

Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles

**VOL. 3 : DANEMARK, FINLANDE, IRLANDE
ET PAYS-BAS**



Maladie, invalidité et travail

SURMONTER LES OBSTACLES

Danemark, Finlande, Irlande
et Pays-Bas

Vol. 3



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties 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, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, 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 Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes 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.

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.

Publié en anglais sous le titre :

Sickness, Disability and Work

BREAKING THE BARRIERS

Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands

Vol. 3

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

© OCDE 2008

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

Les politiques de la maladie et de l'invalidité arrivent rapidement à un stade déterminant du programme d'action économique de nombreux pays de l'OCDE, et ce pour de bonnes raisons. Les problèmes de santé, ou étiquetés comme tels par la société et par les politiques, apparaissent de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques. Un nombre croissant de personnes d'âge actif tirent des prestations de maladie et d'invalidité leur principale source de revenu et le taux d'emploi des personnes qui déclarent souffrir d'une incapacité est faible. Une création d'emploi soutenue dans de nombreux pays de l'OCDE, qui s'est accompagnée d'augmentations du ratio emploi-population, ne s'est pas traduite par l'augmentation du nombre d'emplois pour les personnes handicapées. À mesure que les régimes de chômage et d'aide sociale durcissent leurs exigences de recherche d'emploi et que les dispositifs de retraite anticipée sont abandonnés, les régimes de prestations pour affections de longue durée et les régimes d'invalidité subissent une pression croissante avec, à la clé, une augmentation du nombre de personnes d'âge actif qui perçoivent ces prestations et des dépenses publiques qui leur sont consacrées. Il est désormais urgent de traiter ce phénomène de « médicalisation » des problèmes du marché du travail.

Cet examen thématique s'intéresse aux moyens de mettre en adéquation les capacités et les opportunités. Il examine les politiques mises en œuvre par les pays pour maîtriser et réduire les flux d'entrée dans les régimes de maladie et d'invalidité, et venir en aide aux allocataires qui souhaitent réintégrer le marché du travail. Son objectif est de déterminer les facteurs qui poussent les personnes ayant des problèmes de santé à se retirer du marché du travail ou les dissuadent d'y entrer, et d'identifier les possibilités d'améliorer les politiques publiques dans ce domaine. Il passe donc en revue les perspectives d'emploi des personnes qui présentent des problèmes de santé ou des handicaps, et non leur situation et leurs chances en général dans la société. C'est pourquoi ce rapport se concentre surtout sur les régimes de prestations et les politiques de l'emploi et s'attarde peu, par exemple, sur les questions plus générales d'accessibilité, qui peuvent constituer des préalables importants pour certaines de ces personnes. De même, ce rapport s'intéresse surtout aux personnes qui pourraient travailler mais ne travaillent pas. Un grand nombre de personnes ayant des problèmes de santé peuvent et veulent travailler. C'est donc une erreur fondamentale que de partir du principe qu'elles sont inaptes à l'emploi. Une politique qui se proposerait de les aider à travailler doit être doublement gagnante, d'une part en permettant aux intéressés d'échapper à l'exclusion et d'améliorer leurs revenus, et d'autre part en améliorant les perspectives d'une plus grande efficacité de l'offre de main-d'œuvre et d'une augmentation de la production économique à long terme.

Le troisième volume de cette série est consacré aux défis et obstacles auxquels sont confrontés le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas, et examine en particulier les mesures prometteuses prises par ces quatre pays pour transformer leurs régimes de maladie et d'invalidité jusqu'alors passifs en systèmes de soutien actif tournés vers l'emploi. Il comporte six chapitres et une

note de synthèse sur les principaux défis et les enseignements que l'on peut tirer, qui s'accompagne d'un certain nombre de recommandations précises pour la poursuite des efforts de réforme dans les différents pays.

Le chapitre 1 décrit l'ampleur des défis à relever en s'intéressant aux principaux résultats obtenus jusqu'ici dans les quatre pays. Le chapitre 2 évalue les réformes déjà réalisées et en cours des politiques de la maladie et de l'invalidité. Le chapitre 3 s'intéresse à la manière dont l'État peut contribuer à réduire les flux d'entrée dans les régimes de prestations de longue durée en pratiquant une meilleure gestion de la maladie et une meilleure évaluation de l'invalidité, et comment il peut aider les allocataires à reprendre le travail par le biais de politiques de l'emploi et de mesures de réadaptation. Le chapitre 4 s'intéresse au rôle des employeurs et aux mesures destinées à les inciter à garder ou à recruter des travailleurs ayant des problèmes de santé. Le chapitre 5 analyse les incitations au travail pour les individus et la manière dont les taux de remplacement et les taux d'imposition effectifs créés par les régimes fiscaux et les régimes de prestations influent sur les décisions de travailler. Pour finir, le chapitre 6 propose une analyse des défis institutionnels et des incitations.

Ce rapport est la troisième d'une série d'études comparatives consacrées aux politiques de la maladie et de l'invalidité dans une sélection de pays de l'OCDE. Le premier rapport, publié en 2006, couvrait la Norvège, la Pologne et la Suisse, et le second, publié en 2007, couvrait l'Australie, l'Espagne, le Luxembourg et le Royaume-Uni. Ces trois volumes seront suivis d'un rapport de synthèse qui récapitulera les enseignements que l'on peut en tirer pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Les travaux relatifs à cet examen sont le fruit d'une collaboration entre la Division de l'analyse et des politiques de l'emploi et la Division des politiques sociales de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Ce rapport a été établi par Michael Förster, Ana Llana-Nozal et Christopher Prinz (chef d'équipe). Les modèles impôts/prestations ont été mis au point par Dominique Paturot, les travaux statistiques ont été assurés par Dana Blumin et Maxime Ladaique, et le soutien administratif par Claire Gibbons et Sophie O'Gorman. L'Autorité nationale du marché de l'emploi (AMS) danoise, le ministère néerlandais des Affaires sociales et de l'Emploi (SZW), le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé (STM), et le ministère irlandais des Affaires sociales et de la Famille (DSFA, Department of Social and Family Affairs) ont apporté des contributions importantes au rapport en préparant les documents de référence, en fournissant des données empiriques, en organisant des missions d'enquête et en livrant leurs commentaires sur une version préliminaire du rapport. Celui-ci a également été examiné lors d'un séminaire qui s'est tenu à Dublin en juin 2008.

Table des matières

Résumé et recommandations pour l'orientation des politiques	11
Chapitre 1. Grandes tendances et principaux résultats	47
1.1. Emploi et chômage des personnes handicapées	48
A. Environnement macroéconomique et tendances du marché du travail	48
B. Niveaux d'emploi	50
C. Chômage et inactivité	52
1.2. Ressources financières des personnes handicapées : revenu et pauvreté	54
A. Niveaux relatifs de revenu	54
B. Incidence des bas revenus et risques de pauvreté	55
1.3. Coût des régimes d'invalidité : dépenses publiques et dépendance à l'égard des prestations	58
A. Montant et composition des dépenses publiques	58
B. Tendances des taux de bénéficiaires de prestations	60
C. Niveaux moyens des prestations	62
1.4. Erreurs d'exclusion et d'inclusion : taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité et prévalence de l'invalidité	64
A. Que recouvre le concept d'« invalidité » ?	64
B. Erreurs d'exclusion et d'inclusion	64
1.5. Les défis démographiques : vieillissement de la population et futures pénuries de main- d'œuvre	67
A. Les effets du vieillissement sur les tendances récentes des effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité	67
B. Les défis de la démographie pour les politiques de l'invalidité des prochaines décennies	68
1.6. Impact des besoins du marché du travail : travail et santé	70
A. Tendances de l'invalidité et de la santé dans la population	70
B. Les exigences du marché du travail et la santé	73
1.7. Conclusion	76
A. Situation économique et professionnelle des personnes handicapées	76
B. Coûts de l'invalidité	77
C. L'impact des facteurs exogènes	78
Notes	78
Bibliographie	80
Chapitre 2. Évaluation des réformes récentes et en cours	81
2.1. Danemark : renforcer les responsabilités des municipalités	84
A. Évaluation de la capacité à travailler, et non de la perte de capacité	85
B. Un suivi plus strict des absences pour maladie	86
C. Réforme structurelle municipale de 2007	88
2.2. Finlande : s'éloigner de la retraite par le biais de l'invalidité	89
A. Réforme paramétrique permanente des pensions	90
B. Encourager la capacité de travail et renforcer la réadaptation	91
C. Accroître la responsabilité des municipalités	93

