercussions modestes sur l'emploi, avec une perte sèche estimée à 52 % (Datta Gupta et Larsen, 2007).

Malgré le risque de pertes sèches, les subventions salariales seront plus efficaces si elles sont davantage utilisées. Le taux d'utilisation tend en effet à être faible (voir chapitre 6), soit à cause d'une période de versement relativement brève, soit à cause d'un paiement forfaitaire d'un montant modeste, soit encore à cause de la taille restreinte du groupe cible, de la lourdeur de la procédure d'ouverture des droits à la subvention ou de ces deux facteurs à la fois.

Accessibilité des informations et des conseils

Les deux principaux facteurs qui freinent l'utilisation des instruments destinés à stimuler la demande d'emploi sont, d'une part, la méconnaissance des employeurs de l'existence de ces instruments et, d'autre part, le coût élevé de la procédure de demande de subvention. Dans de nombreux pays, les employeurs ont déclaré qu'ils étaient disposés à embaucher une personne aux capacités de travail et à la productivité réduites grâce à une aide financière qui compenserait cet inconvénient uniquement si la procédure de demande était plus simple et peu chronophage. En réaction à cette requête, plusieurs pays ont mis en place des systèmes d'information facilement accessibles aux employeurs.

- En Norvège, conformément à l'idée de guichet unique pour les personnes handicapées, les employeurs disposent auprès du centre municipal pour l'emploi d'un référent qui les conseille en temps voulu sur toutes les questions concernant la maladie et l'incapacité de travail, comme la gestion des congés maladie et le maintien dans l'emploi, mais aussi sur les difficultés et les services disponibles en matière d'embauche.
- En Australie, le dispositif JobAccess consiste en un site Web très complet (*www.jobaccess.gov.au*), un service de conseil gratuit par téléphone (animé par des conseillers JobAccess spécialement formés), un outil en ligne pour l'aménagement du poste de travail, qui donne toutes sortes de conseils pratiques pour la modification et l'adaptation du poste de travail, un système en ligne de traitement des demandes de remboursement du coût des modifications du poste de travail et d'autres services.
- En Espagne, le Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) dispose d'un site Web très complet sur les questions d'adaptabilité et d'accessibilité (*www.ceapat.org*). Les services proposés par le CEAPAT sont les suivants : évaluation et conseils pour l'aménagement du poste de travail, mise au point et adaptation des outils techniques, formation et information, et conseils pour une accessibilité universelle.
- Aux Pays-Bas, suite à une nouvelle loi de 2010, 30 nouveaux services ont été créés pour aider les employeurs à alléger des procédures administratives lourdes.

Un facteur essentiel permettant de dynamiser la demande de main-d'œuvre et l'utilisation des dispositifs d'aide correspondants consiste à convaincre de l'*intérêt* qu'il y a à employer des personnes ayant des problèmes de santé ou présentant une incapacité. Il est souvent difficile d'en convaincre les petites entreprises en particulier, en s'appuyant sur des preuves concrètes, même si on constate généralement, de façon informelle, que les salariés souffrant d'une incapacité tendent à être moins souvent absents pour cause de maladie, sont extrêmement fiables et loyaux vis-à-vis de l'employeur et constituent une main-d'œuvre très stable. Le principal défi, par conséquent, est de convaincre l'employeur d'embaucher *unpremier* salarié présentant une incapacité : une fois qu'il aura fait le premier pas, il sera plus susceptible d'embaucher un second salarié présentant une incapacité.

À cet égard, le Service public de l'emploi doit impérativement donner l'exemple. Il doit être lui-même un employeur modèle, de façon à montrer de façon convaincante que les personnes présentant des problèmes de santé ont leur place dans leur monde du travail. Le SPE allemand a fait des efforts importants sur ce point au cours des dernières années : aujourd'hui, 9 % de ses salariés sont handicapés.

Animation de réseaux d'employeurs

On s'est aperçu qu'il était très important, pour inciter les employeurs à embaucher des travailleurs handicapés, de leur donner des informations sur l'expérience d'autres

employeurs. La collecte et le partage d'expériences est l'un des buts du Forum on Disability, une organisation charitable financée par des contributions volontaires des membres (essentiellement de grandes entreprises privées). Le Forum organise régulièrement des débats et des conférences, diffuse des publications telles que des manuels pratiques pour la gestion de la maladie, et établit un positionnement de ses membres au regard de la façon dont ils traitent l'invalidité.

Le partage d'informations et de bonnes pratiques organisé par des réseaux financés par des employeurs joue un rôle important. L'État ne peut pas tout faire et les initiatives du secteur privé méritent d'être encouragées. À cet égard, les associations et les réseaux d'employeurs se sont développés dans un certain nombre de pays de l'OCDE, soit sous l'impulsion des pouvoirs publics, soit, directement, par des employeurs se regroupant par branche ou par région. Ces collectifs jouent un rôle important en aidant les employeurs à reclasser dans d'autres entreprises, sans intervention des pouvoirs publics, les salariés qu'une maladie ou un accident empêche de remplir certaines fonctions. Ces réseaux se sont surtout développés dans les pays qui ont récemment transféré une part importante des responsabilités vers les employeurs.

- Aux Pays-Bas, suite au prolongement à deux ans de la période obligatoire d'indemnité maladie à la charge de l'employeur, période durant laquelle il est pratiquement impossible de licencier, les réseaux d'employeurs se sont multipliés. Ils sont organisés par régions.
- De même, en Suède, en réaction à la réglementation adoptée récemment qui oblige l'employeur à reclasser au sein de l'entreprise le salarié en arrêt maladie depuis plus de trois mois ou, sinon, à lui accorder un congé de disponibilité pour recherche d'emploi dans une autre entreprise, des associations d'employeurs regroupés par branches se sont créées afin de contribuer au reclassement interne ou externe de ces salariés. On peut tirer deux enseignements de ces exemples. Premièrement, le renforcement des responsabilités des employeurs a incité ces derniers à s'intéresser à la situation dans d'autres entreprises et à embaucher des salariés d'autres entreprises en échange de la possibilité de redéployer leurs propres salariés développant des problèmes susceptibles d'exposer les employeurs à un coût salarial important. Deuxièmement, l'organisation de tels réseaux à l'échelon régional offre un potentiel important de dynamisation du reclassement des salariés dans un secteur où ceux-ci sont moins susceptibles d'être confrontés aux facteurs liés au lieu de travail qui ont probablement contribué à leur absence pour maladie.

Atténuation des risques, pour l'employeur, liés à l'embauche d'une personne handicapée

Les mesures de renforcement des responsabilités de l'employeur comme celles qui ont été prises en Suède ou aux Pays-Bas plaident en faveur de dispositifs qui répondent directement au dilemme entre maintien dans l'emploi et embauche. L'obligation qu'a l'employeur de reclasser le salarié ayant un problème de santé à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, et les incitations financières comme la différenciation des primes d'assurance fondée sur l'expérience décrites plus haut risquent d'inciter les employeurs à éviter activement d'embaucher des personnes qu'ils considèrent comme présentant un risque plus important de maladie ou d'incapacité. Des mesures sont donc nécessaires pour réduire ces risques et éviter que le renforcement du maintien dans l'emploi ne se fasse au détriment des embauches de salariés ayant une incapacité.

Ce sont les Pays-Bas qui sont allés le plus loin sur cette voie. En effet, les politiques élaborées dans ce pays au cours des 15 dernières années ont été guidées par la volonté d'équilibrer les incitations en direction de l'employeur et du salarié. La *politique de risque zéro* et *la réduction des primes*, aux Pays-Bas, dispensent concrètement les employeurs d'une part importante, voire de la totalité des risques liés à l'embauche d'une personne présentant un risque plus important de maladie. La politique de risque zéro, mise en œuvre en 2003 et élargie en 2005, supprime l'obligation qui était faite jusqu'alors aux employeurs d'assumer le coût de l'arrêt maladie d'un salarié présentant une incapacité pendant une période pouvant aller jusqu'à deux ans[5]. Les coûts sont pris en charge par l'assurance du salarié. Par ailleurs, des réductions de primes d'invalidité sont également accordées aux employeurs qui embauchent des salariés présentant une incapacité. En outre, l'embauche d'une personne d'au moins 50 ans ou le maintien d'un salarié de plus de 54 ans et demi (c'est-à-dire de personnes plus susceptibles d'entrer dans un régime d'invalidité comme moyen de retraite anticipée) s'accompagne d'un avantage financier supplémentaire, les employeurs étant exonérés de la prime d'invalidité de base pour ces salariés. À ce jour, aucune évaluation de ces mesures n'est disponible.

La Finlande a, elle aussi, mis récemment en œuvre une réglementation atténuant quelque peu la désincitation à embaucher qui s'inspire du système de différenciation des primes d'assurance invalidité fondées sur l'expérience. Étant donné que les obligations incombant à l'employeur sont moins importantes, il semble moins urgent, actuellement, pour d'autres pays de mettre en œuvre des mesures de compensation comme celles-ci.

5.3. Amener les médecins à se focaliser davantage sur l'emploi

Au même titre que les employeurs, les médecins chargés d'évaluer les demandes d'arrêt maladie et de prestations d'invalidité jouent un rôle essentiel en permettant l'accès à un régime de maladie ou d'invalidité. Les décisions qu'ils prennent concernant l'aptitude au travail du salarié déterminent la durée du maintien du salarié hors du marché du travail et son droit à bénéficier de prestations. Cet aspect est essentiel, car il est bien connu que le fait d'autoriser une personne à rester sans travail sur une longue période l'incite à entrer ensuite dans un régime d'invalidité et à sortir définitivement du marché du travail.

La décision de prononcer un arrêt de travail de longue durée se justifie parce que le médecin a découvert chez le salarié des signes lui permettant d'affirmer de façon sûre que ce dernier doit s'arrêter de travailler pour récupérer et que ne pas s'arrêter compromettrait sa santé. Toutefois, compte tenu du coût prohibitif d'examens médicaux complets et de l'absence de moyens permettant de tester objectivement toute une série de problèmes de santé, les médecins en sont souvent réduits à fonder leur décision sur les symptômes décrits par le patient. En Suède, les travaux du Bureau national de la santé et de la protection sociale montrent que certains praticiens accordent malgré eux plus d'arrêts maladie que nécessaire, ce qui, dans certains cas, est finalement nuisible à la santé des intéressés[6].

Compte tenu du corpus documentaire toujours plus volumineux indiquant que le travail est généralement bénéfique à la santé, en particulier à la santé mentale (Waddel et Burton, 2006; OCDE, 2008a), des efforts plus importants sont nécessaires pour éviter que les arrêts maladie ne soient plus longs qu'il n'est nécessaire. Le médecin généraliste est habituellement le premier interlocuteur de la personne dont la santé se dégrade. Par sa réaction et ses conseils, il joue un rôle crucial dans la mesure où il peut soit favoriser une reprise rapide du travail soit garder le salarié en congé maladie de longue durée.

Conscients du fait que des arrêts maladie trop longs sont coûteux pour l'employeur et le contribuable, mais aussi qu'ils augmentent le risque d'une rupture avec le marché du travail, les pays réfléchissent au moyen d'améliorer les pratiques en termes de prescriptions d'arrêts maladie. Concernant l'évaluation médicale aboutissant à l'ouverture du droit à des prestations d'invalidité, la tendance généralement observée dans les pays de l'OCDE est à conférer un plus grand pouvoir médical à l'institution chargée de verser les prestations, ce qui amoindrit le rôle du médecin traitant. La régionalisation des services médicaux de l'assurance invalidité en Suisse, un pays où l'ouverture des droits aux prestations d'invalidité était largement liée à l'évaluation par le médecin traitant, illustre bien la situation : les évaluations médicales sont devenues plus simples et plus homogènes dans tout le pays, tandis que le nouveau rôle de l'assurance invalidité en matière de filtrage a contribué au fort recul constaté récemment des entrées dans le régime invalidité.

En revanche, on n'observe aucun renforcement du rôle médical de l'organisme d'assurance sociale dans la prescription d'arrêts de travail pour cause de maladie. Dans les pays de l'OCDE, les arrêts de maladie continuent d'être prescrits par le médecin traitant et c'est la prescription qui déclenche l'ouverture des droits à indemnité maladie. Toutefois, un certain nombre de réformes prometteuses remettent en question les pratiques des médecins en matière de prescriptions d'arrêts de travail. Elles recouvrent l'un ou plusieurs des trois éléments suivants : *i)* recommandations médicales à l'intention des médecins; *ii)* clarification des procédures administratives; et, *iii)* contrôles systématiques des déclarations d'arrêt de travail.

Recommandations médicales

Tout d'abord, il est important de donner suffisamment d'informations aux médecins concernant la durée idéale de l'arrêt maladie pour les problèmes de santé les plus fréquents : cette durée doit à la fois permettre une récupération rapide et une reprise du travail aussi rapide et complète que possible, et tenir compte des répercussions négatives à plus longue échéance pour le salarié qui subit des périodes d'inactivité. Plusieurs pays ont commencé à prendre conscience de la nécessité d'améliorer la qualité des recommandations médicales adressées aux médecins traitants, en particulier concernant les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques.

- En Suède, les recommandations médicales entrées en vigueur en 2007 prévoient des périodes d'arrêt maladie correspondant à 90 des affections les plus fréquentes et qui représentent, ensemble, les trois quarts des arrêts de travail prononcés. Ces recommandations prennent aussi la forme d'informations sur les traitements, les pronostics de guérison et la durée prévue de récupération. La période recommandée d'arrêt maladie a été calculée à partir de données empiriques sur la période d'absence généralement constatée, et en consultation avec des médecins-experts. La procédure d'élaboration de ces recommandations a permis de sensibiliser médecins et grand public aux changements à venir en matière de prescriptions d'arrêts de maladie.
- De même, en Irlande et aux Pays-Bas, des recommandations et des protocoles favorisant un retour plus rapide au travail sont en cours d'élaboration. Aux Pays-Bas, ces recommandations visent à améliorer la coopération entre médecins traitants et médecins du travail en sensibilisant les premiers à l'importance de la notion de capacité de travail et aux avantages liés à la reprise du travail. Les protocoles apportent les preuves scientifiques du lien entre certaines affections, certains traitements et la capacité de travail, afin de rendre l'évaluation médicale plus homogène.

L'impact de ces recommandations n'a pas été évalué de façon rigoureuse, mais il semble que ces dernières contribuent au fort recul de l'absentéisme pour maladie aussi bien aux Pays-Bas qu'en Suède. Il sera important de veiller à ce que les médecins comprennent bien ces recommandations et y recourent largement. Par conséquent, il est essentiel d'en assurer l'élaboration en se fondant sur les connaissances médicales pures, mais aussi en relation avec le monde du travail. Idéalement, ces recommandations devraient être rédigées et validées par la profession médicale elle-même. Il est également important de diffuser les principes généraux contenus dans ces recommandations, notamment la nécessité pour les médecins traitants de considérer les arrêts de travail comme un nouvel outil de soins et de traitement destiné à accélérer la récupération, et pas comme une passerelle vers l'inactivité (OCDE, 2009)[7].

Clarification des procédures à l'intention des médecins

Un deuxième moyen d'harmoniser les pratiques en matière d'arrêts de travail et d'éviter les congés de maladie de longue durée consiste à clarifier et à prédéfinir les procédures administratives que doivent suivre les médecins. Une fois de plus, plusieurs pays se sont engagés sur cette voie.

- En Norvège, le médecin traitant doit guider le salarié de façon à renforcer sa motivation. Lorsqu'il délivre un certificat médical d'arrêt de travail, il doit se demander si l'arrêt est justifié ou non du point de vue médical. Si la maladie du salarié dure plus de six semaines, un avenant au certificat médical doit être délivré à l'organisme d'assurance maladie. Les médecins traitants qui ne respectent pas cette réglementation peuvent perdre leur droit à délivrer les certificats médicaux.
- Au Luxembourg, depuis 2005, en cas d'absence maladie d'au moins six semaines au cours des 16 semaines précédentes, un formulaire spécial doit être rempli par le médecin traitant et envoyé au Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS). Ce formulaire permet à l'administration de déterminer si l'absence de longue durée est justifiée. Si le formulaire n'est pas renvoyé dans un délai de quatre semaines (après une relance au bout de deux semaines), le versement des indemnités est suspendu. Étant donné que le formulaire et la lettre de rappel sont envoyés à l'intéressé, ce dernier et son médecin sont conjointement responsables de la justification de longues périodes d'arrêt de maladie.

Les procédures administratives dépassent souvent le simple fait de demander aux médecins de fournir régulièrement des informations sur l'arrêt maladie. Une information fréquente sur l'évolution de la situation peut être une première étape utile, mais uniquement si l'information ainsi obtenue est utilisée à bon escient. Ainsi, en Irlande, le certificat médical doit être renouvelé toutes les semaines, sans pour autant que le nombre de renouvellements soit plafonné ni qu'aucune intervention particulière ne soit prévue en cas de renouvellement répété. Dans ce contexte, le renforcement des procédures administratives à l'intention des médecins ne produira des bénéfices que si le respect de ces procédures est suivi et que le non-respect de ces dernières est sanctionné.

Contrôle systématique des certificats d'arrêt de travail

Des directives à l'intention des médecins et des procédures claires constituent le fondement d'une harmonisation et d'une plus grande objectivité des pratiques en matière d'arrêts de maladie, mais ces dernières seraient plus efficaces si elles étaient mieux

observées et surveillées. Une fois de plus, plusieurs pays ont mis en place ou récemment renforcé leurs systèmes de surveillance et de contrôle.

- En Espagne, en 2004, l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) s'est doté d'un nouveau service chargé de contrôler les absences. L'INSS emploie plus de 500 médecins, chargés de surveiller et de réévaluer les arrêts maladie en cours. L'INSS gère une très riche base de données administratives, qui contient tous les antécédents d'absence pour maladie, avec des informations sur le salarié, l'employeur, la cause de l'absence et le dossier médical complet. Ces informations sont automatiquement enregistrées au reçu des notifications d'absences maladie auxquelles sont tenus les employeurs ainsi que de tous les certificats de maladie délivrés par des médecins traitants. L'INSS procède alors au contrôle des absences qui dépassent la durée moyenne correspondant à chaque pathologie, en comparant cette dernière à des listes détaillées de toutes les pathologies possibles.

L'exemple espagnol n'est probablement pas facilement transposable à d'autres pays, en raison des questions qu'il soulève en matière de protection de la vie privé et de confidentialité. Cette base de données contient, en effet, des informations personnelles sur chaque salarié qui sont actualisées automatiquement, chaque jour (OCDE, 2007). Toutefois, il est possible d'effectuer des contrôles de meilleure qualité de différentes façons avec, souvent des informations beaucoup moins détaillées et transparentes. Ainsi, la surveillance peut tout simplement comprendre un contrôle régulier et aléatoire des certificats d'arrêt de maladie par une instance supérieure, comme les médecins-conseil employés ou mandatés par l'organisme servant les prestations maladie ou invalidité.

Plusieurs pays de l'OCDE, dont l'Autriche et la France, sont dotés de ces systèmes. Ainsi, en Autriche, les certificats d'arrêt de travail pour maladie sont vérifiés de façon régulière et aléatoire dès la première semaine d'absence environ. Nombre des salariés en arrêt qui sont convoqués pour une visite de contrôle reprennent le travail avant de se rendre à la visite, ce qui donne une idée de l'efficacité de cette méthode. En Autriche, surtout, ces contrôles, effectués par les médecins de l'assurance maladie, sont effectués très tôt bien que les indemnités maladie soient versées par l'employeur sur une longue période (de 6 à 12 semaines), ce qui signifie que le coût à longue échéance des arrêts de travail de longue durée pour le contribuable est pleinement reconnu. Cette situation est possible, bien entendu, uniquement parce que l'employeur est tenu de signaler très tôt l'absence du salarié.

Incitations financières en direction des médecins

En fin de compte, l'efficacité de ces outils et de ces interventions – recommandations, procédures, contrôles et associations de ces dispositifs – dans la modification réelle des pratiques des médecins dans l'établissement d'arrêts maladie dépendra des sanctions. Ces sanctions peuvent notamment passer par la plus extrême d'entre elles (dont on peut penser qu'elle sera provisoire au départ), qui consiste à interdire au médecin de prescrire des arrêts de maladie, ce qui pourrait avoir des répercussions négatives sur les revenus des médecins. Cette mesure est toutefois rarement prise, même si elle est légalement autorisée, comme en Norvège.

Au contraire, les mesures se doivent d'être incitatives. Récemment, on a constaté une évolution prometteuse dans les pays nordiques, sous la forme d'un retour partiel au travail après un arrêt maladie. En effet, toutes les maladies ne donnent pas lieu à une incapacité de travail complète. Au contraire, surtout pour les troubles psychologiques, qui représentent

un nombre croissant d'absences, il serait possible pour le salarié de reprendre le travail avec une capacité de travail partielle, ce qui réduirait sensiblement la durée d'inactivité. Des études récentes réalisées en Norvège ont montré que lorsque le médecin prescrivait plus souvent des arrêts de travail partiels, le basculement vers des régimes d'invalidité à un horizon de trois ans (étude en cours par l'université de Bergen) était moins fréquent. Tous les pays nordiques sont dotés d'une réglementation qui leur permet de recourir plus souvent à une indemnisation partielle de l'arrêt maladie – ce qui n'est pas possible, légalement, dans la plupart des pays de l'OCDE. En Norvège, par exemple, un arrêt de travail partiel doit toujours être envisagé avant la délivrance d'un arrêt total.

Au niveau, plus large, des systèmes eux-mêmes, les autorités chargées d'administrer les entités nationales (ou, parfois, régionales) de santé, mais aussi d'accorder les autorisations, d'employer ou de dédommager de quelque façon que ce soit les praticiens de santé qui délivrent les arrêts de maladie, devraient avoir un intérêt financier intrinsèque à gérer leur système de manière à encourager l'emploi. Cette question dépasse le cadre du présent rapport, mais une solution pourrait être de transférer une composante des dépenses publiques au titre des congés maladie des budgets de la protection sociale au secteur de la santé. Ainsi, les autorités sanitaires qui gèrent les praticiens de la santé seraient incitées à les encourager à limiter la durée et donc le coût des congés maladie au minimum nécessaire à l'obtention de bons résultats en termes de santé et d'emploi.

5.4. Conclusion

De nombreux pays ont commencé à comprendre le rôle que pouvaient jouer les employeurs dans la prévention, la surveillance et la gestion des arrêts maladie en vue d'éviter, à terme, la rupture du lien avec le marché du travail des salariés. Les employeurs sont les mieux placés pour veiller à ce que le lieu de travail ne comporte pas de risques pour la santé et pour réagir rapidement. De même, le rôle des médecins traitants est essentiel dans la mesure où ces derniers peuvent réduire les arrêts maladie à la durée minimale nécessaire et amener les salariés à envisager un retour rapide au travail plutôt que de s'installer dans la maladie. De différentes façons, les pays cherchent à améliorer l'implication aussi bien des employeurs que des médecins traitants.

Concernant les employeurs, la question essentielle est de renforcer, de surveiller et d'étendre les responsabilités qui leur sont confiées et les incitations financières correspondantes, en particulier en matière d'absence maladie, tout en leur offrant des dispositifs de soutien suffisants pour leur permettre de faire face à de nouvelles obligations plus importantes. Pour les médecins traitants, il convient de prévoir des mesures associant recommandations médicales, procédures administratives clarifiées et contrôles systématiques.

L'un des principaux défis de la dynamisation de la demande de main-d'œuvre est de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés présentant des problèmes de santé chroniques ou une incapacité sans que cela ne se fasse au détriment des candidats à l'emploi. Pour cela, il faudra une certaine flexibilité du marché du travail et un bon équilibre entre responsabilités et aides, ainsi que certaines mesures ponctuelles permettant de redresser les déséquilibres, ce qui passe aussi par une implication des partenaires sociaux.

Notes

1. L'Australie constitue une exception en raison de ses critères particuliers d'admissibilité aux prestations maladie. Après dix jours continus de versement du salaire par l'employeur, les salariés malades peuvent être licenciés et, sans contrat de travail valable, ils ne sont pas amissibles à une indemnité maladie. En revanche, ils sont orientés vers un dispositif d'allocations chômage. Les bénéficiaires d'une allocation chômage présentant une incapacité provisoire de travailler ne sont pas transférés vers le régime d'indemnités maladie. En outre, les travailleurs occasionnels, qui représentent environ un quart de la main-d'œuvre et un tiers de l'ensemble des travailleurs présentant un handicap, ne sont pas pris en charge par le régime d'indemnités maladie.
2. Concernant le Canada, il s'agit de l'assurance invalidité volontaire de longue durée qui couvre à peu près la moitié de la main-d'œuvre occupée et représente environ un cinquième du total des dépenses au titre des prestations d'invalidité. En Suisse, il s'agit à la fois des plans de prestations d'invalidité professionnelle obligatoires du deuxième pilier et de l'assurance obligatoire de prestations maladie en espèces, qui est intégrée à l'assurance santé privée.
3. Les quotas d'emplois ne sont que moyennement efficaces pour une autre raison : ceux qui s'appliquent dans les pays de l'OCDE concernent les personnes dont l'invalidité est officiellement reconnue. Or, la définition de ce statut administratif est plus étroite que celle utilisée par les systèmes de gestion des prestations d'invalidité. Par conséquent, même dans les pays présentant un taux relativement élevé de respect des quotas, d'environ 60 % (comme l'Autriche, la France et l'Allemagne), une politique de quotas ne change pas grand-chose à la situation des catégories beaucoup plus importantes de la population qui souffrent de problèmes de santé chroniques plus bénins.
4. Les pertes sèches se produisent lorsque l'embauche aurait eu lieu, même sans subvention. Des effets de substitution et de déplacement se produisent lorsque les emplois créés par la subvention remplacent l'emploi d'autres catégories de salariés (effet de substitution) ou déplacent les emplois au sein de l'économie (effet de déplacement) à cause d'une distorsion de la concurrence.
5. Sont prises en compte au titre de ce dispositif les personnes qui ont droit à une pension d'invalidité (ce qui suppose une réduction de la capacité de gains de 35 % ou plus); les personnes dont la capacité de gains après deux ans de maladie est réduite de 15-34 % (autrement dit pas suffisamment pour ouvrir droit à une pension d'invalidité); et les personnes susceptibles d'obtenir un emploi protégé. Le dispositif s'applique aux salariés en place ainsi qu'aux nouvelles embauches Sa durée est de cinq ans, mais il peut être prolongé.
6. On a constaté, par exemple, que pour les travailleurs souffrant de troubles d'anxiété généralisée, le pronostic de guérison est meilleur s'ils continuent de travailler que s'ils restent chez eux car l'isolement les conduit à ruminer à l'excès et donc aggrave leurs problèmes. De même, un congé de récupération de quatre semaines après une chirurgie coronarienne tend à améliorer le pronostic car la reprise d'une activité au terme de ce délai (dans des limites fixées) facilite le rétablissement et la réadaptation.
7. Malgré ces nouvelles directives, les médecins traitants, en Suède, peuvent prescrire des arrêts de maladie d'une durée plus longue que celle recommandée; toutefois, ils doivent alors indiquer par écrit les raisons qui justifient le choix de la durée.

Bibliographie

Acemoglu, D. et J.D. Angrist (2001), « Consequences of Employment Protection? The Case of Americans with Disabilities Act », *Journal of Political Economy*, vol. 19, n° 5, pp.915-950.

Begle, K. et A. Stock (2003), « The Labour Market Effects of Disability Discrimination Laws », *Journal of Human Resources*, vol. 38, pp.806-859.

Datta Gupta, N. et M. Larsen (2007), « Évaluating Employment Effects of Wage Subsidies for Disabled Individuals – The Danish Flex-Jobs Scheme », Danish National Institute of Social Research, Copenhague.

De Jong, P. R., M. Lindeboom et B. van der Klaauw (2006), « Screening Disability Insurance Applications », IZA Discussion Paper n° 1981, Bonn.

DeLeire, T. (2000), « The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act », *Journal of Human Resources*, vol. 35, n° 4, pp.693-715.

Fjell, Y. M. Österberg *et al*. (2007), « Appraised leadership styles, psychosocial work factors, and musculoskeletal pain among public employees », *Journal International Archives of Occupational and Environmental Health*.

Heckl, E. (2009), « Providing Reasonable Accommodation for Persons with Disabilities in the EU – Best Practices and Financial Schemes », rapport de l'institut autrichien de recherche pour les PME, pour le compte de la Commission européenne.

Henrekson, M. et M. Persson (2004) « The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System », *Journal of Labour Economics*, vol. 22, n° 1, pp.87-113.