2.3.	Irlande : vers un engagement systématique envers les demandeurs de prestations	94
	A. Redistribution des responsabilités à la fin des années 90	94
	B. La National Disability Strategy de 2004	95
	C. D'une nouvelle rhétorique à une nouvelle politique	96
2.4.	Pays-Bas : des droits aux responsabilités individuelles	98
	A. Accroître progressivement les responsabilités de l'employeur	98
	B. Renforcer l'accent mis sur le travail par le régime de prestations	100
	C. Remaniement du paysage institutionnel	101
	D. Orientation vers les prestataires privés de services et de prestations	102
2.5.	L'impact de la réforme récente et à venir	103
	Notes	105
	Bibliographie	106
Chapitre 3. Entrer dans un régime de prestations et en sortir : le rôle de l'État		107
3.1.	Quitter le marché du travail pour un régime de prestations	108
	A. Suivi de la santé et des absences des travailleurs malades	108
	B. Suivi de la santé des chômeurs et des inactifs	115
	C. De la maladie à l'invalidité	117
	D. Entrées dans les régimes de prestations de longue durée liées à la santé	122
3.2.	Recommencer à travailler et sortir d'un régime de prestations	128
	A. Sortie des régimes de prestations de longue durée liées à la santé	128
	B. Programmes actifs du marché du travail pour les personnes présentant une incapacité	130
	C. Réadaptation professionnelle	133
	D. Mesures de soutien à l'emploi régulier	135
	E. Emploi protégé	138
3.3.	Conclusion	140
	Notes	141
	Bibliographie	142
Chapitre 4. Maintien dans l'emploi et recrutement : mobiliser les employeurs		145
4.1.	Demande de main-d'œuvre et inadéquation des qualifications	146
	A. Le faible taux d'emploi des personnes présentant une incapacité résulte-t-il d'une embauche insuffisante et d'un bas niveau de qualification ?	146
	B. Travailleurs âgés et pratiques de préretraite	148
	C. Jeunes ayant une expérience professionnelle limitée	153
4.2.	Responsabilité des employeurs envers les travailleurs malades	156
	A. Législation pour la protection de l'emploi (LPE) et autres réglementations	156
	B. Obligations inhabituelles imposées aux employeurs en Finlande et aux Pays-Bas	160
	C. Dilemme entre embauche et maintien dans l'emploi	166
4.3.	Stimuler la création d'emplois et le maintien dans l'emploi	167
	A. Incitations publiques en faveur des initiatives patronales de réinsertion professionnelle	167
	B. Politique liée au marché du travail	169
	Notes	173
	Bibliographie	174
Chapitre 5. Du point de vue de la personne : incitations financières à travailler		177
5.1.	« Attractivité » des prestations d'invalidité	178
	A. Importance relative et distribution des prestations d'invalidité	178
	B. Situation au regard de la fiscalité/des prestations des personnes présentant une incapacité	180
	C. Niveau adéquat et générosité des taux de remplacement	182

5.2. Incitations et désincitations à exercer une activité pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité	187
A. Est-il financièrement intéressant de travailler ?	188
B. Mobilisation de la capacité de travail résiduelle	191
C. Impact d'une augmentation de l'effort de travail	195
5.3. Conclusion	197
Notes	198
Bibliographie	199
Annexe 5.A1. Tableaux complémentaires pour les différents types de ménages	200
Chapitre 6. Incitations, coopération et gouvernance institutionnelles	207
6.1. Structures institutionnelles et résultats par région	208
A. Rôle des municipalités et des collectivités locales	208
B. Pouvoirs des régions en matière de mise en œuvre des politiques	211
6.2. Défis institutionnels et financiers	213
A. Mécanismes de financement et de suivi	213
B. Morcellement des régimes de prestations et des programmes d'activation	215
6.3. Amélioration des incitations, de la coopération et de la gouvernance	217
A. Rationalisation des systèmes morcelés	217
B. Développement des incitations institutionnelles	218
C. Promotion du guichet unique	220
D. Amélioration de la gouvernance et de la qualité de service	221
Bibliographie	223
Liste des acronymes	225
Encadrés	
0.1. Champ du rapport	11
0.2. Recommandations pour le Danemark	22
0.3. Recommandations pour la Finlande	28
0.4. Recommandations pour l'Irlande	35
0.5. Recommandations pour les Pays-Bas	42
2.1. Structure des régimes maladie et invalidité dans les quatre pays : vue d'ensemble	82
2.2. Illustration de l'approche retenue par les pays et tendances de la réforme	103
3.1. Gestion de la maladie aux Pays-Bas : la Loi sur l'amélioration de la détection	114
3.2. Wajong : progression de l'incapacité due à des troubles mentaux chez les jeunes Néerlandais	127
4.1. Évolution de la prise en compte de l'expérience statistique aux Pays-Bas : du WAO au WIA	163
Tableaux	
0.1. Principaux défis à relever au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas ...	13
0.2. Principaux résultats observés au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas	14
1.1. Évolutions favorables de l'économie et du marché du travail au cours des six dernières années	49
1.2. Les différentiels d'emploi sont bien plus marqués pour les plus âgés et les moins instruits	51
1.3. Le pourcentage d'inactifs dans le total de la population sans emploi est plus élevé chez les personnes handicapées	53
1.4. Seule une minorité d'inactifs handicapés souhaite travailler	54
1.5. Les personnes handicapées au chômage ou d'un niveau d'instruction inférieur disposent des ressources financières les plus faibles	56
1.6. Pourcentage plus élevé de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu, particulièrement en Irlande	57

1.7. Avoir un emploi réduit les risques de pauvreté normalement plus élevés des personnes handicapées	58
1.8. La prestation d'invalidité moyenne a augmenté plus vite que les salaires au Danemark et en Irlande mais moins vite en Finlande et aux Pays-Bas	63
1.9. Perception d'une prestation d'invalidité et prévalence de l'invalidité : deux concepts différents	65
1.10. Les erreurs d'exclusion sont faibles dans l'ensemble des quatre pays et c'est en Finlande qu'elles sont le plus faibles	67
1.11. Le vieillissement de la population aura une incidence plus forte sur l'évolution du nombre de bénéficiaires et de la prévalence en Irlande	70
1.12. La prévalence de l'invalidité est plus élevée chez les femmes, les travailleurs plus âgés et les personnes peu qualifiées	72
1.13. Les niveaux de l'intensité de travail ressentie augmentent dans la plupart des pays européens	75
1.14. Le stress au travail augmente avec une intensité du travail accrue et une satisfaction au travail inférieure	76
3.1. Processus d'évaluation de l'évolution de la maladie en invalidité : dates clés et obligations à compter de 2008	112
3.2. Le congé de maladie est la voie la plus fréquente d'entrée dans le régime d'invalidité, suivi du chômage	116
3.3. Les sorties du régime de l'invalidité sont relativement rares	129
3.4. Les dispositifs de formation et d'emploi protégé prédominent chez les participants à des programmes PAMT	132
3.5. Sauf en Finlande, la réadaptation professionnelle ne mène qu'une minorité de participants à l'emploi	135
4.1. Les caractéristiques d'emploi des personnes présentant une incapacité sont différentes de celles des personnes valides	148
4.2. Les niveaux de qualification des personnes présentant une incapacité sont très à la traîne, surtout en Irlande	149
4.3. C'est en Finlande que la discrimination en fonction de l'âge est la plus forte et en Irlande qu'elle est la plus faible	152
5.1. Le revenu d'activité représente 78 % du revenu des personnes présentant une incapacité au Danemark	179
5.2. Les prestations d'invalidité ont un effet redistributif plus important en Irlande qu'ailleurs	180
5.3. Les taux de remplacement bruts et nets des principaux régimes d'invalidité sont plus faibles en Irlande	183
5.4. L'augmentation du nombre d'heures travaillées peut pénaliser les travailleurs présentant une incapacité	196
5.A.1.1. Principales caractéristiques des régimes d'invalidité et du système d'imposition, au 1 ^{er} juillet 2006	201