Hesselius, P. et M. Persson (2007), « Incentive and Spill-over Effects of Supplementary Sickness Compensation », *IFAU Working Paper* n° 16, Institute for Labour Market Policy Évaluation, Uppsala.

Høgelund, J. et A. Holm (2004), « Case Management and Returns to Work of Disabled Employees », Centre for Applied Microeconometrics, Université de Copenhague.

Humer, B., J.P. Wuellrich et J. Zweimüller (2007), « Integrating Severely Disabled Individuals into the Labour Market: The Austrian Case », IZA Discussion Paper n° 2649, Bonn.

Kangasharju, A. (2007), « Do Wage Subsidies Increase Employment in Subsidised Firms? », *Economica*, vol. 74, n° 293, pp. 51-67.

Koning, P. (2005), « Estimating the Impact of Experience Rating on the Inflow into Disability Insurance in the Netherlands », *CPB Discussion Paper* n° 37, La Haye.

Korkeamäki, O. et T. Kyyrä (2009), « Institutional Rules, Labour Demand and Disability Programme Participation », document de travail n° 2009:5, Finnish Centre for Pensions, Helsinki.

OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles, vol. 1 : Norvège, Pologne et Suisse*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles, vol.2 : Australie, Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles, vol.3 : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2008a), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE,* chapitre 4, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2009), *Maladie, invalidité et travail – surmonter les obstacles en Suède : les réformes récentes vont-elles réussir?* (uniquement en anglais), Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Canada : des possibilités de collaboration*, Éditions OCDE, Paris.

Puhani, P. A. et K. Sonderhof (2009), « The Effects of a Sick Pay Reform on Absence and on Health-Related Outcomes », IZA Discussion Paper, n° 4607, Bonn.

Tepper, B. J. (2007), « Abusive Supervision in Work Organizations: Review, Synthesis, and Research Agenda », *Journal of Management*, vol. 33, n° 3, pp.261-289.

Veerman, T.J (2001), « Work Status and Benefit Status », in F.S. Bloch et R. Prins (éd.), « Who Returns to Work and Why? », *International Social Security Series*, vol. 5, Transaction Publishers, New Jersey.

Waddel, G. et A.K. Burton (2006), *Is Work Good for Your Health and Well-Being?*, rapport commandé par le Department for Work and Pensions, TSO, Londres.

Chapitre 6

Des services ciblés et opportuns

Davantage de personnes handicapées pourraient travailler si elles bénéficiaient d'aides adaptées au bon moment. Ce chapitre montre qu'il y aurait beaucoup à gagner si des améliorations étaient obtenues dans les trois domaines suivants : la coopération entre les différents organismes, le traitement systématique et personnalisé des clients et les incitations de nature institutionnelle. Actuellement, dans beaucoup de pays, trop de parties prenantes participent à la fourniture des prestations et des services : elles ne coopèrent pas de manière efficace, ne sont pas suffisamment incitées à promouvoir les nouvelles politiques axées sur l'emploi et ne disposent pas des outils et des ressources nécessaires pour offrir en temps opportun des services adaptés aux besoins du client. En cherchant à améliorer les mesures et les systèmes existants, la plupart des pays se heurtent à des obstacles liés à l'absence de données et d'évaluation des programmes existants.

De nombreuses personnes handicapées ou souffrant de problèmes de santé chroniques peuvent et souhaitent travailler. Pourtant, dans bien des cas, elles n'ont pas accès aux aides à l'emploi ou à la réadaptation qui leur permettraient de se maintenir dans la population active ou de s'y insérer. Les services doivent être adaptés aux besoins des individus (et des employeurs); ils doivent être fournis, dans la mesure du possible, en temps opportun et ils doivent être faciles d'accès. Si cela est valable pour toutes les personnes à la recherche d'un emploi, des services bien adaptés s'avèrent particulièrement nécessaires pour les personnes handicapées, étant donné le caractère très hétéroclite de leurs besoins.

La plupart des pays de l'OCDE ont consenti des efforts considérables pour étendre la gamme de services disponibles et modifier les modalités de leur prestation. Toutefois, ces changements, bien qu'importants dans beaucoup de pays, n'ont guère modifié les résultats. La situation actuelle peut être résumée comme suit :

- Le recours aux mesures isolées en faveur de l'emploi est très faible et ne concerne souvent que quelques centaines de personnes; la plupart des personnes qui accèdent aux prestations d'invalidité n'ont jamais bénéficié de telles mesures.
- Le recours aux mesures en faveur de l'emploi est particulièrement faible parmi les travailleurs plus âgés qui constituent encore, dans la plupart des cas, la majorité des nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité.
- Les aides à l'emploi sont la plupart du temps offertes à une étape très tardive du processus, souvent de nombreuses années après l'apparition d'un problème de santé ou le début d'un arrêt de longue maladie. Dans certains pays, le groupe cible de ce type de services est constitué des personnes qui perçoivent des prestations d'invalidité, ce qui implique par définition une intervention très tardive.
- Pour ceux qui bénéficient d'une mesure d'aide à l'emploi, les dépenses par personne sont dans la plupart des cas très peu élevées en comparaison avec le montant moyen des prestations d'invalidité qui sont versées.
- Les résultats de ce type de programme sont rarement mesurés et, lorsqu'ils le sont, se révèlent généralement très variables. La seule mesure de résultats disponible concerne souvent le fait de savoir si une nouvelle demande de prestations a été évitée. Lorsque l'emploi est utilisé comme mesure des résultats, on sait en général très peu de choses sur le caractère durable de l'emploi.
- Dans plusieurs pays de l'OCDE où les dépenses de réadaptation professionnelle sont supérieures à la moyenne, ces dernières sont axées principalement sur les prestations de réadaptation (ces prestations sont souvent plus élevées que les prestations d'invalidité), seule une petite partie du total correspondant au coût direct des services.
- Dans plusieurs pays où les dépenses globales liées aux mesures d'aide à l'emploi atteignent un niveau assez élevé, elles couvrent pour l'essentiel le coût des subventions accordées en faveur de l'emploi protégé. Or, la transition de l'emploi protégé au marché du travail ouvert est très rare.

Le tableau est donc loin d'être satisfaisant. Nombre des institutions et organismes en charge de la mise en œuvre et de la gestion des programmes d'emploi, de formation et d'aide sociale sont organisés d'une manière qui n'est ni coordonnée, ni systématique, ce qui contribue sans doute aux mauvais résultats des politiques de maladie et d'invalidité. Dans ces conditions, les mesures d'incitation en direction des gestionnaires de systèmes et des prestataires de services, ainsi que les modalités de contrôle et de financement de leurs activités, peuvent donc influencer fortement l'efficacité ultime des politiques. Les autorités du marché du travail, en outre, ont souvent négligé d'évaluer l'impact de leurs programmes et l'absence, dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, de données sur la participation aux dispositifs de réadaptation professionnelle et d'aide à l'emploi constitue, par conséquent, un sujet de préoccupation majeur.

Le présent chapitre aborde les principales questions qui restent en suspens quant aux structures institutionnelles et à la mise en œuvre des programmes pour l'emploi, afin de progresser plus rapidement et plus efficacement vers une situation où les personnes désireuses et capables de travailler pourront obtenir en temps utile les services dont elles ont besoin.

6.1. Améliorer la coordination et la coopération entre les organismes

Une coordination et une coopération efficaces et actives entre les organismes compétents sont particulièrement importantes en raison du caractère interdisciplinaire des politiques visant les personnes handicapées. Si le système de santé (traiter les individus lorsque cela est nécessaire et les aider à gérer leur état par la réadaptation médicale), le système de prestations (fournir une garantie de ressources si nécessaire) et les services nationaux de l'emploi (aider les personnes qui disposent encore d'une aptitude suffisante à l'emploi à trouver un travail) ont tous un rôle essentiel à jouer, leurs objectifs ne coïncident pas toujours.

Les institutions d'aide sociale et d'aide à l'emploi mises en place dans la plupart des pays de l'OCDE présentent, pour des raisons historiques, un caractère fragmenté et délivrent des programmes axés sur diverses catégories de personnes, souvent mis en œuvre par des organismes distincts avec des sources de financement variées. Par conséquent, les institutions concernées – comme les instances de gestion des prestations, les organismes locaux d'aide sociale et le service public de l'emploi – s'appuient sur des objectifs et des pratiques divergentes, à l'origine d'un certain nombre de problèmes. Les prestations d'invalidité et les services de l'emploi, par exemple, sont souvent financés à l'échelon national (ou, dans certains cas, à l'échelon régional, fédéral ou local), alors que les services de l'emploi sont généralement mis en œuvre au niveau local. L'État a besoin de maintenir un certain contrôle sur la gestion et la mise en œuvre des politiques locales dans la mesure où les services locaux de l'emploi sont généralement peu incités à faire respecter les critères d'admissibilité auprès des individus aptes au travail. Par ailleurs, le mode d'organisation des différents organismes fait que certains bureaux de l'emploi locaux s'efforcent de diriger les travailleurs sans emploi difficiles à placer et qui souffrent de problèmes de santé vers d'autres organismes et d'autres types de prestations.

Pour différentes raisons, il peut être difficile d'améliorer la coordination et la coopération entre les organismes publics. Les systèmes fragmentés sont fréquemment régis par des réglementations qui rendent toute tentative de réforme particulièrement complexe, difficile ou vulnérable face aux intérêts politiques. Dans les pays à structure fédérale comme le Canada et la Suisse où le rôle des divers organes publics est défini dans la constitution, une volonté politique particulièrement ferme et tenace peut donc s'avérer

nécessaire. Il importe en particulier que les autorités publiques soient suffisamment déterminées à s'investir dans une stratégie active de réinsertion professionnelle à l'égard de clients qui nécessiteront souvent un soutien spécial, au lieu de se contenter de faire ce qu'elles faisaient auparavant et qui peut leur sembler le plus facile – et peut aussi paraître plus attrayant pour le client –, à savoir accorder une prestation.

Vers un système intégré d'accès aux prestations et aux services

Les pouvoirs publics reconnaissent la nécessité d'associer l'action publique à une réforme organisationnelle et conditionnent le passage à un régime de prestations actif à des changements fondamentaux dans les administrations et les organismes chargés de la gestion et de la mise en œuvre des programmes. Un moyen radical d'améliorer la coordination et la coopération entre les organismes publics consiste à fusionner les organismes pertinents en services « à guichet unique ». Dans les politiques de l'emploi, le principe du guichet unique assure l'accès aux programmes du marché du travail et, le cas échéant, aux prestations sociales par le biais de services communs, même lorsque les différents programmes et prestations sont gérés par des organismes distincts bénéficiant d'une autonomie juridique et financière. Plusieurs pays de l'OCDE ont adopté ce principe sous des modalités différentes :

- C'est le cas notamment du Royaume-Uni où, depuis 2002, l'organisme de délivrance des prestations et le service public de l'emploi ont fusionné pour former le *Job Centre Plus*. Ce nouvel organisme offre aux personnes en âge de travailler un point unique pour l'accès à l'emploi, aux conseils sur les prestations et aux aides. En conséquence, la pratique de transfert des clients – qui consistait par exemple à les faire passer des prestations de chômage aux prestations d'invalidité ou inversement – est devenue moins fréquente.
- La Norvège a récemment décidé de fusionner l'administration nationale de l'assurance sociale (chargée des prestations d'invalidité) et le service national de l'emploi (qui s'occupe de tous les programmes d'emploi et de réadaptation professionnelle) en un organisme national unique, l'administration du travail et de l'aide sociale, qui coopère étroitement avec les bureaux locaux d'aide sociale. Cette réforme a pour but principal de fournir des services adaptés aux besoins des usagers et, à cette fin, d'offrir « un seul guichet » pour tous les services en renforçant le partenariat entre les autorités centrales et les collectivités locales.
- L'Australie a créé *Centrelink*, un organisme officiel à guichet unique chargé du versement des prestations, de la fourniture de toute une gamme de services de l'État fédéral et, le cas échéant, de l'orientation vers un prestataire de services. L'octroi des prestations d'invalidité est également décidé par *Centrelink* et non par l'organisme qui évalue l'aptitude à l'emploi.
- Aux Pays-Bas, lors du démantèlement du service public de l'emploi, la plupart des services d'emploi ont été intégrés à l'autorité en charge de l'assurance des salariés. Initialement, les deux organismes fonctionnaient avec un seul guichet unique; ils ont ensuite partagé leurs locaux afin d'améliorer encore l'intégration des services et l'orientation des clients; puis, en 2009, les deux entités ont fusionné.

Dans certains cas, y compris en Norvège, il est encore trop tôt pour dire si ces tentatives de réforme ambitieuses ont été couronnées de succès. Toutefois, l'exemple du Royaume-Uni semble indiquer que la fusion des autorités de l'emploi et des organismes en charge des prestations ne permet pas seulement de simplifier les services pour le client mais qu'elle influence aussi la réforme ultérieure des services de prestations et d'emploi (OCDE, 2007).

En outre, le fait de regrouper sous un même toit l'ensemble des chargés de dossiers et des organismes chargés de faire appliquer les politiques de ressources et d'emploi qui visent les personnes handicapées peut aider à simplifier l'assortiment de prestations et à favoriser le développement d'un système offrant des services d'emploi mieux adaptés, en temps utile :

- En Finlande, des centres de services pour la population active ont été créés séparément avec un personnel détaché des bureaux locaux de l'emploi et des services municipaux et, dans certains cas, de l'organisme national de sécurité sociale, afin d'apporter une aide spécialisée aux demandeurs d'emploi difficiles à placer. Cette nouvelle coopération institutionnalisée est toutefois limitée et, en grande partie à cause de restrictions de financement, ne vise que les chômeurs de longue durée et les demandeurs d'emploi très défavorisés. Néanmoins, elle a permis de développer des modèles de bonne pratique pour la mise en place de services à guichet unique et de systèmes de partage des coûts (OCDE, 2009).

En conclusion, l'amélioration de la coordination des politiques et de la coopération entre les organismes représente un véritable défi et la fusion des organismes publics constitue une solution parmi d'autres. Un tel changement requiert une volonté très forte à tous les niveaux afin de surmonter la résistance inévitable des fonctionnaires, des travailleurs sociaux et des autres parties prenantes face au remaniement complet du système. Le changement doit être mené par tous les acteurs de manière transparente, avec un partage efficace d'informations afin de mettre à profit les effets de synergie potentiels.