Graphiques

1.1. Au Danemark et en Finlande, une personne handicapée sur deux travaille contre une personne sur trois seulement en Irlande	51
1.2. Le chômage est plus élevé et de plus longue durée parmi la population handicapée	52
1.3. Les niveaux relatifs de revenu des personnes handicapées sont moins élevés en Irlande qu'ailleurs	55
1.4. Tendances à la baisse des dépenses en prestations d'invalidité à la fin des années 90 mais légère augmentation récemment	59
1.5. Les dépenses liées à l'incapacité deviennent progressivement aussi importantes que les dépenses liées au chômage	60
1.6. Les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité augmentent en Irlande mais ont diminué récemment aux Pays-Bas	61
1.7. Certains effets de substitution entre les prestations d'invalidité et de chômage en Finlande et aux Pays-Bas	62

1.8. La plupart des personnes handicapées ne perçoivent pas de prestations d'invalidité, et de nombreux bénéficiaires de cette prestation ne prétendent pas non plus être handicapés	66
1.9. L'évolution récente des effectifs de bénéficiaires ne reflète pas l'évolution du vieillissement de la population	69
1.10. L'intégration sur le marché du travail des personnes handicapées aurait des effets importants en Irlande et aux Pays-Bas	71
1.11. L'état de santé s'améliore régulièrement dans les quatre pays	73
1.12. S'agissant de l'évolution objective de l'environnement de travail, les données ne sont pas concluantes.	74
2.1. Comparaison entre pays et dans le temps des politiques de la maladie et de l'invalidité	104
2.2. Les Pays-Bas sont le champion des réformes, tandis que peu de choses en changé en Irlande	105
3.1. Il existe une relation inverse entre maladie et chômage, en particulier aux Pays-Bas	109
3.2. L'absence de longue durée est en progression au Danemark et en Finlande, mais reste particulièrement élevée aux Pays-Bas.	110
3.3. Les prestations partielles d'invalidité sont plus courantes aux Pays-Bas qu'en Finlande.	122
3.4. Les écarts entre les taux d'entrée ne sont pas liés aux taux de refus.	123
3.5. On constate d'importantes variations de structure des âges d'entrée dans le régime d'invalidité selon les pays	124
3.6. Les entrées dans le régime d'invalidité motivées par une maladie mentale sont plus courantes chez les jeunes.	126
3.7. Les dépenses des PAMT consacrées aux personnes présentant une incapacité sont relativement élevées au Danemark et aux Pays-Bas.	131
4.1. Le nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité est nettement plus élevé dans les tranches d'âge supérieures	150
4.2. Les rémunérations augmentent très nettement avec l'âge aux Pays-Bas uniquement	151
4.3. Le nombre d'entrées a surtout augmenté chez les plus jeunes, quel que soit le pays.	154
4.4. Les jeunes bénéficiaires ont une probabilité plus grande de recevoir des prestations non contributives que par le passé	155
5.1. Les régimes d'invalidité et de chômage fournissent des revenus de remplacement nets similaires, sauf en Finlande	185
5.2. Il est financièrement intéressant de reprendre un travail au Danemark et davantage encore en Irlande	190
5.3. Les familles irlandaises à faible revenu avec des enfants à charge sont davantage incitées à exercer une activité.	192
5.4. L'incitation à exercer une activité produite par le complément de salaire WGA néerlandais est moins sensible pour les personnes qui percevaient auparavant une faible rémunération	193
5.5. Abattements sur le revenu élevés dans le régime finlandais de prestations d'invalidité partielles, en particulier pour les personnes qui percevaient auparavant une rémunération moyenne.	194
5.6. L'abattement sur le revenu associé à l'allocation d'invalidité en Irlande peut être très efficace, notamment dans le cas d'une faible rémunération antérieure	195
5.A1.1. Taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité, les allocations de chômage et l'aide sociale, couples, 2006 ^a , ^b	205
6.1. Le Danemark enregistre les écarts de résultats d'une région à l'autre les plus marqués	212

Résumé et recommandations pour l'orientation des politiques

Trop nombreux sont les travailleurs qui se retirent définitivement du marché du travail pour cause de problèmes de santé, et trop rares sont les personnes à capacité réduite qui exercent un emploi. C'est là un véritable drame, tant sur le plan social que sur le plan économique, qui concerne presque tous les pays de l'OCDE, et notamment le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas qui sont étudiés dans le présent volume. Les problèmes de santé, ou considérés comme tels parce que la société est incapable de prendre en compte les différences, apparaissent de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques. Or, dans toute la zone de l'OCDE, on observe le même paradoxe, qui mérite explication. Pourquoi se fait-il qu'un nombre toujours très important de personnes d'âge actif se retrouvent hors du marché du travail et sollicitent un soutien du revenu pour raisons de santé alors que la santé s'améliore ? Ce rapport explore les raisons possibles de ce paradoxe dans quatre pays, explique en quoi les institutions et les politiques y contribuent et propose différentes pistes de réformes pour améliorer la situation (pour plus de détails sur le champ de ce rapport, voir l'encadré 0.1).

Encadré 0.1. **Champ du rapport**

Objet central du rapport

L'objet du rapport est d'examiner comment améliorer les politiques nationales de l'emploi et de l'invalidité de façon à mieux adapter les perspectives d'emploi des individus à leur capacité de travail. Le principal groupe cible est donc celui des personnes qui pourraient travailler mais ne travaillent pas ou travaillent moins qu'elles le pourraient et souvent qu'elles le voudraient. C'est pourquoi cette étude met l'accent sur le suivi des absences pour maladie et la mesure de l'incapacité ; les incitations et désincitations financières du système de prestations ; et les droits et devoirs des allocataires et des travailleurs qui ont des problèmes de santé, de leurs employeurs, et des différentes autorités de l'État et municipalités pour ce qui est de la mise en œuvre et de la structuration de la politique des prestations et de l'emploi. De nombreux autres aspects importants pour l'intégration des personnes à capacité réduite dans la société en général sortent du cadre de ce rapport. Ce sont par exemple les questions générales des obstacles physiques et de l'accès aux moyens de transport ainsi que des attitudes de la société envers les personnes handicapées, questions qui, s'agissant de certains groupes de personnes à capacité de travail réduite, peuvent aussi avoir leur importance pour leur intégration sur le marché du travail. Politiquement, ces aspects sont beaucoup moins contestés que les politiques des prestations et de l'emploi. Il importe que les moyens de transport, les bâtiments publics et les lieux de travail privés soient accessibles à tout le

Encadré 0.1. **Champ du rapport** (suite)

monde, et que des aides techniques (par exemple, pour les malvoyants ou les malentendants) existent là où c'est nécessaire, et il conviendrait que les pays de l'OCDE prennent rapidement des mesures dans ce sens. Une législation antidiscrimination est nécessaire, mais certainement pas suffisante.

Définition de l'invalidité et de la capacité de travail réduite

Circonscrire le groupe cible de ce rapport, à savoir les personnes d'âge actif qui présentent un problème de santé ou un handicap n'est pas facile (l'âge actif est généralement défini dans ce rapport comme la tranche d'âge 20-64 ans). En effet, le handicap et le problème de santé ne constituent pas une catégorie dichotomique, mais répondent à un concept complexe où interviennent autant les caractéristiques individuelles que les facteurs et obstacles « environnementaux ». En fonction de ces derniers, une personne qui présente un problème de santé ou un handicap peut être confrontée ou non à une capacité de travail réduite. On utilisera ici deux catégories de définitions, l'une déterminée par des procédures administratives et l'autre par l'autoévaluation. Cette dernière, plus large, comprend toutes les personnes dont les actes de la vie quotidienne sont modérément ou fortement restreints par leur état de santé. On parlera dans ce cas de *prévalence du handicap* (autodéclaré) dans la population d'âge actif. Différentes enquêtes de population permettent dans les pays examinés d'identifier ce groupe, étant entendu que les taux de prévalence qui en découlent ne sont pas entièrement comparables d'un pays à l'autre et même parfois d'une enquête à l'autre dans un même pays. Certaines des informations relatives aux Pays-Bas reposent cependant sur une définition légèrement différente de l'incapacité de travail : personne présentant une souffrance durable, une maladie ou une invalidité qui l'empêche d'assumer ou d'obtenir un emploi rémunéré. Les définitions *administratives* de l'invalidité, au contraire, sont basées sur des procédures d'évaluation complexes et plus ou moins objectives, toujours en fonction de critères médicaux et dans une certaine mesure d'éléments de capacité de travail. La principale définition utilisée dans ce rapport est celle retenue par le ou les régime(s) d'invalidité (s'il en existe plusieurs dont les modes d'appréciation sont différents). Le chiffre qui en découle sera le *taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité*. Une autre définition utilisée occasionnellement est l'*invalidité légale*, qui est déterminée par des procédures administratives dans un but autre que l'attribution de prestations (ce concept est utilisé en Finlande pour des questions fiscales). Compte tenu des différences de nature et d'objectif de ces diverses définitions de l'invalidité à l'âge actif, les chiffres qui en résultent ne se recoupent que partiellement.