Rationaliser les systèmes fragmentés

Le renforcement de la coordination et de la coopération entre les différents organismes est un moyen de simplifier des systèmes qui sont actuellement complexes et fragmentés. La situation de départ est en effet très compliquée et manque de transparence en raison du nombre excessif de prestations différentes administrées par des entités distinctes et de la trop grande variété de services d'emploi offerts par des prestataires et des organismes différents. Certains pays devront en outre s'efforcer de simplifier leurs dispositifs afin de rendre les services plus accessibles aux clients, les résultats plus prévisibles et le système général plus efficient. Les pays dont le système est fragmenté ont généralement conscience du problème et prennent des mesures pour parvenir à un système de prestations et de services plus simple et mieux structuré.

L'Irlande est dans ce cas. Il existe en effet dans ce pays différentes prestations maladie de longue durée pour les personnes souffrant de problèmes de santé, qui sont accordées en fonction du type d'invalidité, des cotisations du demandeur à l'assurance, de la nature du trouble de santé ou de plusieurs de ces critères, mais pas nécessairement de l'aptitude au travail. L'Irlande prend maintenant des mesures pour simplifier le portefeuille de prestations, en regroupant les responsabilités correspondantes qui relevaient encore du Département de la santé et de l'enfance au sein du Département de la protection sociale, par exemple.

Au Canada, la complexité des prestations demeure un problème. Le programme fédéral d'assurance-invalidité et les programmes d'indemnisation des travailleurs qui existent dans les provinces sont généralement les premiers payeurs, avec d'autres prestations parallèles – notamment les prestations d'aide sociale des provinces, les crédits d'impôt et les assurances invalidité privées. Si le cumul des prestations est autorisé, généralement avec un rééquilibrage d'autres droits, il n'est pas explicitement encouragé (sauf par les assureurs privés). D'une manière générale, un bénéficiaire sur quatre reçoit deux prestations ou plus.

L'Espagne est parvenue à intégrer la structure des prestations au sein d'un organisme national, en confiant la mise en œuvre des politiques du marché du travail aux sièges régionaux, qui chapeautent quant à eux les agences locales. Cependant, l'association d'une structure de prestations centralisée et de services d'emploi décentralisés n'assure pas le degré de coordination des prestations et des services requis pour aider un plus grand nombre de personnes handicapées à entrer sur le marché du travail.

En Finlande, la fragmentation de la structure de mise en œuvre des politiques est particulièrement manifeste au niveau du système de réadaptation professionnelle, où les parties prenantes sont trop nombreuses. Le service public de l'emploi, le système de santé, divers organismes d'assurance et les communes y jouent chacun un rôle particulier, ce qui fait qu'il est presque impossible non seulement pour les usagers potentiels mais aussi pour les autorités concernées de reconnaître la marche à suivre. Cette situation n'est pas exceptionnelle. Les pays pourraient s'inspirer de l'exemple de l'Allemagne qui, en 2001, a simplifié un système déjà bien développé mais assez complexe de réadaptation professionnelle en harmonisant la base juridique de la prestation des services, permettant ainsi d'élargir les options offertes aux candidats à la réadaptation.

Répartition et partage des responsabilités en matière de financement

Les méthodes pour promouvoir la coordination et la coopération entre les organismes varieront en fonction de la situation et des choix politiques du pays : la fusion matérielle des entités concernées ou leur co-localisation sera, par exemple, indiquée dans certains cas mais non dans d'autres. Cependant, il importera dans tous les cas de définir et d'assigner le bon rôle au bon organisme, en répartissant en conséquence les ressources et les responsabilités de financement, surtout lorsque les pays répugnent à remanier ou à fusionner les organismes publics.

La concordance des responsabilités et des systèmes de financement est particulièrement difficile à établir lorsque les fonctions et les compétences sont réparties non seulement de façon horizontale entre les ministères ou les organismes qui en dépendent mais aussi de façon verticale entre les organes publics centraux et locaux. Dans l'idéal, le budget et les compétences devraient correspondre étroitement à la responsabilité d'une politique spécifique. Pour illustrer ces difficultés, les Pays-Bas ont enregistré une forte augmentation du nombre de bénéficiaires du programme *Wajong*, un programme de prestations d'invalidité financé par l'État et s'adressant aux personnes *devenues handicapées* à un âge précoce[1]. Cette augmentation tenait en grande partie au fait que les communes avaient intérêt à inciter les bénéficiaires de l'aide sociale locale à demander la prestation versée à l'échelon national, de façon à réduire leurs propres dépenses.

L'évolution des données dans les pays ayant modifié leurs dispositifs de financement de l'aide aux chômeurs de longue durée confirme l'idée selon laquelle le cofinancement local et régional conduit à une réduction du nombre de dossiers traités. En Finlande, par exemple, les communes sont responsables depuis 2006 de la moitié des dépenses liées au chômage de longue durée, cette mesure étant venue s'ajouter au cofinancement par l'État et les communes, qui avait été introduit précédemment, du coût de l'aide sociale. À la suite de ces changements, le nombre de bénéficiaires a baissé pendant plusieurs années (OCDE, 2008), en partie parce que le cofinancement local a encouragé l'introduction et la mise en œuvre de mesures de réinsertion.

Les mesures d'incitation financière directes sont encore assez rares et elles sont appliquées le plus souvent entre différents échelons de l'administration. Aux Pays-Bas, par exemple, bien que cela ne concerne pas directement les questions d'invalidité, les communes reçoivent maintenant un budget de financement à deux volets, le premier se rapportant uniquement aux versements de prestations et le second aux mesures relatives à l'emploi. Les fonds non utilisés qui font partie du second volet doivent être retournés à l'État; il s'agit ainsi de susciter une approche plus active. Le Danemark est l'exemple le plus intéressant d'expérimentation des incitations financières à l'égard des principaux organes publics, les communes :

- Pendant les 16 dernières années, qui ont donné lieu à un travail d'adaptation continu, le Danemark a mis en place un système d'incitation inédit fondé sur le remboursement par l'État des mesures relatives à l'emploi, comme les subventions salariales et la réadaptation professionnelle, à un taux plus favorable que les prestations de maladie ou d'invalidité. Pour être plus précis, l'État ne rembourse le coût des prestations de courte durée (prestations maladie) qu'à hauteur de 35 % et de zéro le coût des prestations d'invalidité, alors que le taux de remboursement des dépenses de réadaptation professionnelle, par exemple, s'élève à 65 %. Ce dispositif s'accompagne en outre d'un système local de collecte de l'impôt qui recueille près de 60 % des recettes de l'impôt sur le revenu. L'expérience a permis de préciser au fil des ans le niveau d'incitation requis pour que les municipalités appliquent effectivement l'objectif du gouvernement d'accroître l'emploi des personnes handicapées et a montré combien il importe de combler toutes les failles du système (OCDE, 2008).
- Un autre exemple de système de financement bien conçu, quoiqu'à une échelle bien moindre, est celui de la stratégie adoptée en Suède pour renforcer la coordination entre l'organisme d'assurance sociale (AS) et le service public de l'emploi (SPE). Afin de favoriser l'insertion d'un plus grand nombre de personnes handicapées, le gouvernement a choisi d'allouer un financement à l'AS dans le but spécifique de l'inciter à travailler plus étroitement avec le SPE, au lieu de se contenter d'orienter les candidats à la réadaptation professionnelle vers le SPE. Cette modalité de financement a permis de surmonter le problème du financement en silos et d'établir une relation plus positive entre les deux organismes gouvernementaux, y compris au niveau local (le personnel des deux entités planifiant ensemble la meilleure utilisation des ressources).

La mise en place d'incitations financières directes pour les organismes publics est souvent difficile, plus difficile que pour leurs homologues privés (voir section 5.3). Certains pays ont choisi une approche fondée sur la stigmatisation, où les résultats des bureaux régionaux (par exemple en Suisse) ou même locaux (par exemple au Danemark) sont diffusés à tous les bureaux dans un but d'émulation positive. Certaines observations ponctuelles provenant de ces bureaux semblent indiquer que cette approche peut donner des résultats.

Gouvernance : surveiller les autorités régionales et locales

La surveillance des autorités locales et régionales est aussi un moyen de veiller à la bonne mise en œuvre des politiques à l'échelon local. Les besoins de surveillance de l'État sont directement fonction de la structure d'un système. Plus les organismes et les niveaux d'administration concernés sont nombreux, plus il est difficile d'examiner de près et de contrôler les mesures prises et les résultats. À l'inverse, le regroupement des questions d'emploi et de prestations au sein d'un seul ministère et de quelques organismes non seulement simplifie les processus et facilite la coopération entre organismes mais garantit aussi une plus grande responsabilité des organes régionaux, réduisant ainsi considérablement

le besoin de surveillance, en particulier lorsque la responsabilité financière des recettes et des dépenses se situe au même niveau. Les enjeux que soulèvent la surveillance des administrations locales et les mesures à prendre pour les inciter à appliquer les nouvelles orientations générales varient donc énormément d'un pays à l'autre.

Le service public de l'emploi (SPE), qui relève souvent du ministère du Travail et est chargé de la gestion des services de l'emploi, et l'assurance sociale ou un organisme équivalent de délivrance des prestations, qui dépendent généralement du ministère des affaires sociales, sont les acteurs essentiels dans de nombreux pays de l'OCDE. Cependant, il est fréquent que plusieurs autres organismes soient également impliqués et, dans certains pays, les communes assument une grande part des responsabilités. Le SPE dispose dans beaucoup de pays d'une expérience très importante de la surveillance des organes régionaux et locaux, généralement avec des objectifs de résultats plus ou moins contraignants à différents niveaux de l'administration, y compris des objectifs nationaux ou régionaux voire parfois des objectifs par bureau ou par travailleur social. Les objectifs en question sont fréquemment modulés sur une base annuelle et comprennent effectivement dans certains pays, par exemple en Norvège, des objectifs concernant, entre autres, la proportion de personnes handicapées participant à des mesures d'aide à l'emploi. Cependant, dans beaucoup de cas (en particulier, encore une fois, en Norvège), ces objectifs opérationnels sont axés sur le processus et non sur les résultats, et le montant des fonds alloués aux bureaux locaux n'est pas subordonné à la réalisation de certains objectifs.

La plupart des pays n'ont pas encore adopté de système de fixation d'objectifs pour les autorités chargées de délivrer les prestations mais il existe quelques exemples prometteurs :

- En Suisse où les bureaux cantonaux pour les handicapés sont les acteurs principaux de la mise en œuvre des politiques, l'harmonisation des différences importantes entre cantons grâce au renforcement du contrôle exercé par l'organe de surveillance national est devenue ces dernières années le moteur de l'évolution des politiques. L'introduction d'un système de déclaration et de suivi mieux adapté et de contrôles plus fréquents (tous les ans plutôt que tous les trois ans) a permis de renforcer la concurrence entre les cantons. Ces mesures sont complétées par des accords sur les objectifs de résultats avec chaque bureau cantonal, semblables à ceux établis depuis plusieurs années entre le service public de l'emploi et l'organe de surveillance correspondant. Ce type de gestion par objectifs est encore assez nouveau pour les organismes publics d'assurance ou de prestations d'invalidité.
- Le Danemark fixe aussi des objectifs aux communes qui gèrent le système de prestations et au système d'emploi par le biais des centres pour l'emploi. L'un des trois objectifs pour 2009, par exemple, était formulé ainsi : « chaque centre pour l'emploi veille à ce que le nombre de cas de prestations de maladie d'une durée de plus de 26 semaines soit inférieur à celui de l'année précédente ».

Un exemple qui montre la difficulté à établir un système de financement et de surveillance efficace est celui du Canada où le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces se partagent la responsabilité des compléments de ressources et des services de l'emploi. Le gouvernement fédéral alloue aux provinces des budgets très importants pour améliorer l'emploi des personnes handicapées mais n'exerce qu'un contrôle réduit sur l'utilisation des fonds; les obligations de déclaration auxquelles sont soumis les gouvernements des provinces sont en outre réduites. Un tel décalage entre les responsabilités en matière de financement et la programmation des services n'est pas idéal. Différents moyens peuvent être utilisés pour y remédier, notamment en transférant

à l'autorité régionale, c'est-à-dire les provinces dans le cas du Canada, l'ensemble des responsabilités de financement et de collecte des impôts.

Dans la plupart des pays où les gouvernements locaux ou régionaux, ou les bureaux locaux d'organismes publics qui accordent un rôle très important aux collectivités locales, sont responsables des services de l'emploi et/ou des systèmes de prestations, en s'appuyant sur les fonds qu'ils reçoivent de l'administration centrale, cette dernière s'abstient d'utiliser ses pouvoirs en matière de versements et de contrôle en raison du caractère fortement politique de cette répartition. Le montant des sommes transférées à l'autorité ou collectivité locale est généralement défini par négociation entre les deux échelons de l'administration. Le processus ne repose pas sur les résultats de l'évaluation des performances mais sur de simple variables comme la taille de la population et, parfois, sa composition (par souci d'équité entre les collectivités locales), et les fonds sont généralement transférés sous forme de somme forfaitaire plutôt qu'au moyen de remboursements échelonnés. L'administration centrale s'abstient en outre généralement de contrôler les résultats au niveau local. Un tel système est loin d'être optimal.

Mesurer les résultats et évaluer les programmes

L'amélioration de la structure de gouvernance a aussi des incidences sur l'aptitude des autorités du marché du travail à évaluer l'impact de leurs programmes et à utiliser cette information pour mieux les gérer. L'absence de données sur les résultats des politiques actives du marché du travail pour les personnes handicapées ou souffrant de problèmes de santé ou, lorsque de telles données existent, le caractère limité de l'information qui circule entre les différents organismes et niveaux d'administration constitue en effet un enjeu majeur dans tous les pays de l'OCDE. Avec le passage à une politique du handicap plus axée sur l'emploi, le besoin de données de meilleure qualité et plus faciles à comparer, reposant sur des normes définies d'un commun accord, se fait de plus en plus sentir.

Néanmoins, peu de données pertinentes aux fins de l'action publique sont recueillies, produites ou partagées et encore moins avec d'autres. Plusieurs raisons plausibles peuvent être avancées pour expliquer l'absence de conservation et de diffusion des données, notamment le caractère relativement récent des mesures en faveur de l'emploi et de la réadaptation des personnes handicapées, le caractère local et non commercialisable des services ou la très forte demande de ces services qui n'incite pas les prestataires à innover ni à chercher à obtenir des informations sur la qualité des services offerts ailleurs.