Terminologie

Le présent rapport s'efforce d'utiliser une terminologie uniforme dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, le terme « prestation d'invalidité » couvre les régimes de prestation suivants : pensions d'invalidité au Danemark, pensions d'invalidité professionnelle liées aux gains antérieurs et pensions d'invalidité nationales en Finlande ; *Disability Allowance* (allocation d'invalidité), *Invalidity Pension* (pension d'invalidité) et *Illness Benefit* (prestation de maladie) d'une durée de deux ans ou plus en Irlande ; et les anciennes (WAO) et nouvelles (WIA) prestations d'assurance invalidité ainsi que la prestation spéciale destinée aux personnes présentant un handicap survenu avant l'âge de 18 ans (Wajong) aux Pays-Bas. Pour une courte description de ces régimes, voir l'encadré 2.1.

Principales conclusions du rapport

Il faut mettre le *travail* au cœur des politiques de la maladie et de l'invalidité, et ceci pour deux raisons. Premièrement, face au vieillissement de la population, il va être important de maintenir une offre effective de main-d'œuvre. Les personnes à capacité réduite, qui sont très sous-représentées sur le marché du travail aujourd'hui, vont à cet égard constituer une ressource importante. Deuxièmement, améliorer les possibilités de travail est aussi le meilleur moyen de faire en sorte que les malades chroniques et les handicapés aient une chance de jouer dans la société le rôle auquel ils aspirent. Les politiques actuelles ne leur sont guère favorables : ils restent en marge de la société, exclus du travail ou cantonnés dans des catégories d'emplois particulières. Aider les personnes handicapées à conserver ou retrouver un travail devrait permettre de relever les taux d'emploi globaux et de réduire les dépenses publiques – raison de plus pour consacrer des ressources de l'État à cet objectif.

Les principaux défis au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas

Le problème d'ensemble est analogue dans les quatre pays étudiés : importance de l'exclusion du marché du travail des personnes présentant des problèmes de santé ou un handicap d'une part et ampleur de leur dépendance à l'égard de prestations de santé, qui pèse lourdement sur le système de protection sociale de l'autre. En regardant de plus près les résultats nationaux, cependant, on s'aperçoit que les grands défis auxquels les pays sont confrontés ne sont pas toujours les mêmes. C'est ce que montrent les tableaux 0.1 et 0.2.

Le principal défi auquel est confronté le **Danemark** est le taux de dépendance de la population à l'égard de différentes prestations de santé qui reste élevé en dépit d'une série de réformes. Il s'agit surtout, et de plus en plus, de personnes souffrant d'affections mentales, qui représentent presque un nouveau demandeur sur deux. En ce qui concerne cette tendance, l'âge moyen des nouveaux bénéficiaires est en baisse parce que davantage de jeunes gens demandent et obtiennent des prestations d'invalidité. L'autre aspect du problème est le fait que, une fois qu'ils ont obtenu une prestation d'invalidité, les

Tableau 0.1. Principaux défis à relever au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas

Quelques grands défis ^a	Danemark	Finlande	Irlande	Pays-Bas
Maîtriser les dépenses publiques liées à l'incapacité	+++	+++	+	++++
Améliorer le taux d'emploi des personnes qui ont des problèmes de santé	++	++	++++	+++
S'attaquer au problème des bas revenus des ménages comptant une personne handicapée	++	+	++++	+
Réduire les flux d'entrée dans les régimes maladie et invalidité	+++	++++	+++	++
S'attaquer au problème de la multiplication des cas de troubles mentaux	+++	+++	++	+++
Accroître les flux de sortie des régimes d'invalidité, dont les affiliés sont indemnisés à titre permanent	+++	+++	++	++
Renforcer la coordination entre les différents régimes de prestations	++	+++	+++	++

a) Les symboles doivent être interprétés comme suit : + ... défi mineur ; ++ ... défi modéré ; +++ ... défi substantiel ; et ++++ ... défi majeur.

Source : Estimations des auteurs.

Tableau 0.2. Principaux résultats observés au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas

Résultats clés ^a	Danemark	Finlande	Irlande	Pays-Bas
Dépenses liées aux indemnités maladie (en % du PIB)	0.9 (↔)	1.1 (↔)	0.7 (↗)	2.3 (↔)
Dépenses liées aux prestations d'invalidité (en % du PIB)	1.8 (↔)	1.9 (↔)	0.7 (↗)	2.4 (↔)
Taux d'emploi des personnes handicapées (%)	52 (↗)	54 (↔)	37 (↘)	45 (↘)
Taux de chômage des personnes handicapées (%)	7.6 (↘)	14.2 (↘)	7.7 (↗)	8.0 (↗)
Personnes handicapées dont le niveau d'études est inférieur au 2 ^e cycle du secondaire (%)	35 (↘)	29 (↘)	60 (↘)	44 (↘)
Travailleurs handicapés dont le niveau d'études est supérieur au 2 ^e cycle du secondaire (%)	25 (↔)	20 (↘)	43 (↘)	31 (↘)
Personnes handicapées dont le revenu est inférieur à 50 % du revenu médian (%)	12 (↗)	8 (↗)	25 (↗)	6 (↘)
Revenu des personnes handicapées par rapport aux personnes valides (%)	86 (↔)	89 (↔)	68 (↘)	84 (↘)
Travailleurs en arrêt maladie (en pourcentage de l'ensemble des travailleurs)	5.1 (↗)	3.3 (↗)	4.3 (↔)	4.0 (↘)
Flux de demandes de prestations d'invalidité pour 1 000 personnes d'âge actif	4.1 (↔)	9.4 (↔)	8.9 (↔)	3.7 (↘)
Flux de prestations d'invalidité pour troubles mentaux (%)	46 (↗)	33 (↔)	..	43 (↗)
Bénéficiaires de prestations d'invalidité de plus de 50 ans (%)	64 (↘)	75 (↔)	51 (↔)	61 (↗)
Bénéficiaires de prestations d'invalidité en % de la population d'âge actif	7.1 (↔)	8.4 (↔)	6.0 (↗)	8.5 (↘)
Sorties annuelles des régimes d'invalidité en % des bénéficiaires	~ 0	1	..	3.0 (↘)
Erreur d'inclusion : bénéficiaires valides de prestations d'invalidité (%)	51	31	47	33
Erreur d'exclusion : personnes handicapées sans prestations d'invalidité et sans travail (%)	2	1	4	8

.. Données non disponibles.

a) Les chiffres se rapportent à l'année 2007 ou à la dernière année disponible. Les indications entre parenthèses montrent la tendance au cours des dernières années (si connue) : en baisse (↘), constante (↔) ou en augmentation (↗). Pour une explication du chiffre de la pauvreté monétaire relative au Danemark, voir la section correspondante au chapitre 1.

Source : On trouvera dans les chapitres analytiques de ce rapport des précisions sur les indicateurs de résultats.

bénéficiaires restent dans ce régime jusqu'à la retraite : le flux de sortie d'un régime de prestations vers le travail est particulièrement faible au Danemark. Tout ceci doit être envisagé en tenant compte de la responsabilité écrasante que les municipalités ont quant à la quasi-totalité du système de prestations sociales et d'aides à l'emploi ; l'administration fédérale doit se contenter de superviser et de créer des incitations à la mise en œuvre de l'action comme prévu.

La **Finlande** est confrontée à un certain nombre de problèmes proches de ceux du Danemark : absences pour affection de longue durée en hausse et flux d'entrée élevé dans les régimes de prestations d'invalidité, plus de 40 % des cas étant dus à une santé mentale fragile, et flux de sortie relativement faibles de ces régimes. Dans ce pays plus que dans les trois autres, les prestations d'invalidité sont concentrées sur les personnes âgées. Cela s'explique en partie par l'utilisation des prestations d'invalidité en guise de voie d'accès à une cessation anticipée d'activité, un nouveau demandeur sur deux ayant plus de 55 ans. De plus, si les taux d'emploi des personnes handicapées sont élevés, en comparaison internationale, comme l'est leur niveau d'instruction, leurs taux de chômage (14 % à l'heure actuelle) sont parmi les plus élevés de l'OCDE – ce qui témoigne en partie du niveau supérieur du taux de chômage global en Finlande. S'ajoute à cela le besoin urgent d'une

meilleure coopération entre les institutions qui résulte du morcellement des services de réadaptation professionnelle.

En **Irlande**, le principal défi à relever est le faible taux d'emploi des personnes handicapées, comparé à la plupart des autres pays de l'OCDE, un taux qui a encore baissé ces dernières années en dépit d'une économie forte. C'est en partie la conséquence du faible niveau d'instruction de ce groupe de la population, dont 60 % a un niveau d'études inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire. Les faibles taux d'emploi expliquent à leur tour le faible niveau de revenu et le risque élevé de pauvreté au sein des ménages comptant une personne handicapée. Le deuxième grand défi auquel est confrontée l'Irlande est le manque de coopération entre les différentes institutions chargées de la politique de l'emploi et le morcellement du régime de prestations. Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité reste inférieur à celui des trois autres pays, mais il continue d'augmenter du fait de flux très élevés d'entrée dans les nombreux types de régimes d'invalidité.

Aux **Pays-Bas**, en dépit d'une évolution très prometteuse ces dernières années à la suite d'une série de profondes réformes, les principaux défis à relever continuent d'être le grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité et les dépenses très élevées en prestations de maladie et d'invalidité. L'une des préoccupations majeures est donc de s'assurer que les tendances récentes sont durables et qu'elles ne déboucheront pas sur d'autres problèmes, notamment des renouvellements de demandes accrus, dans le futur. On constate une augmentation rapide du nombre de groupes à risque pour lesquels il n'existe pas encore de solutions durables, notamment les personnes présentant un handicap (mental essentiellement) survenu avant l'âge de 18 ans et tous les travailleurs (temporaires) auxquels ne s'appliquent pas les lourdes obligations de l'employeur. Un autre groupe qui suscite des inquiétudes est celui des personnes qui n'ont plus droit à une prestation d'invalidité en raison du seuil d'incapacité supérieur, y compris celles qui ont perdu leur droit à la suite d'une réévaluation.

Récentes mesures prises

Une dépendance élevée et parfois encore en hausse à l'égard des prestations de maladie et d'invalidité et de faibles taux d'emploi qui parfois baissent encore chez les personnes handicapées dans les quatre pays étudiés peuvent être en partie liés à l'évolution des exigences du marché du travail. Certains font valoir par exemple que les conditions de travail sont de plus en plus stressantes, et en effet les enquêtes en la matière montrent bien que l'intensité de travail a augmenté. Cela dit, un facteur qui a son importance dans tous les pays de l'OCDE est le caractère insuffisant des mesures prises par les pouvoirs publics. Les procédures d'évaluation de l'invalidité et les régimes de prestations repoussent depuis longtemps les personnes à capacité réduite hors du marché du travail, dans une dépendance durable à l'égard des prestations d'invalidité de longue durée. Reconnaisant le rôle central des politiques et des institutions dans ce domaine, les quatre pays ont récemment engagé des réformes qui vont généralement dans le bon sens.

Les quatre pays ont récemment fait progresser la coopération interorganismes et interadministrations, ou sont en train de le faire, face aux problèmes dus au fait que les gens sont ballotés entre différentes autorités publiques, ce qui ne les aide pas à retrouver un emploi et ne favorise pas la maîtrise des dépenses de protection sociale. Aux Pays-Bas, l'autorité qui prend en charge l'assurance des employés est maintenant responsable de la plupart des questions de prestations et de politique de l'emploi, comme le sont les

municipalités au Danemark. La Finlande est encore loin d'un système à guichet unique mais elle s'efforce progressivement de développer la coopération interinstitutionnelle. La situation est la même en Irlande, où les responsabilités ont été peu à peu regroupées dans deux ministères. Dans ce contexte, tous les pays sauf l'Irlande donnent aux municipalités un rôle central, et dans certains cas de nouveaux rôles.

Une autre tendance plus générale observée au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas est l'évolution vers l'identification de la capacité, non l'incapacité, des personnes. Au Danemark, par exemple, pour déterminer l'admissibilité d'une personne à une prestation d'invalidité, on cherche à savoir si elle est capable ou non de subvenir à ses propres besoins avec un emploi normal ou un emploi subventionné – en se référant à un profil de ressources détaillé pour déterminer le potentiel de la personne. Les trois pays en question ont également considérablement amélioré le suivi des absences pour maladie, de façon à être en mesure d'identifier les problèmes et de réagir plus précocement, si nécessaire. L'Irlande a bien progressé en la matière également, les autorités publiques exigeant des certificats médicaux hebdomadaires, mais le pays n'exploite pas encore les possibilités d'intervention précoce.

Ce qui différencie le plus l'évolution de l'action publique des quatre pays est probablement le niveau d'implication des employeurs dans la stratégie de réforme et les responsabilités qui leur incombent à l'heure actuelle. La Finlande et en particulier les Pays-Bas considèrent que les employeurs représentent une partie de la solution, tandis que le Danemark et l'Irlande estiment que les politiques de la maladie et de l'invalidité sont des questions fondamentalement publiques. C'est pourquoi, par exemple, le suivi des absences pour maladie relève des municipalités au Danemark, mais incombe à l'employeur aux Pays-Bas. Ce pays a également considérablement accru les responsabilités de l'employeur au cours des dix dernières années.

Les quatre pays offrent aussi des indications intéressantes sur l'économie politique des réformes. Il semble en particulier qu'une réforme structurelle profonde n'a de chances d'avoir lieu que lorsque la société a massivement le sentiment que le *statu quo* n'est plus viable. La situation des Pays-Bas au milieu des années 90 semble en être une illustration, les dépenses publiques s'envolant et le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité se rapprochant du symbolique million. Des réformes avaient déjà été réalisées dans ce pays, mais elles étaient de petite envergure et inefficaces. À partir de la fin des années 90, le processus de réforme s'est considérablement accéléré ce qui – au cours des dix dernières années – a conduit à une refonte du système dans son ensemble, avec notamment une nouvelle structure institutionnelle, un nouveau régime de prestations d'invalidité, une nouvelle place privilégiée donnée à la réadaptation professionnelle et la privatisation/sous-traitance de différents éléments de l'action. Aucun autre pays de l'OCDE n'a jamais connu autant de réformes aussi poussées dans ce domaine.

L'Irlande est un bon exemple de l'extrême inverse. En dehors d'un certain nombre de transferts de responsabilités entre différentes autorités publiques, le système n'a quasiment pas changé au cours des dernières décennies. Cela ne peut s'expliquer que par le nombre plus réduit de bénéficiaires de prestations d'invalidité par rapport aux autres pays. Au cours des quelque 15 dernières années, cependant, les résultats se sont considérablement détériorés, affaiblissant progressivement le système. Aujourd'hui, le temps d'une réforme approfondie semble venu, ce dont témoigne le changement radical de rhétorique au cours des dernières années. Tout le monde semble d'accord pour dire que l'on ne résoudra pas le problème en ne prenant que des mesures sans importance. Jusqu'à

présent, très peu de choses ont été faites mais une modification de grande portée du système est possible, tout autant que nécessaire, à l'avenir.