Lorsque ces données existent, le *partage* de l'information est un autre problème à résoudre aux fins de l'amélioration des politiques. Cela est particulièrement vrai, malheureusement, dans les pays à structure fédérale comme le Canada et les États-Unis ou dans les pays où les communes jouent un rôle essentiel dans l'organisation et/ou la fourniture des services. Le potentiel de ces pays en termes d'amélioration progressive des politiques est théoriquement très grand puisque les différentes régions, opérant toutes sous le même système ou dans un environnement règlementaire identique, ont la possibilité de développer de façon inventive et de tester leurs propres politiques, les résultats des différentes approches mises en œuvre pouvant être partagés entre les régions afin d'accélérer l'identification des mesures optimales pour l'action publique. Ce système pourrait favoriser une saine émulation, chaque région ou localité s'efforçant d'obtenir les meilleures performances mais, en pratique, cela ne se produit que trop rarement. Le Danemark et la Suisse se sont penchés récemment sur cette « opportunité manquée » et ils s'efforcent actuellement d'obtenir de meilleurs résultats globaux en diffusant et en

partageant les données de fonctionnement et les résultats en matière d'emploi obtenus respectivement par les centres municipaux de l'emploi (au Danemark) et par les autorités régionales chargées de délivrer les prestations d'invalidité (en Suisse).

En l'absence d'informations de qualité, l'amélioration des politiques et des programmes sera à la fois difficile et coûteuse. Dans ces conditions, la seule manière d'améliorer l'action publique consiste à procéder par tâtonnements. Cette méthode peut en effet être utile – et elle l'est souvent – lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une stratégie, par exemple lorsqu'un pays teste une nouvelle méthode ou un nouveau système dans une région ou dans quelques unités administratives seulement avant de l'étendre à l'ensemble du pays, comme cela est fréquemment le cas au Royaume-Uni par exemple. Cependant, pour tirer profit d'une telle approche et réduire au minimum les risques d'erreur lors de l'introduction générale du nouveau système, il faut que la période d'essai permette de recueillir des données sur lesquelles pourra s'appuyer la généralisation ultérieure du système. Ces données doivent aussi, dans la mesure du possible, reposer sur une évaluation scientifique rigoureuse et sur des comparaisons avec un groupe témoin. Un pays peut, par exemple, décider initialement de mettre de côté, disons, 5 % des dépenses totales aux fins de l'évaluation du programme, comme l'a fait l'Allemagne au début de la décennie dans le cadre de la réforme générale des politiques du marché du travail (réformes Hartz), ce qui a eu un impact très fort sur le nombre de données disponibles et a permis, à son tour, le remaniement complet de nombreux programmes du marché du travail.

6.2. S'occuper des clients de façon systématique et personnalisée

Pour fournir en temps utile les services répondant aux besoins des clients, plusieurs conditions doivent être remplies. Les clients potentiels doivent avoir facilement accès à des mesures d'aide adaptées à leur cas et pouvoir identifier sans difficulté le bon moyen d'accéder aux services. Les autorités doivent disposer d'outils leur permettant de déterminer au plus tôt si la maladie d'un client risque d'évoluer vers une diminution durable de la capacité de travail et si, par conséquent, une intervention rapide est nécessaire. Elles doivent avoir les moyens de fournir dès que possible un large éventail de services adaptés aux besoins du client. Pour y parvenir, de nouvelles ressources seront nécessaires dans la plupart des pays, ou bien une réorientation très importante des ressources allouées aux prestations passives vers les programmes pour l'emploi, afin de veiller à ce que l'offre de services réponde à la demande.

Investir plus pour garantir une offre de services adaptée à la demande

Le faible taux d'utilisation des services, le niveau peu élevé des dépenses par individu et le caractère extrêmement variable des résultats figurent parmi les principales insuffisances des services pour l'emploi des handicapés dans la plupart des pays de l'OCDE. Ces insuffisances tiennent à un certain nombre de facteurs, notamment l'existence de critères d'éligibilité restrictifs qui excluent un trop grand nombre de personnes et ne couvrent pas nécessairement la bonne catégorie de personnes, et le manque général d'investissement dans les services. Il convient de remédier à ces défauts.

Le tableau 6.1 présente succinctement, pays par pays, les critères requis pour accéder aux programmes en faveur de l'emploi subventionné, assisté ou protégé. D'une manière générale, l'accès aux services exige l'existence d'un handicap assez important. L'éligibilité est souvent déterminée par le caractère assez étroit de la définition juridique de l'invalidité (voir note 40) et ne prend en compte que de manière limitée la capacité effective de travail.

Tableau 6.1. **Les critères d'éligibilité aux aides à l'emploi sont très stricts**

Critères requis pour l'emploi subventionné, assisté ou protégé

	Emploi subventionné	Emploi assisté	Emploi protégé
Allemagne	Personnes « gravement handicapées » (voir colonne suivante) et personnes sans emploi.	Personnes « gravement handicapées », c'est-à-dire avec un taux d'invalidité d'au moins 50 % ou un état de santé équivalent (par exemple *invalidité* de 30-49 % et incapacité à obtenir un emploi.	Personnes dont le taux et le type d'invalidité s'opposent à ce qu'elles obtiennent un emploi non protégé, mais qui sont capables d'effectuer un certain travail productif.
Australie	L'éligibilité est évaluée en fonction de la capacité de travail minimum (au moins 8 heures par semaine) et des besoins d'aide ; toutes les personnes ayant droit aux prestations d'invalidité peuvent contacter directement les prestataires de services.		
Autriche	Personnes handicapées reconnues comme telles nécessitant une aide, c'est-à-dire atteintes d'une incapacité d'au moins 30 % et dans l'impossibilité de trouver un emploi sans l'aide de ces mesures.	Personnes gravement handicapées, présentant pour la plupart une incapacité mentale ou sensorielle, ou souffrant de troubles psychologiques.	Personnes handicapées reconnues comme telles dont la production représente au minimum 50 % de celle d'un travailleur ayant une productivité moyenne.
Belgique	Personnes dont le handicap entraîne une limitation durable des possibilités d'insertion sociale ou professionnelle et inscrites auprès de l'organisme régional d'assurance invalidité ; certaines régions exigent en outre un niveau d'incapacité minimum en fonction du type d'invalidité.		
Canada	Programmes provinciaux, dont les définitions sont souvent différentes ; les subventions salariales fédérales sont ciblées sur les personnes au chômage ayant des difficultés à trouver du travail ; l'emploi assisté vise essentiellement les personnes handicapées mentales.		
Corée	Personnes dont la capacité de travail est considérablement réduite du fait d'une invalidité de longue durée (définition médicale).	Personnes gravement handicapées ou dont on estime qu'elles ont du mal à trouver un emploi approprié/ont besoin d'un soutien sur le lieu de travail.	Personnes gravement handicapées vivant au sein de la collectivité, qui sont difficiles à employer.
Danemark	Personnes ayant une capacité de travail réduite ; emploi normal impossible, réadaptation professionnelle achevée.	Personnes atteintes de diminutions fonctionnelles physiques ou mentales graves et permanentes.	Personnes atteintes de diminutions fonctionnelles importantes ou de problèmes sociaux spécifiques, dans l'incapacité de trouver un emploi sur le marché du travail.
Espagne	Les bénéficiaires doivent être reconnus comme handicapés, c'est-à-dire présenter un degré d'incapacité certifié d'au moins 33 %.		
États-Unis	Niveau d'incapacité non pris en compte, l'accès étant déterminé par les caractéristiques des programmes.	L'admissibilité varie en fonction de l'organisme de financement.	Les programmes mis en œuvre par les États ont leurs propres configurations et critères.
Finlande	Est reconnu comme handicapé tout travailleur adressé par une agence pour l'emploi dont les possibilités de trouver un emploi, de conserver un emploi ou de progresser dans sa carrière ont fortement diminué sous l'effet d'une blessure, d'une maladie ou de tout autre handicap correctement diagnostiqué.		
France	Personnes reconnues comme handicapées par une commission d'évaluation ou victimes d'accidents du travail ou bénéficiaires de prestations d'invalidité ou anciens combattants.		Personnes reconnues comme handicapées par une commission d'évaluation, titulaires d'une carte d'invalidité ou bénéficiaires d'une prestation d'invalidité.
Grèce	Personne au taux d'invalidité de 50 % au minimum, assorti d'une employabilité limitée justifiée par une maladie ou un trouble physique ou mental ou psychologique chronique et inscrite au chômage.		
Hongrie	Capacité de travail réduite d'au moins 50 %.		
Italie	« Personnes handicapées reconnues comme telles », c'est-à-dire des personnes dont la capacité de travail est réduite de 45 % ou dont l'aptitude à exercer leur activité habituelle est réduite de 33 % ou dont l'invalidité est apparue pendant leur service militaire ou qui sont atteintes de troubles de la vue/de l'ouïe/de la parole (« liste de placements obligatoire »).		
Japon	Handicap (physique, intellectuel, mental ou de développement) ou maladie incurable.	Restrictions importantes de la capacité professionnelle liées à un handicap ou grande difficulté à avoir une vie professionnelle sur le long terme.	Difficulté à trouver un emploi auprès des entreprises traditionnelles.
Norvège	Personnes reconnues comme ayant une incapacité de travail par le Bureau du travail et des affaires sociales.		Personnes reconnues comme ayant une incapacité *majeure* de travail par le Bureau du travail et des affaires sociales.
Nouvelle-Zélande	État de santé précaire et/ou handicap susceptible de se maintenir pendant au moins six mois et d'entraîner une diminution de la capacité à vivre de manière autonome ou du bien-être social et de nécessiter une aide.		
Pays-Bas	Personnes dont l'incapacité de travail est reconnue : qui bénéficient ou ont bénéficié de prestations d'invalidité ou sont inscrites sur une liste d'attente pour obtenir un emploi protégé ou qui ont été soumises à une évaluation de leur capacité de travail (validité de 5 ans, renouvelable).		Personnes atteintes d'une invalidité grave, c'est-à-dire qui ne peuvent travailler que dans des conditions adaptées.
Pologne	L'évaluation de l'invalidité est menée par des équipes d'évaluation locales – afin de déterminer le taux d'incapacité et de définir des mesures appropriées en matière de formation et d'emploi ; à noter que l'évaluation aux fins de l'attribution de prestations sociales est également reconnue.		
Portugal	Personnes ayant des difficultés à obtenir ou à conserver un emploi approprié.	Personnes handicapées suivant une formation dans l'emploi (phase initiale d'intégration).	Personnes ayant une faible productivité, incapables d'exercer un emploi non protégé, inscrites auprès des services compétents.

Tableau 6.1. **Les critères d'éligibilité aux aides à l'emploi sont très stricts** *(suite)*

Critères requis pour l'emploi subventionné, assisté ou protégé

	Emploi subventionné	Emploi assisté	Emploi protégé
République slovaque	Capacité de travail réduite en raison d'un handicap physique, mental ou comportemental, telle que déterminée par une décision ou une déclaration de l'organisme en charge de l'assurance sociale ou par une évaluation de la sécurité sociale.		
Suède	Personnes ayant une incapacité de travail et inscrites auprès du bureau de l'emploi régional.	Personnes reconnues comme ayant une incapacité de travail grave.	Personnes reconnues comme handicapées qui peuvent travailler à mi-temps mais ne peuvent obtenir aucun autre type d'emploi.
Suisse	Pour les mesures de maintien dans l'emploi : incapacité de travail et risques d'invalidité. Pour les mesures de réadaptation professionnelle : incapacité de travail d'au moins 6 mois. Pour les mesures de réadaptation : (risque d') invalidité conformément à la loi sur l'assurance invalidité.		Subvention versée à partir d'un taux d'invalidité de 50 %.
République tchèque	Personnes reconnues comme handicapées par la sécurité sociale ou comme ayant une capacité de travail réduite par l'agence en charge de l'emploi.		
Royaume-Uni	L'admissibilité à une gamme de programmes en faveur de l'emploi des personnes handicapées (génériques ou spécifiques, assistés ou non) est évaluée en fonction du type de prestation demandée, des souhaits de l'individu en matière d'emploi et de ses besoins en termes d'aide.		

Source : Informations fournies par les autorités nationales.

Avec des critères aussi restrictifs, un grand nombre de personnes officiellement éligibles peuvent ne pas avoir une capacité de travail suffisante pour entrer sur le marché du travail ouvert, y compris avec l'aide d'une subvention salariale par exemple, ce qui contribue à réduire l'impact mesurable de l'aide apportée. Parallèlement, nombre de personnes disposant d'une capacité *effectivement réduite*, mais pas suffisamment pour prétendre à une aide complète, risquent d'être exclues de plusieurs de ces services.

Un autre problème est que, dans certains pays, certains types de programmes intensifs d'orientation et de retour à l'emploi sont réservés aux bénéficiaires d'une prestation d'invalidité. En Australie, par exemple, il y a peu encore, les personnes n'ayant pas droit aux prestations de complément de ressources ne pouvaient accéder qu'à un ensemble de services restreint ou étaient confrontées à des listes d'attente très longues avant de pouvoir accéder à des services intensifs de réinsertion dans la vie active (OCDE, 2007). Cela n'est plus le cas depuis la réforme récente des services pour l'emploi des personnes handicapées. Le conditionnement de l'accès à des services complets par rapport au statut de bénéficiaire d'une prestation d'invalidité peut s'avérer particulièrement problématique en association avec les prestations d'aide versées sous conditions de ressources, ainsi que dans les pays où l'accès aux prestations est soumis à un contrôle très strict.

En règle générale, les pouvoirs publics devraient au contraire s'efforcer par tous les moyens de veiller à ce que les services pour l'emploi soient accessibles à tous les clients qui veulent et peuvent travailler avec l'aide de mesures de soutien adaptées. Dans la plupart des pays de l'OCDE, pour parvenir à une telle situation, des investissements supplémentaires importants seront nécessaires afin d'allouer au service public de l'emploi et, le cas échéant, à d'autres prestataires de services (parfois privés) les fonds requis. Aujourd'hui, on observe encore dans beaucoup de pays, notamment le Luxembourg et l'Espagne, une inadéquation entre l'offre et la demande de services pour l'emploi des personnes handicapées du fait du manque de ressources humaines et/ou budgétaires. Il peut en résulter de longues listes d'attente ou les demandeurs peuvent se voir offrir des services inadaptés ou peu utiles, ce qui explique en partie le caractère variable des résultats de ces services.

Identification précoce des problèmes

L'offre de services doit intervenir au bon moment. En réalité, les services d'aide à l'emploi des personnes handicapées ne sont proposés qu'à une étape très tardive, généralement après que ces personnes aient été inactives pendant des années et, dans beaucoup de cas, après l'octroi d'une prestation d'invalidité, bref à un moment où leur état d'esprit n'est plus à la reprise du travail. Pourtant, le moment de l'intervention est décisif, surtout aux premières étapes d'un arrêt de longue maladie. Cette question, ainsi que celle du rôle respectif des employeurs et du corps médical, est abordée au chapitre 5. Néanmoins, les autorités de l'emploi et celles qui accordent les prestations ont aussi un rôle important à jouer, en particulier mais pas seulement dans le cas des personnes qui n'ont pas ou plus d'employeur.

Suivi des travailleurs en arrêt maladie

Les autorités publiques peuvent soutenir de nombreuses façons l'identification précoce et le suivi des maladies, en gérant les services nécessaires aux personnes concernées. Elles peuvent mettre en place les conditions permettant aux médecins, aux employeurs et aux autres acteurs de jouer leur rôle puisque la plupart des systèmes de prestations maladie des pays de l'OCDE sont institutionnalisés sous la forme d'assurances sociales à caractère public[2]. Au Danemark, par exemple, les travailleurs sociaux à l'échelon local qui s'occupent du système de prestations maladie disposent d'un ensemble d'outils pour assurer le suivi de leurs clients, y compris si nécessaire en réunissant médecins et employeurs pour discuter de leur cas.

Il existe de sérieux arguments en faveur d'une surveillance très étroite des arrêts maladie par les autorités publiques, qui devraient aussi se donner les moyens d'intervenir très tôt. Des périodes prolongées de prestations maladie peuvent facilement devenir l'obstacle principal à la reprise du travail par les bénéficiaires ou, plus généralement, à leur réinsertion dans la population active. Un arrêt de longue maladie peut remplacer de fait le recours à des prestations d'invalidité de longue durée et priver le malade de la possibilité de bénéficier de services adaptés. Il n'est pas surprenant qu'au terme d'une période de prestations de longue maladie, le malade, déjà coupé de son emploi précédent, finisse fréquemment par demander une prestation d'invalidité[3]. C'est pourquoi les pays ont cherché par différents moyens à renforcer leurs systèmes et le rôle de surveillance des organismes publics :

- Certains pays où la durée des prestations maladie était précédemment illimitée ont décidé récemment de limiter dans le temps ces prestations : à deux ans et demi dans le cas de la Suède et deux ans en Irlande.
- D'autres pays, notamment la Finlande et le Danemark, ont introduit un système de classement afin de mieux identifier les cas de maladie risquant d'évoluer en une absence de longue durée.
- Certains pays comme la France et l'Espagne ont renforcé le contrôle par les médecins de l'assurance sociale des certificats de maladie délivrés par les médecins généralistes.
- Plusieurs pays ont adopté une réglementation explicite définissant précisément le moment où certaines mesures doivent être prises par les autorités, y compris l'évaluation des besoins de réadaptation et la définition d'un plan de réadaptation (OCDE, 2006, 2007, 2008 et 2009).

Suivi de la santé des chômeurs et des personnes inactives

Les autorités publiques ont un rôle particulièrement important à jouer dans le suivi de la santé et l'identification précoce des besoins de réadaptation ou d'autres services des malades sans emploi ou inactifs, afin de réduire au minimum le glissement de ces personnes vers les prestations d'invalidité, et ceci pour deux raisons. Premièrement, le taux d'arrêts maladie est en général beaucoup plus élevé chez les chômeurs que chez les actifs; les données relatives à l'Autriche, par exemple, montrent que la durée des arrêts maladie des chômeurs s'élève en moyenne à 32.5 jours contre 12.5 jours pour les personnes occupant un emploi, seule la moitié environ de cet écart étant imputable à un effet de sélection (Leoni, 2010). Deuxièmement, le chômage de longue durée augmente la probabilité du transfert vers les prestations d'invalidité; au Royaume-Uni, par exemple, plus d'une personne sur cinq au chômage qui obtient des prestations d'invalidité bénéficiait de prestations de chômage depuis deux ans ou plus (OCDE, 2007).

Les données spécifiques sur l'utilisation de différentes prestations ou mesures par les chômeurs et les personnes inactives peuvent aider à identifier ces cas. Un processus de suivi renforcé devrait s'appliquer tout particulièrement lorsqu'un bénéficiaire passe des prestations de chômage aux prestations de maladie. Seuls quelques pays ont mis en place, dans un but d'identification précoce, une stratégie spécifique visant cette catégorie de personnes.

- Aux Pays-Bas où la responsabilité du suivi des salariés malades repose principalement sur l'employeur, l'organisme d'assurance des travailleurs est soumis aux mêmes obligations (notamment la définition d'un plan de réadaptation, voir chapitre 5) en ce qui concerne les personnes sans emploi.
- En Australie, après une certaine période d'arrêt maladie prolongé, le chômeur malade est convoqué en vue d'une évaluation à la fois de son aptitude au travail et de ses besoins en matière d'aide.

L'identification précoce des problèmes de santé qui affectent l'aptitude à l'emploi, suivie d'une intervention rapide, est souvent particulièrement importante, bien que difficile à réaliser, dans le cas des personnes qui ne font pas partie de la population active, par exemple le groupe des jeunes adultes qui ne sont pas encore entrés sur le marché du travail. Dans plusieurs pays de l'OCDE, notamment la plupart des pays nordiques et des pays anglophones mais aussi la République tchèque, les Pays-Bas et la Suisse (graphique 2.A1.2), le pourcentage de jeunes adultes bénéficiant de prestations d'invalidité est élevé ou a très fortement augmenté pendant la dernière décennie. Un grand nombre de ces jeunes n'ont pas terminé le secondaire et ont un besoin urgent de services de formation, d'adaptation et d'orientation pour pouvoir accéder au marché du travail. L'abandon de la scolarité est probablement le signe précurseur le plus utile pour identifier les jeunes qui ont besoin de ces services. Néanmoins, beaucoup reste à faire pour remédier aux lacunes de l'action publique en ce qui concerne l'identification et l'aide à apporter rapidement à ces jeunes.

Intervenir plus tôt pour prévenir les demandes de prestations d'invalidité

Il existe d'autres étapes où le suivi et, le cas échéant, une intervention peuvent aider à prévenir la dépendance à l'égard des prestations d'invalidité de longue durée. L'un de ces moments clés est le rejet d'une demande de prestations d'invalidité, chose qui se produit assez souvent (voir chapitre 4). Lorsqu'ils cherchent à obtenir des prestations d'invalidité, les demandeurs sont généralement déjà très détachés du marché du travail, ce qui

explique pourquoi beaucoup de ceux dont la demande a été rejetée déposent une nouvelle demande par la suite et réussissent souvent à se faire inscrire sur les listes de bénéficiaires de ces prestations. Les personnes dont la demande a été rejetée constituent un groupe à risque qui nécessite une attention toute particulière et un soutien plus important que l'aide habituelle pour réintégrer la population active; ne pas cibler spécifiquement ce groupe de personnes constitue, par conséquent, une opportunité manquée.

La nouvelle procédure de reclassement introduite au Luxembourg en 2002 est un exemple de réforme visant à prévenir le dépôt de demandes de prestations d'invalidité. Cette procédure, qui entre en jeu lorsqu'une personne (identifiée grâce au contrôle plus strict des arrêts maladie) ne répond pas aux critères requis pour la poursuite du versement des prestations maladie mais ne peut néanmoins reprendre son emploi, entraîne des obligations très importantes à la fois pour l'employeur (qui doit examiner les possibilités de transfert à un autre poste à l'intérieur de l'entreprise) et pour le service public de l'emploi (dans les cas où il s'avère impossible pour le travailleur de rester dans l'entreprise).

La réforme menée en 2004 en Suisse était aussi axée sur l'identification précoce des problèmes de santé et, si nécessaire, une intervention rapide – dans ce cas par l'organisme d'assurance invalidité – afin de réduire les entrées dans le régime d'invalidité (OCDE, 2006). Les travailleurs handicapés eux-mêmes et tous les acteurs concernés, y compris les membres de la famille, les employeurs et les médecins, sont encouragés à déclarer à l'organisme d'assurance invalidité les cas dans lesquels un problème de santé peut requérir une intervention précoce afin de prévenir une invalidité de plus longue durée. De nouveaux services spécialisés et de courte durée sont proposés afin de permettre au travailleur de demeurer dans son emploi actuel, solution bien moins coûteuse que de trouver un nouvel emploi pouvant requérir un ensemble complet de services nouveaux, notamment une nouvelle évaluation, une nouvelle formation et peut-être même de nouveaux aménagements sur le lieu de travail. Ces mesures ont contribué à la baisse des entrées dans le régime d'invalidité ces dernières années.

Définir un ensemble de services bien assortis

Établir le profil des usagers des services

Les clients identifiés, au moyen d'un suivi attentif et réalisé en temps opportun, comme ayant besoin d'une aide devront ensuite faire l'objet d'une évaluation soigneuse afin de déterminer les services les mieux à même de les aider. L'importance d'une évaluation exacte, axée sur la réinsertion, a déjà été soulignée plus haut en relation avec le système de prestations. Les services d'emploi et de réadaptation doivent établir un profil de leurs clients sur la base des résultats de l'évaluation. Ce profil doit être suffisamment personnalisé et regrouper effectivement l'ensemble de l'information pertinente sur chaque client, y compris son dossier médical, ses antécédents professionnels ainsi que la liste de tous les services qui lui ont été précédemment fournis. En même temps, le profil doit être suffisamment normalisé de façon à garantir un certain niveau de qualité et d'homogénéité, quel que soit l'auteur du profil et le service où celui-ci est conservé :

- En Australie, l'index de classement des demandeurs d'emploi, appliqué au moment où un demandeur d'emploi vient s'inscrire pour la première fois auprès de *Centrelink* pour obtenir une aide en matière d'emploi, est un exemple d'approche personnalisée mais simplifiée pour établir le profil du client. Cet index prend en compte les handicaps spécifiques du demandeur sur le marché du travail, permet d'identifier les personnes

présentant un risque de chômage de longue durée et, dans le cas des personnes handicapées en particulier, peut déclencher une évaluation de l'aptitude à l'emploi. Cette évaluation a une double fonction : évaluer les capacités de travail et orienter la personne vers une aide adaptée.

- La Norvège a introduit en 2008 un système d'évaluation de l'aptitude à l'emploi qui est géré par la nouvelle administration de l'emploi et de l'aide sociale. Ce nouvel outil permet d'établir le profil de tous les demandeurs de services ou de prestations, afin d'identifier ceux qui ont besoin d'une aide à un stade plus précoce, en évaluant les mesures nécessaires pour maintenir le lien avec le marché du travail et développer un plan d'action personnalisé.

L'Irlande, bien que faisant partie des pays accusant du retard dans le développement d'approches axées sur l'emploi, s'est donnée des objectifs de changement ambitieux dans le cadre du Plan de développement national 2007-13. À l'avenir, les personnes en âge de travailler, qu'il s'agisse de chômeurs, de parents isolés ou de personnes handicapées, bénéficieront d'une aide personnalisée pour les orienter vers l'éducation, la formation et l'emploi. L'établissement de profils détaillés des clients lors du premier contact avec les services est essentiel à la réussite de ce plan et plusieurs projets pilotes en cours d'application testent actuellement l'utilisation, entre autres, d'outils plus pointus de gestion par cas conformément au plan.

Les résultats de l'évaluation ou du profil doivent permettre d'orienter les clients vers le service ou le prestataire de services le mieux adapté. Le type et l'intensité du service varieront en fonction des besoins du client et aussi en partie de l'état spécifique des services dans un pays. Dans les pages qui suivent, nous abordons plusieurs points concernant la nature et la structure d'une prestation de services efficace.

Flexibilité des services

Tout au long du processus, les services doivent être adaptés aux besoins des clients et non à ceux des prestataires. Les services doivent être conçus et mis en œuvre de façon à inciter les clients à intégrer dès que possible le marché du travail normal. Pendant toute la durée d'utilisation des services, une relation étroite doit être maintenue avec les travailleurs sociaux, afin que ceux-ci puissent orienter systématiquement leurs clients vers les services dont ils ont besoin à chaque étape et continuer à les aider à s'adapter au marché du travail. Il est donc essentiel de supprimer tous les facteurs de contre-incitation – pour les clients ou les travailleurs sociaux – susceptibles de gêner les progrès à cet égard.

Les prestataires de services peuvent se trouver confrontés à des conflits d'intérêts, en fonction du système de financement mis en place. Ils peuvent avoir intérêt, par exemple, à maintenir certains clients dans leurs programmes. Ces effets indésirables peuvent être limités à l'aide d'un système de financement bien conçu axé sur les *résultats* plutôt que sur les ressources ou les produits (voir section 6.3). Il s'agit là d'un aspect essentiel dans les pays où le service public de l'emploi est peu développé et dans les collectivités défavorisées où les organismes à but non lucratif et privés de prestation de services remplissent aussi *de facto* le rôle de gestionnaires de cas, ce qui rend plus difficile pour les autorités publiques de superviser le processus.

D'autre part, l'emploi protégé – qui était et demeure largement utilisé dans beaucoup de pays, tout particulièrement aux Pays-Bas et en Pologne – peut devenir une voie de garage pour les personnes qui ont de meilleures potentialités d'emploi. Pour certaines

personnes, l'emploi protégé est le seul moyen d'effectuer un travail satisfaisant. Le risque existe, cependant, que des individus se trouvent confinés dans un certain type d'emploi parce que les entreprises protégées ont tendance à vouloir conserver leurs meilleurs employés. Il est rare que les personnes travaillant dans un lieu de travail protégé aient la possibilité d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances afin de pouvoir concourir sur le marché du travail normal. Les entreprises protégées étant fortement dépendantes des subventions publiques (pour l'investissement initial et les dépenses de fonctionnement notamment), leur maintien se fait souvent au détriment du développement de nouvelles stratégies pour aider les bénéficiaires de ce type d'emplois à accéder au marché du travail normal. Pour pallier ce problème, la Pologne a étendu le bénéfice de ses généreuses subventions aux entreprises non protégées; la Hongrie a mis en place un système d'accréditation mieux défini et des règles de subvention plus claires, en offrant ainsi aux personnes handicapées des services mieux adaptés à leur capacité de travail réduite; et les États-Unis, dans la réglementation sur le financement des services pour l'emploi, ont exclu l'emploi protégé des données utilisées pour mesurer l'accès effectif à l'emploi.