Au Danemark et en Finlande le changement a été plus progressif qu'aux Pays-Bas. Dans ces deux pays, la réforme a mis l'accent sur le développement de la politique d'insertion, le régime de prestations étant quant à lui très peu modifié – une chronologie du processus de réforme que l'on trouve dans de nombreux pays (OCDE, 2007). Cela s'explique en partie par la forte implication des partenaires sociaux dans le processus de réforme, qui dans tous les pays restent généralement à l'écart du système. Une fois encore, il semble qu'une telle approche peut être maintenue si les problèmes ne deviennent pas trop graves, ou tant qu'ils ne le deviennent pas. Si l'on compare le Danemark et la Finlande, les réformes portant sur les régimes de prestations paraissent plus approfondies au Danemark et plus paramétriques en Finlande, mais il semble que cette différence de principe soit largement compensée par la manière dont les réformes sont mises en œuvre.

En effet, il ne suffit pas de changer la politique, il faut également que des changements soient mis en œuvre de façon rigoureuse, et en respectant les intentions des décideurs. Il est nécessaire de disposer d'un large soutien de la part de tous les acteurs pour garantir une bonne mise en œuvre parce que les modifications de la législation requièrent souvent une évolution culturelle, par exemple chez les travailleurs sociaux des autorités qui octroient les prestations. Il semble qu'une évolution culturelle de ce type tarde encore à se mettre en place au Danemark – comme en témoigne la manière dont le programme d'emplois flexibles été utilisé ces dernières années. C'est également le cas en Finlande et en Irlande, mais de façon moins visible, la politique n'ayant pas encore évolué tant que cela. Les Pays-Bas sont probablement le seul des quatre pays à connaître une évolution culturelle depuis quelques années, ce qu'illustre la réévaluation rigoureuse des droits à prestations d'invalidité existants. La boucle est alors bouclée : la mise en œuvre a plus de chances de respecter les intentions politiques lorsque le système confortable en place a commencé à s'affaiblir. Il y a moins de dix ans de cela, par exemple, la réforme des prestations aux Pays-Bas a été en grande partie annulée par des changements correspondants dans les conventions collectives, qui veillaient à compenser les moindres pertes de prestations par des compléments équivalents versés par l'employeur. Cela ne se produit plus à la même échelle aujourd'hui.

Indications fournies par les quatre pays

Les quatre pays offrent des indications et des informations intéressantes sur un certain nombre de domaines d'action cruciaux. L'une concerne l'importance des incitations financières pour les principaux acteurs et les principales institutions. Le Danemark est un pionnier en la matière car il a mis en place l'une des méthodes les plus exemplaires d'orientation de l'action des acteurs publics. Cela se fait par le biais d'un système de plus en plus strict de remboursement différencié des frais engagés par les municipalités au titre des programmes sociaux, les remboursements sur les budgets fédéraux étant plus élevés en cas d'interventions actives qu'en cas d'interventions passives. De l'aveu général, ce système a été mis au point pour remédier aux problèmes considérables qu'engendraient de gros écarts de résultats entre les différentes institutions. Aucun autre pays de l'OCDE ne présente des différences aussi importantes de taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité entre municipalités. Le Danemark continue d'ajuster son système, qui n'a pas encore réellement produit de résultats, mais la méthode

elle-même mériterait d'être copiée par d'autres pays. De meilleures incitations financières pour les principaux acteurs, les organismes de sécurité sociale, les services publics de l'emploi et des municipalités en particulier permettraient de s'assurer que l'action est mise en œuvre comme prévu, avec une utilisation efficace des ressources publiques et de réels efforts pour réintégrer ceux qui souhaitent et sont capables de travailler.

Les incitations financières, cependant, ne sont qu'un aspect institutionnel important parmi d'autres. Premièrement, il est nécessaire de créer la structure institutionnelle appropriée. À cet égard, le Danemark et les Pays-Bas ont fait des progrès considérables, tandis que la Finlande et l'Irlande pâtissent encore du morcellement des politiques nationales de l'emploi, et aussi, en ce qui concerne cette dernière, du régime de prestations. Une fois que l'organisation institutionnelle est suffisamment simple et transparente, il faut traiter la question des incitations institutionnelles – un domaine dans lequel le Danemark est allé plus loin, par exemple, que les Pays-Bas. Le troisième facteur important est une meilleure coopération interinstitutionnelle, un domaine dans lequel les quatre pays au complet (l'Irlande, dans une bien moindre mesure toutefois) ont progressé récemment. Enfin, une bonne gouvernance et le suivi de l'action des institutions, et l'évaluation de leurs performances par rapport à quelques normes prédéfinies, sont importants. C'est seulement à ce moment-là qu'il est possible d'identifier rapidement les faiblesses, et de prendre les mesures qui s'imposent. À ce propos, les quatre pays (ainsi que la plupart des autres pays de l'OCDE) n'ont pas encore mis au point de nouvelles approches. Le Danemark a récemment mis au point un nouvel outil de suivi, qui permettra une bien meilleure évaluation comparative de l'action et des résultats des municipalités.

Les incitations institutionnelles revêtent de nouvelles formes, à savoir le transfert de certaines responsabilités à des acteurs privés – comme cela a été fait aux Pays-Bas ces dernières années. Dans ce pays, un certain nombre d'acteurs privés interviennent. Premièrement, il s'agit de prestataires privés de services de réadaptation et de services de l'emploi. Comme dans d'autres pays, par exemple en Autriche et au Royaume-Uni, on s'efforce d'améliorer la performance de ces acteurs par le biais d'un système de financement lié aux résultats. Cependant, les Pays-Bas pourraient encore faire des progrès dans ce domaine. Les autres marchés d'acteurs privés qui se développent aux Pays-Bas sont ceux des prestations de maladie et d'invalidité. Dans ce cas, les incitations financières sont supposées se régler d'elles-mêmes grâce à un système de primes d'assurance liées au risque. Pour que cela fonctionne, une réglementation adaptée est nécessaire. Si ce type d'assurance privée est de plus en plus répandu dans d'autres pays de l'OCDE également, principalement sous la forme d'un deuxième et/ou d'un troisième pilier complémentaire du système public, aux Pays-Bas, le premier pilier dans son ensemble a été privatisé, ou est en cours de privatisation.

Un autre acteur central pour qui les incitations financières comptent beaucoup est l'employeur. Plus les responsabilités des employeurs sont nombreuses, plus ces incitations sont importantes. Comme indiqué plus haut, la Finlande et en particulier les Pays-Bas ont choisi de confier aux employeurs la responsabilité de pans importants des politiques de la maladie et de l'invalidité. Aux Pays-Bas, les nouvelles responsabilités vont extrêmement loin. Non seulement ils sont tenus de verser deux années d'indemnités de maladie et de cotiser pendant les dix premières années d'assurance invalidité de leurs employés (contre cinq auparavant), mais ils sont également tenus de réintégrer leurs employés et même de leur trouver un emploi dans une autre entreprise dans l'éventualité où ils seraient dans l'impossibilité de les garder dans la leur. Cela va beaucoup plus loin que ce que les

organisations patronales et les syndicats néerlandais auraient pu imaginer il y a encore dix ans de cela. La situation de la Finlande n'est pas véritablement comparable à celles des Pays-Bas, principalement parce que – contrairement aux Pays-Bas – les petites et moyennes entreprises sont en grande partie exonérées de toute responsabilité en matière de maladie et d'invalidité.

Les responsabilités accrues qui incombent aux employeurs donnent aux employés des chances supplémentaires de conserver leur emploi, mais pour ceux qui n'ont pas, ou plus, d'emploi, elles entraînent un risque de diminution des chances d'être recrutés. Certaines informations viennent le confirmer dans une certaine mesure, la stabilité de l'emploi pour les personnes handicapées étant légèrement supérieure et les taux d'embauche légèrement inférieurs aux Pays-Bas et en Finlande (par rapport aux personnes valides du même âge). Ce n'est pas le cas au Danemark et en Irlande, qui n'imposent aucune obligation de ce type aux employeurs. La difficulté est alors de trouver le bon équilibre entre la promotion de la stabilité de l'emploi et la promotion de l'embauche. Ce n'est pas une tâche facile, même s'il est prouvé que pour éviter la dépendance à l'égard des prestations, il sera probablement beaucoup plus efficace de combattre les entrées dans les régimes de prestations (en soutenant la stabilité de l'emploi) que de favoriser la sortie de ce type de régimes de prestations pour rejoindre le marché de l'emploi – ce qui donne à penser que pour ceux qui ont des problèmes de santé plus graves, les gains en termes de stabilité de l'emploi pourraient bien surpasser les pertes en termes d'embauche. Une mesure prise par les pouvoirs publics néerlandais (et dans une moindre mesure également par l'administration finlandaise) dans le but de promouvoir l'emploi a consisté à exonérer les employeurs de leurs responsabilités financières lorsqu'ils embauchent à titre temporaire.