Une question particulière se pose quant à la fourniture de services adaptables et flexibles : la nécessité, dans de nombreux cas, de suivre les personnes auparavant inactives ou sans emploi tout au long de leur expérience de travail durable, au lieu d'interrompre les services une fois le placement réalisé. Cette approche est importante s'agissant de plusieurs catégories de personnes bénéficiant de service liés à l'emploi mais tout particulièrement dans le cas de celles qui ont besoin d'un assortiment complexe de services dans les domaines de la santé et de l'emploi et peut-être aussi de services sociaux. L'une des caractéristiques principales des modèles d'emploi assisté ou de placement et de soutien individuels utilisés dans un nombre croissant de pays est la fourniture de services (et aussi d'une aide financière) *sur une base continue*, en tenant compte des besoins de chacun. Par ailleurs, ces modèles sont utilisés pour le placement des bénéficiaires dans des emplois concurrentiels sur le marché du travail ouvert. Des essais contrôlés randomisés menés dans plusieurs pays de l'OCDE ont permis de recueillir des données incontestables sur l'efficacité de l'emploi assisté, comme le montre la synthèse de ces travaux établie par Drake et Bond (2008)[4]. Toutefois, comme ce type de service nécessite des ressources et un personnel importants, le nombre de personnes qui en ont bénéficié est encore très peu élevé et beaucoup de pays n'ont pas encore mis en œuvre cette méthode. L'emploi assisté vise actuellement surtout les personnes souffrant de problèmes de santé graves et les modèles existants n'ont pas encore été adaptés, par exemple, aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale plus modérés dont le nombre, déjà élevé, va croissant.

Intégration et spécialisation des services

De nombreux pays de l'OCDE appliquent une politique d'intégration visant à donner aux personnes handicapées accès aux programmes d'emploi génériques. Par exemple, depuis 2005 en Pologne, les bénéficiaires de prestations d'invalidité peuvent obtenir des services auparavant réservés aux personnes officiellement inscrites comme demandeurs d'emploi. Grâce à l'évolution des esprits et des orientations de l'action publique qui incitent à examiner d'abord les capacités d'une personne plutôt que son handicap, les services généraux du marché du travail sont de plus en plus chargés d'offrir aussi des services aux personnes handicapées. Dans certains pays, en particulier les pays nordiques, le service public de l'emploi ou son personnel sont entièrement responsables de l'insertion sur le marché du travail de toutes les personnes en âge de travailler. De ce fait, non

seulement les nouveaux services sont potentiellement accessibles aux demandeurs d'emploi handicapés mais les procédures et objectifs des services sont harmonisés avec ceux d'autres groupes cibles qui ont aussi besoin d'améliorer leur aptitude à l'emploi comme les chômeurs de longue durée, les jeunes ayant interrompu leur scolarité ou les travailleurs âgés dont les compétences sont devenues obsolètes.

Le premier enjeu pour ces services d'emploi intégrés est de veiller à ce que les nouvelles catégories de client soient suffisamment représentées dans les divers programmes. Toutefois, la volonté toujours plus forte de cibler les services sur l'individu implique que des services spécialisés sont aussi nécessaires. Le Danemark, par exemple, a résolu le problème en mettant en place dans chaque bureau de l'emploi un spécialiste de l'emploi des personnes handicapées et en créant un centre national spécialisé fournissant des conseils à toutes les collectivités. Ce dispositif permet de tirer avantage des services intégrés – meilleure orientation et passerelles plus directes vers le marché du travail normal – sans perdre le bénéfice de services spécialisés visant à répondre à des besoins spéciaux. D'autres pays, par exemple l'Australie, ont maintenu une distinction stricte entre les services généraux de l'emploi et les services pour l'emploi des personnes handicapées, afin de garantir que les seconds soient fournis par des spécialistes, tout en harmonisant les processus et les régimes de financement. Certains pays, la Nouvelle-Zélande par exemple, allouent un financement spécial au développement de services innovants pouvant être adaptés plus précisément aux différents besoins des personnes handicapées.

En définitive, des ressources suffisantes doivent être affectées aux services visant à aider les personnes handicapées ou souffrant de maladies chroniques à accéder au marché du travail normal. En l'absence de capacités humaines et de ressources adéquates, les pays ne pourront soutenir l'accès à l'emploi pour un nombre suffisamment élevé de personnes. Même dans un pays comme la Finlande, jusqu'à une date récente, mais plus encore par exemple dans certains pays d'Europe du Sud, le service public de l'emploi, déjà surchargé de travail, ne sera plus en mesure de s'occuper des nouveaux dossiers ou de continuer à répondre aux besoins du groupe traditionnel des demandeurs d'emploi. Cela pourrait rapidement devenir un problème grave, en particulier pendant une crise de l'emploi comme la crise actuelle, du fait de l'augmentation accélérée de la charge de travail du service public de l'emploi.

Services axés en priorité sur la reprise du travail ou la formation

Les services plus directement axés sur l'environnement de travail sont en général mieux à même d'accroître l'emploi que les services axés sur la formation. La plupart des travaux spécialisés sur l'évaluation des programmes parviennent à la conclusion que les mesures d'aide à l'emploi normal (en particulier les subventions salariales, le tutorat, l'adaptation du lieu de travail et l'aide personnalisée) donnent de meilleurs résultats que les programmes de formation, y compris la réadaptation professionnelle, et que la formation dans l'emploi est plus efficace que les programmes d'enseignement général (Kluve, 2006; Martin et Grubb, 2001). Cela est également vrai pour les chômeurs en général et pour les personnes handicapées. Ces résultats expliquent pourquoi certains pays comme la Suède, par exemple, ont remanié ces dernières années leurs services de l'emploi, en délaissant en grande partie l'éducation et la formation au profit des mesures privilégiant l'accès à l'emploi et des subventions salariales.

Les exemples de la Finlande et du Danemark illustrent de façon intéressante l'efficacité des subventions salariales accordées aux personnes handicapées. Le système à petite échelle, bien ciblé, introduit en Finlande s'est révélé efficace mais il n'aide qu'un très petit nombre de personnes. En revanche, le système danois d'emplois flexibles fortement subventionnés de façon continue est un système de grande envergure (offrant des emplois à environ 5 % de la population active) mais il s'accompagne d'effets de substitution et de pertes d'inertie considérables et revient en fait à subventionner le passage à l'emploi à temps partiel (voir chapitre 5). Il est donc nécessaire de trouver le juste équilibre entre la taille d'un programme et son degré de ciblage. Cela explique en partie la grande efficacité des modèles d'emploi assisté décrits plus haut, qui donnent aussi la priorité à l'insertion dans l'emploi, suivie d'un soutien continu dans l'emploi – à la fois pour le travailleur, ses collègues de travail et la direction de l'entreprise – *via* un système de tutorat afin d'assurer au placement un caractère durable.

Les résultats des mesures de réadaptation professionnelle sont au contraire ambigus et mitigés, le taux d'accès à un emploi se situant entre 20 % et 70 %. L'efficacité de la réadaptation professionnelle est remise en cause par de nombreuses études qui attribuent ses résultats positifs à un effet d'« écrémage » et ses résultats négatifs à un effet de verrouillage (les participants ne recherchent pas activement un emploi pendant la période de réadaptation et sont donc maintenus de fait en situation de chômage). Certains chercheurs font néanmoins état d'un impact positif des mesures éducatives sur la probabilité de reprise d'un emploi (voir Bach, 2007 et Westlie, 2008). Quoi qu'il en soit, il semble justifié de fournir une formation (ainsi que d'autres services sociaux ou médicaux) aux personnes qui ne peuvent reprendre immédiatement le travail.

Il n'est pas possible de répondre de façon tranchée à la question de savoir si les approches axées sur la reprise du travail sont préférables à celles qui privilégient en premier lieu la formation. La réponse varie en partie en fonction de l'état du cycle économique. Le principe fondamental exigeant d'adapter les services aux besoins des clients implique que les clients prêts à travailler ont plus à gagner de services ordinaires orientés vers l'emploi, tandis que ceux qui ont besoin d'une formation ou de services préalables à l'emploi bénéficieront de mesures de réadaptation professionnelle et d'autres mesures éducatives. Néanmoins, les programmes de réadaptation professionnelle existants ont souvent à gagner d'une orientation plus nettement tournée vers l'emploi, notamment en mettant l'accent sur le travail à l'essai, comme cela est de plus en plus le cas en Norvège, par exemple. Les programmes axés sur l'acquisition d'une expérience professionnelle que développent certains pays comme l'Irlande vont aussi dans cette direction.

6.3. Mettre en place des incitations adéquates pour les prestataires de services privés

La fourniture de services par des prestataires privés fait depuis longtemps partie intégrante, dans tous les pays de l'OCDE, des politiques à l'égard des personnes handicapées. Bien avant l'introduction des nouvelles approches axées sur l'emploi, les ONG et les collectivités locales aidaient déjà les personnes ayant une capacité de travail réduite à réintégrer la population active. Avec la nouvelle orientation des politiques, qui privilégie le travail, les pouvoirs publics allouent aujourd'hui généralement des ressources plus importantes aux prestataires privés et s'efforcent de développer avec eux des réseaux plus efficaces. Traditionnellement, les prestataires privés étaient des ONG à but non lucratif mais, depuis peu, la participation d'entreprises privées, opérant essentiellement

sur le mode non lucratif, s'accroît dans beaucoup de pays. Cependant, dans quelques pays, des entreprises à but lucratif sont entrées sur le marché.

La question de savoir si les gouvernements doivent développer leurs propres capacités de services publics ou sous-traiter la plupart des services au secteur privé fait débat (Zaidi, 2009). Les partisans de la sous-traitance des services mettent en avant les réductions de coûts, les gains d'efficacité et les innovations, tandis que leurs opposants soulignent le risque que les prestataires privés ne se montrent trop sélectifs. Toutefois, ce risque existe aussi parfois lorsque les services sont fournis par les bureaux publics de l'emploi. Dans certains pays, comme l'Irlande, la question principale du point de vue de l'action publique consiste à déterminer la méthode la mieux adaptée pour alimenter en ressources le secteur privé traditionnel des ONG autour duquel s'est constitué le réseau des services et qui est solidement enraciné dans les collectivités locales. D'autres pays, notamment l'Australie et le Royaume-Uni, ont opté pour une autre voie en décidant ces dernières années de sous-traiter les services de l'emploi au secteur privé par le biais d'appels d'offres.

Dans ces deux groupes de pays se pose la question de la répartition des rôles entre prestataires privés et organismes publics, afin d'optimiser les résultats. La sous-traitance des services s'accompagne potentiellement d'un certain nombre de risques à différents stades du processus, notamment en ce qui concerne la participation des clients, leur évaluation et la gestion des cas, étant donné qu'à chacune de ces étapes, l'intérêt des prestataires privés peut entrer en conflit avec celui du client[5]. Pour répondre à ce problème, les pouvoirs publics doivent renforcer la responsabilité des prestataires de services afin de garantir l'utilisation à bon escient des deniers publics. Un mécanisme de financement *fondé sur les résultats* est le meilleur moyen d'y parvenir.

Vers un financement fondé sur les résultats

Diverses méthodes de financement ont été et sont utilisées pour rembourser et rémunérer les prestataires de services, notamment – en allant de la moins différenciée à la plus différenciée – les subventions annuelles forfaitaires, le système de prime par client, le financement fondé sur les produits, les honoraires et le financement fondé sur les résultats. Dans beaucoup de pays, la tendance est aujourd'hui à l'abandon des subventions forfaitaires, qui contribuent au maintien du système de services existant et sont souvent peu flexibles, au profit de formes de financement fondées sur les résultats, plus aptes à promouvoir l'innovation et le changement. Le financement fondé sur les résultats a été introduit ces dernières années dans les services de l'emploi en Australie, aux Pays-Bas (« *no cure, less pay* ») et au Royaume-Uni, ainsi que dans le programme de réadaptation professionnelle aux États-Unis.

Le financement fondé sur les résultats est supérieur aux autres systèmes de financement du point de vue de l'objectif ultime qui est d'augmenter l'emploi des personnes handicapées, et ceci pour plusieurs raisons[6]. Ce système est celui qui remédie le mieux à plusieurs défauts potentiels de la privatisation. Les prestataires, comme ils sont payés sur la base du *nombre de personnes qu'ils ont aidées à accéder à un emploi* plutôt que du *nombre de personnes à qui ils ont fourni des services*, n'ont aucune raison de maintenir les clients dans leurs services plus longtemps que nécessaire et d'offrir des services inappropriés. Il existe toujours un risque d'écrémage des bénéficiaires lors de la phase d'admission mais ce problème peut être résolu en ajustant soigneusement la structure de financement. En Australie, les honoraires sont différenciés entre clients en fonction de l'évaluation du degré de handicap sur le marché du travail.

Qualité, concurrence et chèques-services

La qualité des services fournis et le besoin d'assurer l'amélioration continue de la qualité sont des préoccupations essentielles lors du développement d'un marché de prestataires privés à but lucratif. L'Australie offre un exemple de bonne pratique dans ce domaine :

- Avec son système détaillé de gestion des performances (*Star Rating*), l'Australie est le pays qui est allé le plus loin dans le suivi des performances des prestataires de services. L'obtention d'une bonne notation est indispensable aux prestataires pour leur permettre de participer au prochain cycle d'appels d'offres et donc pour demeurer sur le marché. Les résultats en matière d'emploi des clients considérés comme plus difficiles à placer contribuent, par exemple, à relever le niveau de la note qui leur est accordée.

Le Royaume-Uni n'est pas allé aussi loin que l'Australie à cet égard mais applique un système d'octroi des licences rigoureux afin de garantir la bonne qualité des services. Les Pays-Bas ont choisi jusqu'ici dans une large mesure de laisser ces questions aux soins du marché; le seul contrôle effectué lors du processus d'adjudication est un contrôle de crédibilité mais de nombreux prestataires sont homologués par une organisation professionnelle qui leur délivre une attestation de qualité.