En substance, les réglementations du marché de l'emploi ne vont pas suffire, semble-t-il, même si des efforts supplémentaires peuvent être faits, en particulier dans des pays tels que le Danemark et l'Irlande, pour prévenir les problèmes de santé. Dans tous les cas, toutefois, il sera également nécessaire d'aider ceux qui ont des problèmes de santé, et par conséquent des problèmes d'emploi. Mais quelle est la meilleure manière de les aider ? L'intégration des aides à l'emploi est considérée comme l'une des solutions. Cependant, il est prouvé que les pays qui adoptent une approche intégrée stricte, comme la Finlande et l'Irlande, n'offrent pas d'aides à l'emploi à un nombre suffisant de personnes handicapées. Le système de subventions salariales finlandais, par exemple, s'est révélé efficace, mais il aide très peu de personnes. En revanche, le système danois d'emplois flexibles fortement et constamment subventionnés est un programme de grande envergure, qui offre un emploi à environ 5 % de la population active. Il n'est donc pas étonnant que cela s'accompagne d'effets de substitution et de pertes d'inertie considérables. Il faut trouver le juste équilibre entre la taille et le degré de ciblage de ce type de programmes.

L'un des éléments déterminants d'un bon service de réadaptation et de l'emploi est un meilleur ciblage des aides en fonction des besoins réels de la personne qui sollicite une aide. Des problèmes hétérogènes exigent des solutions individuelles. À cet égard, l'Irlande envisage une importante réforme, qui, cependant, ne portera ses fruits que si des ressources suffisantes sont mises à disposition. À l'exception de l'Irlande, les pays fonctionnent souvent avec un nombre trop réduit de travailleurs sociaux, qui ne sont pas en mesure de traiter le cas de chaque client à titre individuel. Il existe moult informations sur ce que pourrait être un nombre adéquat de dossiers traités. Cependant, un second élément est nécessaire : des obligations de participation correspondantes pour les

personnes à capacité de travail partielle. Des évaluations réalisées dans d'autres pays, mais aussi en Irlande, ont montré que des approches purement volontaires ont peu de chances d'aller très loin, notamment parce que les allocataires doutent que les services de l'emploi aient beaucoup à leur offrir. Une aide améliorée, plus individualisée, doit être assortie d'obligations de participation modestes analogues à celles du régime du chômage, ce qui justifie alors davantage de ressources. Les expériences du Royaume-Uni montrent que des contacts réguliers obligatoires avec un travailleur social, fortement axés sur le travail, pourraient être une première étape dans cette direction – même si le processus d'engagement ultérieur devait rester volontaire. Tout ceci exige un changement complet de méthode (de l'assurance à l'activation), qu'il s'agisse des institutions ou des individus.

Dans le même temps, il semble que différentes formes d'emplois protégés traditionnels continuent d'exister, en particulier en Irlande (comme l'emploi dans les collectivités) et aux Pays-Bas, en dépit de nombreux efforts pour réduire ces programmes. Par ailleurs, la question de la nécessité de telles formes d'emplois reste ouverte, mais le fait qu'elles perdurent malgré un changement de rhétorique (la préférence étant donnée à l'emploi aidé, c'est-à-dire à l'intégration complète dans le marché du travail classique) laisse supposer qu'il est peu probable qu'elles disparaissent dans un avenir proche. Au lieu de cela, des solutions intermédiaires, associant des caractéristiques du marché à une forme de protection, ou de sécurité, devraient se développer à l'avenir. Cela pourrait être une solution, à condition que les possibilités de passage de cette forme d'emploi à des emplois classiques soient suffisantes. Les entreprises sociales en Finlande pourraient servir d'exemple, même si elles fonctionnent à petite échelle et si les passages à l'emploi classique sont insatisfaisants. Les emplois flexibles danois pourraient devenir un bon exemple une fois qu'ils seront utilisés par ceux qui ont le plus besoin d'aide, comme cela était prévu à l'origine.

Défis et solutions pour le Danemark

La situation actuelle

Le Danemark affiche un taux d'emploi global très élevé de plus de 77 % et un faible taux de chômage d'environ 3.5 % en 2007 (il s'élevait à 5.7 % en 2003). Une nouvelle hausse de l'emploi structurel ne serait possible qu'en mobilisant des réserves de main-d'œuvre non utilisées, notamment les personnes handicapées. Leur taux d'emploi n'est que de 52 % environ – ce qui est faible par rapport à celui des personnes valides, qui est supérieur à 80 %, mais relativement élevé dans le contexte de l'OCDE. Au cours de la période 2002-05, ce taux a augmenté de 2 points de pourcentage (à la suite d'une baisse équivalente au cours de la période 1995-2002), cette hausse résultant pour l'essentiel d'un accroissement de l'emploi subventionné.

Cette tendance récente doit être envisagée dans le contexte de l'augmentation ces six dernières années de la part de personnes d'âge actif touchant des prestations liées à la santé, qui est passée de 9.6 % à 11.2 % – une part très élevée en comparaison internationale. Cette hausse concerne en majorité trois groupes différents : bénéficiaires de prestations pour affections de longue durée, titulaires d'un emploi flexible (un emploi généreusement et constamment subventionné pour les personnes à capacité de travail réduite qui ne peuvent obtenir un emploi à des conditions normales), et personnes en attente d'attribution d'un emploi flexible et touchant une indemnité de chômage spéciale (ou indemnité d'attente) dans l'intervalle. Le nombre de bénéficiaires de prestations

d'invalidité permanentes est élevé mais très stable dans le temps, à un peu plus de 7 % de la population d'âge actif.

Derrière ces tendances se cachent deux futurs défis qui sont étroitement liés : premièrement, l'augmentation du nombre de jeunes gens de 20-34 ans qui touchent une prestation d'invalidité (avec une augmentation de 10 % du taux de bénéficiaires depuis le milieu des années 90) et, deuxièmement, la part croissante de personnes souffrant d'affections mentales qui touchent ce type de prestations (elles représentent 46 % du flux total d'entrée dans les régimes de prestations d'invalidité en 2007, contre 26 % en 1999). La maladie mentale est également le plus gros écueil de la politique de l'emploi, les personnes qui en souffrent affichant les taux d'emploi les plus faibles. Ainsi, cette tendance pourrait aussi expliquer en partie la récente hausse des taux de pauvreté des personnes handicapées au Danemark, qui sont maintenant supérieurs de quelque 20 % à ceux des personnes valides.

Pour conclure, les développements récents montrent que la profonde réforme des prestations d'invalidité – initiée en 2000 et mise en œuvre en 2003, qui a modifié l'évaluation de l'incapacité, la priorité n'étant plus donnée à la perte de capacité mais à la capacité de travail, et supprimé la prestation d'invalidité partielle et les différents taux de prestation –, n'a pas encore révélé tout son potentiel. L'augmentation rapide du nombre de personnes pouvant bénéficier des emplois flexibles, sans que ne baisse le nombre de personnes pouvant prétendre à des prestations d'invalidité¹, laisse penser que ce sont souvent les personnes qui occupaient auparavant des emplois non subventionnés qui sont attirées par ces emplois subventionnés. Les résultats indiquent que des actions récentes visant à réduire les absences pour maladie – qui présentaient un modèle de structure pour le suivi des personnes malades par les autorités – n'ont rien donné à ce jour.