La concurrence est un outil puissant pour renforcer la responsabilité et, dans une certaine mesure, améliorer la qualité. C'est pourquoi, dans les pays qui sous-traitent les services d'emploi et de réadaptation professionnelle à des entreprises privées, les appels d'offres eux-mêmes peuvent aider à surmonter certains des risques de qualité en jeu, à condition que les pouvoirs publics gèrent comme il se doit le processus d'adjudication, surveillent et évaluent les performances des prestataires et tiennent compte des résultats au moment de la prolongation ou du renouvellement des contrats. L'évaluation du niveau de concurrence induit varie selon les pays. Au Royaume-Uni, l'objectif est d'avoir au moins deux prestataires concurrents dans chacune des zones d'emploi du pays. Les résultats des enquêtes menées aux Pays-Bas laissent à penser que la concurrence n'a pas permis aux prestataires qui obtiennent les meilleurs résultats de prospérer suffisamment au détriment de ceux dont les résultats sont plus faibles mais a néanmoins suscité une surenchère à la baisse en ce qui concerne le prix des contrats (Groot *et al.*, 2006). Les résultats observés aux États-Unis montrent que, bien que les bénéficiaires peuvent choisir de recevoir des services d'emploi de prestataires privés et/ou publics, près de 90 % d'entre eux reçoivent des services de l'organisme de réadaptation professionnelle de l'état où ils vivent.

Les systèmes de chèques visent à donner aux clients un certain contrôle sur le choix des services et des prestataires. Ainsi, les chèques-services peuvent contribuer à renforcer la concurrence entre les prestataires de services puisque ceux-ci ne doivent pas seulement obtenir l'approbation des pouvoirs publics mais aussi celle des clients qui achètent leurs services. Toutefois, cela exige que le marché soit suffisamment transparent pour que les clients puissent effectuer des comparaisons et choisir un prestataire adapté, soit par leurs propres moyens, soit avec l'aide de la personne qui traite leur dossier. Les chèques-services sont encore peu répandus à l'intérieur de l'OCDE. Les deux exemples les plus notables fournissent à cet égard des enseignements intéressants :

- Les « plans individuels de réinsertion » introduits aux Pays-Bas en 2004 donnent aux individus la possibilité de choisir le moyen le mieux adapté à leur réinsertion. Ces plans, qui doivent être approuvés par l'organisme responsable, semblent avoir obtenu un

succès remarquable : grâce au taux élevé de satisfaction des clients, ils sont maintenant utilisés dans près de 70 % des parcours de réinsertion et les résultats en matière d'emploi se sont aussi améliorés.

- Aux États-Unis, depuis le lancement progressif du programme « *Ticket to work* » en 2002-04, les personnes qui reçoivent des prestations d'invalidité peuvent décider volontairement d'utiliser le *Ticket* pour obtenir, auprès de prestataires homologués, un service de réadaptation professionnelle ou de placement ou d'autres aides à l'emploi. Contrairement aux Pays-Bas, la participation est peu élevée (environ 2.4 % des personnes ayant reçu le *Ticket*) et l'impact du programme est donc resté faible, malgré diverses mesures incitatives.

La réussite du programme néerlandais en comparaison avec les résultats quelque peu décevants du programme américain s'explique sans doute principalement par la différence dans le moment choisi pour l'intervention : le « *Ticket to work* » s'adresse aux bénéficiaires (de longue durée) et arrive par conséquent trop tard, tandis que le plan individuel de réinsertion proposé aux Pays-Bas est souvent adopté par des travailleurs qui se trouvent en arrêt-maladie de longue durée. Le *Ticket* aurait probablement un meilleur impact, tant pour les personnes concernées que pour l'administration de la sécurité sociale, s'il était proposé par exemple aux candidats à des prestations d'invalidité dont la demande a été rejetée ou aux personnes cherchant à obtenir d'autres prestations lorsque certains éléments indiquent que leur état de santé a contribué à la perte d'emploi ou les rend inaptes à l'emploi. D'autres pays comme la République tchèque et l'Allemagne testent aussi des systèmes de bons qui permettent aux clients d'acheter le service qu'ils recherchent.

Problèmes à résoudre pour les prestataires privés

En théorie, toute tentative de réforme visant à renforcer la responsabilité des prestataires de services privés se traduira par une augmentation de la charge de travail administrative et du coût financier pour les prestataires. Le système de financement néerlandais « *no cure, less pay* », par exemple, a alimenté la concurrence sur les prix entre prestataires, ce qui a entraîné une diminution des investissements et des efforts à long terme visant à améliorer l'aptitude à l'emploi des clients. En réaction, les Pays-Bas testent maintenant l'application de contrats de plus longue durée qui permettent aux entreprises de réinsertion d'investir. Un problème semblable de défaut d'investissement à long terme des prestataires est apparu dans trois provinces du Canada qui ont introduit un système de financement par projets exigeant normalement des prestataires de services qu'ils déclarent leurs performances sur une base *annuelle* (OCDE, 2010).

Ces problèmes sont plus graves dans les pays où les prestataires de services individuels s'appuient sur un éventail de sources différentes – par exemple différents échelons de l'administration, le service public de l'emploi et/ou l'organisme d'assurance sociale, ou encore des organismes de bienfaisance – qu'ils doivent combiner ou juxtaposer. Des sources multiples impliquant des responsabilités multiples et diverses, il en résulte des coûts administratifs excessifs pour les prestataires.

En dépit de leurs avantages, les systèmes de financement fondés sur les résultats doivent être introduits avec prudence. Mesurer les résultats en matière d'emploi, en particulier les résultats à plus long terme incluant idéalement des données sur l'évolution du parcours professionnel et des revenus d'une personne, est plus complexe et difficile que

contrôler les produits. Les prestataires peuvent trouver pesantes les contraintes liées à l'application des critères et à l'évolution d'un nouveau système de financement. En outre, s'il devient trop détaillé et complexe, un système de financement peut se révéler impossible à gérer pour les autorités publiques chargées de sa mise en œuvre et de sa surveillance; en pareil cas, celles-ci auront du mal, par exemple, à déterminer si la tarification individuelle des unités de service est adéquate.

6.4. Conclusion

Un dispositif institutionnel complexe et fragmenté, une gouvernance imparfaite des organismes de délivrance des prestations et des services et l'absence de coopération entre organismes et entre divers échelons de l'administration peuvent avoir des incidences négatives sur les résultats des politiques de maladie et d'invalidité. Dans les pays de l'OCDE, les organismes d'aide sociale et les institutions du marché du travail sont actuellement organisés d'une manière qui n'incite guère les organismes locaux à aider les clients désavantagés à améliorer leur aptitude à l'emploi, ou qui les incite au contraire fortement à diriger vers un autre organisme les personnes qui ont besoin d'une aide. Le renforcement de la coopération et de la coordination entre les différentes parties prenantes est donc indispensable pour améliorer les résultats en matière d'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé.

Les initiatives prises récemment pour surmonter ces problèmes comprennent : la fusion complète de différents services et organismes en agences à guichet unique offrant un seul point d'accès aux services communs; l'adaptation des systèmes de financement en un sens plus conforme à la structure décisionnelle, avec des retombées directes en cas de mauvaise gestion des dossiers individuels ou d'application trop généreuse des systèmes de prestations au niveau local ou régional; et l'amélioration de la gouvernance des acteurs régionaux et locaux au moyen d'une surveillance et d'un contrôle mieux adaptés de la part de l'État, de l'organisme national d'assurance sociale et des services publics nationaux de l'emploi.

Par ailleurs, des progrès ont été obtenus dans de nombreux cas en fournissant les services en temps opportun et en déterminant la bonne combinaison de services flexibles, en particulier les services axés en priorité sur la reprise du travail ou la formation. En définitive, l'une des principales problématiques consiste à s'assurer que l'offre de services est apte à répondre à la demande, afin d'aider toutes les personnes qui peuvent travailler avec un soutien adéquat à se réinsérer sur le marché du travail.

Notes

1. La plupart des nouveaux demandeurs de cette prestation sont des jeunes, souvent âgés de 18 ou 19 ans. Cependant, le critère d'éligibilité n'est pas l'âge en tant que tel mais l'âge auquel l'invalidité affectant l'aptitude à l'emploi a été acquise. Une personne de 50 ans, par exemple, peut donc prétendre à cette prestation s'il est établi que l'origine de son handicap est intervenue avant l'âge de 18 ans.
2. Parmi les pays de l'OCDE, les exceptions sont la Corée et les États-Unis. Dans ces deux pays, sauf en ce qui concerne l'indemnisation des travailleurs, le congé maladie et les versements correspondants sont définis dans le contrat d'emploi individuel entre l'employeur et le salarié. En Suisse, il n'existe pas non plus de système public de prestations maladie mais la législation établit des normes de rémunération des salariés en congé maladie, qui s'appliquent aux assurances de santé privées, comparables à celles qui existent dans d'autres pays de l'OCDE.

3. À l'inverse, une période de prestations maladie trop courte – comme la période maximum de 15 semaines au Canada – peut aussi être source de problèmes. Pour obtenir une garantie de ressources, par exemple, la personne malade peut être amenée, au lieu de s'adapter à la nouvelle situation, à demander des prestations d'invalidité trop tôt.
4. Drake et Bond (2008) ont réalisé une méta-analyse de 11 essais contrôlés randomisés menés dans divers états des États-Unis, au Canada et en Australie. Ces études montrent que la probabilité d'accès à un emploi sur le marché du travail ouvert s'établit en moyenne à 61 % contre 23 % dans le cas des interventions de type plus classique; la proportion de personnes travaillant plus de 20 heures s'élève à 44 % contre 14 %; le temps d'attente jusqu'au placement dans un emploi est moins long et la durée moyenne de l'emploi près de 50 % plus longue.
5. Les prestataires privés peuvent chercher à éviter de s'occuper des personnes atteintes d'un handicap lourd en sélectionnant de préférence celles dont l'état est moins grave. Ils peuvent prescrire des services ne correspondant pas à l'intérêt du client mais plus rentables pour eux, par exemple en offrant un service facile à fournir, moins coûteux ou simplement disponible au lieu du service le plus efficace. En outre, ils peuvent avoir intérêt à maintenir certains clients dans leurs services plus longtemps que nécessaire (OCDE, 2010).
6. Ce système est à distinguer du financement *fondé sur les produits*. Les produits sont les décisions ou résultats immédiats découlant des dépenses engagées, alors que les résultats désignent l'impact final des activités se rapportant à l'objectif sous-jacent de l'intervention publique. Dans le domaine des services d'emploi pour personnes handicapées, le « nombre de personnes utilisant un programme » est un exemple de produit, tandis que le « taux d'emploi à l'issue d'un programme » est un exemple de résultat (OCDE, 2010 et OCDE, 2009a).

Bibliographie

Bach H., N. D. Gupta et J. Høgelund (2007), « Employment Effects of Éducational Measures for Work-Injured People », IZA Discussion Paper n° 2657, Bonn.

Drake R. et G. Bond (2008), « Supported Employment : 1998-2008 », Guest Editorial in the Special Issue on the 10th Anniversary on Supported Employment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, n° 4, p. 274-276.

Groot I., D. Hollanders, J. Hop et S. Onderstal (2006), « Werkt de reïntegratiemarkt? », SEO publication n° 946, Amsterdam.

Kluve J. (2006), « The Effectiveness of European Active Labor Market Policy », IZA Discussion Paper n° 2018, Bonn.

Leoni T. (2010), « Differences in Sick Leave Between Employed and Unemployed Workers. What Do They Tell Us About the Health Dimension of Unemployment? », WIFO Working Papers n° 372, Vienne.

Martin J. P. et D. Grubb (2001), « What Works and for Whom : A Review of OECD Countries' Experiences with Active Labour Market Policies », IFAU Working Paper n° 2001/14, Institute for Labour Market Policy Évaluation, Uppsala.

OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. vol.1 : Norvège, Pologne et Suisse*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. vol.2 : Australie, Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. vol.3 : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sweden: Will the Recent Reforms Make it?*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009a), *Measuring Government Activity*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Canada: Opportunities for Collaboration*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Westlie, L. (2008), « Four Essays on Effect Évaluation of Norwegian Labour Market Policy », Department of Economics, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.

Zaidi A. (2009), « Welfare-to-Work Programmes in the UK and Lessons for Other Countries », Policy Brief, octobre 2009, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienne.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(81 2010 15 2 P) ISBN 978-92-64-08886-3 – n° 57530 2010

Maladie, invalidité et travail

SURMONTER LES OBSTACLES

Trop de travailleurs quittent définitivement le marché du travail pour des raisons de santé ou à cause d'une incapacité, et rares sont les personnes qui conservent un emploi lorsque leur capacité de travail est réduite. C'est là une tragédie sociale et économique commune à la quasi-totalité des pays de l'OCDE, qui est à l'origine d'un paradoxe apparent méritant explication : alors qu'en moyenne la santé s'améliore, pourquoi de nombreux individus en âge de travailler quittent-ils la population active pour vivre de leurs prestations de maladie de longue durée ou d'invalidité ?

Ce rapport, le dernier de la série de l'OCDE intitulée *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles,* synthétise les conclusions du projet et étudie les facteurs qui peuvent expliquer ce paradoxe. Il met en lumière le rôle des institutions en place et des politiques mises en œuvre et conclut qu'il est essentiel pour les principaux acteurs – travailleurs, employeurs, médecins, organismes publics et prestataires de services – de rehausser les attentes et d'améliorer les incitations. À partir d'un examen des bonnes et mauvaises pratiques observées dans les pays de l'OCDE, le rapport suggère qu'une série de réformes de fond s'impose afin de promouvoir l'emploi des personnes atteintes de problèmes de santé.

Le rapport examine plusieurs options d'arbitrage essentielles entre des politiques de diminution du nombre de nouveaux bénéficiaires du régime d'invalidité et d'augmentation du nombre de sorties de ce régime, de maintien dans l'emploi ou de recrutement de personnes souffrant de problèmes de santé. Il s'interroge sur la nécessité de dissocier chômage et invalidité en tant qu'aléas distincts, souligne combien il importe de disposer d'une meilleure base de données d'observation et insiste sur les difficultés de mise en œuvre des politiques retenues.

Dans la même série

Vol. 1 : Norvège, Pologne et Suisse (2006)

Vol. 2 : Australie, Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni (2007)

Vol. 3 : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas (2008)

Canada : des possibilités de collaboration (2010)

Sweden: Will the Recent Reforms Make It? (2009, en anglais uniquement)

www.oecd.org/els/invalidite

© Le tableau qui figure sur la page de couverture provient des « Ateliers Personimages », une association française à but non lucratif qui s'est fixé pour mission de promouvoir la création artistique des personnes handicapées (***www.personimages.org***).

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264088870-fr

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site ***www.oecd-ilibrary.org*** et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

éditions OCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-08886-3
81 2010 15 2 P