Au Danemark, le problème tient en partie à la mise en œuvre, des pans importants de la politique sociale et de l'emploi étant gérés au niveau municipal. En effet, les différences de taux d'octroi de prestations entre les communes ne sont pas aussi importantes dans aucun autre pays de l'OCDE que ce n'est le cas au Danemark, le rapport minimum-maximum étant de 1:3 même au niveau beaucoup plus large du comté. Le Danemark étant un petit pays, il est peu probable que cela s'explique par des différences sur le plan de la santé entre les communes. C'est pourquoi les pouvoirs publics s'efforcent d'orienter la pratique municipale par le biais d'un système de taux de remboursement progressifs des frais municipaux – les remboursements sur les fonds fédéraux étant supérieurs en cas d'intervention active (telle que la réadaptation professionnelle) en guise d'incitation financière pour éviter l'octroi de prestations permanentes à long terme.

Principales recommandations pour l'action publique

Le système d'orientation financière des pratiques municipales, toutefois, n'est pas nouveau et il est apparemment insuffisant. C'est pourquoi des réformes supplémentaires ont été entreprises en 2006 et 2007 dans un certain nombre de domaines, notamment l'introduction d'un outil d'évaluation comparative plus au point et convivial pour que les communes puissent mesurer les résultats et comparer leurs propres pratiques avec celles des communes voisines. Cela devrait permettre aux communes qui obtiennent des résultats médiocres de tirer plus aisément des enseignements de celles qui réussissent le mieux. Un amendement apporté en 2006 à la réforme des prestations de 2003 visait à

éviter le fréquent recours aux emplois flexibles sans preuves suffisantes du respect des conditions d'admissibilité. Il avait été constaté que c'était l'une des principales raisons de l'augmentation récente (et d'une ampleur inattendue) du nombre d'emplois flexibles accordés. Reste à savoir quel sera l'effet de cette correction, qui a également abaissé la subvention maximale au titre d'un emploi flexible.

Cet amendement est complété par des changements structurels qui visent à renforcer encore la place privilégiée qu'occupe l'emploi dans le système danois, qui comprend déjà un programme très complet de réadaptation professionnelle et un système d'emploi aidé de grande portée. Premièrement, les comtés ont été abolis par la réforme structurelle municipale et 271 communes ont fusionné pour n'en former plus que 98. Deuxièmement, de nouveaux centres pour l'emploi municipaux ont été créés ; ils sont dirigés conjointement par la commune et le Service public de l'emploi (SPE), et fonctionnent sous forme de guichet unique pour les services de l'emploi destinés aux employeurs et aux citoyens – ce qui favorise la fonction des communes en matière d'emploi et leur coopération avec les autorités responsables du marché du travail. Une fois encore, il est trop tôt pour pouvoir évaluer les effets de ces changements ; on espère entre autres que les différences de résultats entre les régions se réduiront.

Il y a encore beaucoup à faire pour mieux comprendre l'échec partiel du système actuel et des réformes récentes. Pour soutenir les changements les plus récents et en cours, le gouvernement danois devrait prendre en compte les recommandations résumées dans l'encadré 0.2.

Encadré 0.2. **Recommandations pour le Danemark**

Les réformes récentes peuvent aider à réduire la dépendance à l'égard des prestations et à accroître l'intégration dans l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé ou d'un handicap. Cependant, un certain nombre de domaines auraient encore besoin d'être traités pour améliorer davantage la mise en œuvre de l'action publique et pour remédier aux faiblesses qui demeurent. Il conviendrait en particulier de relever quatre défis avec les futures réformes :

- L'influence restreinte que les communes ont sur certaines questions, comme l'évaluation médicale.
- Le suivi de la mise en œuvre de l'action municipale qui a été introduit seulement récemment.
- La coordination limitée entre les acteurs, l'une des causes du haut niveau d'absentéisme pour maladie.
- Le nombre croissant de bénéficiaires (jeunes) de prestations d'invalidité souffrant de maladie mentale.

Conférer aux communes les pouvoirs nécessaires pour obtenir de meilleurs résultats

Ce qui caractérise sans doute le mieux, et de façon remarquable, le cadre de l'action publique danoise, c'est le rôle très important des communes, qui gèrent la quasi-totalité des services sociaux et de l'emploi. C'est la municipalité qui octroie ou refuse une prestation de maladie, une prestation d'invalidité, un emploi flexible ou toute autre mesure en faveur de l'emploi ou de la formation. Cela étant, certains éléments de la structure des responsabilités existante ne sont pas propices à des résultats optimaux. Par exemple, les médecins généralistes qui ne rendent pas compte à la commune continuent de jouer un rôle central. Pour que ce système soit totalement fonctionnel et homogène, les communes devront être investies de pouvoirs accrus. Sachant cela, les mesures suivantes doivent être envisagées :

Encadré 0.2. **Recommandations pour le Danemark** (suite)

- *Renforcer les pouvoirs des centres pour l'emploi municipaux sur le plan médical.* Faire intervenir très tôt les médecins de la commune, idéalement au cours des huit premières semaines d'absence. En particulier, il est nécessaire d'instaurer un contrôle systématique des certificats des médecins généralistes et un recours accru à un deuxième avis médical à un stade plus précoce, tout en autorisant les médecins-conseil du centre pour l'emploi à infirmer la décision du médecin généraliste, ou en leur permettant de le faire plus facilement. Enfin, envisager de s'inspirer du modèle suisse – à savoir mettre en place un service médical régional pour un groupe de communes voisines, qui assurerait l'ensemble des évaluations médicales nécessaires.
- *Donner aux centres pour l'emploi les ressources nécessaires.* Assurer aux centres pour l'emploi les ressources nécessaires et stimuler l'investissement en faveur de l'amélioration des compétences des travailleurs sociaux. Un suivi approfondi de la maladie, qui ne devrait pas être qu'une simple procédure administrative, exige des ressources suffisantes. Évaluer la capacité des 14 centres pilotes pour l'emploi qui relèvent pleinement de la commune par rapport aux centres pour l'emploi dirigés conjointement par la commune et le SPE ; si les centres pilotes s'avèrent plus efficaces, il convient de confier aux municipalités l'entière responsabilité des questions d'emploi.
- *Évolution vers un service à guichet unique intégré.* Évaluer la récente séparation des questions d'emploi et de prestations et prendre si nécessaire des mesures, y compris par exemple la fusion des centres pour l'emploi et des organismes de prestations. Améliorer la coopération sans failles entre les centres pour l'emploi et les organismes de prestations. Envisager une fusion entre les organismes de prestations municipaux (qui octroient les prestations en espèces et les indemnités de maladie) et les services sociaux municipaux (qui sont responsables des prestations d'invalidité et d'autres allocations).

Mieux soutenir la mise en œuvre de l'action publique municipale

Étant donné les très grandes responsabilités dont sont investies des communes qui sont désormais au nombre de 98, un problème de taille auquel est confronté le Danemark est l'écart important entre législation et mise en œuvre, ce dont témoignent des différences importantes de niveaux de prestations d'invalidité accordées d'une commune à l'autre. Les pouvoirs publics ont choisi d'orienter la mise en œuvre de l'action municipale par le biais d'incitations financières, mais celles-ci ne semblent pas être suffisantes pour induire le comportement attendu. Les communes qui obtiennent des résultats médiocres pourraient faire mieux et s'inspirer davantage des bonnes pratiques d'autres communes. C'est pour cela qu'un nouveau système de gestion des performances a été mis en place dans le cadre des récentes réformes du système d'emploi. Étant donné les pouvoirs dont disposent les communes, l'amélioration des résultats pourrait être soutenue par les mesures suivantes :

- *Responsabiliser les travailleurs sociaux municipaux.* Tout en laissant suffisamment de place à l'expérimentation et à l'innovation, il est nécessaire d'instaurer de meilleures lignes directrices pour aider les travailleurs sociaux municipaux à obtenir de bons résultats s'agissant de la gestion de l'insertion dans l'emploi, du suivi des absences pour maladie et du suivi des emplois flexibles. Il convient de fixer des résultats spécifiques que les centres pour l'emploi doivent obtenir, en s'inspirant de ceux atteints par les plus performantes (sur le plan du suivi des absences et du nombre de personnes sortant de régimes de prestations à long terme par exemple). En cas de résultats médiocres des municipalités, des sanctions doivent être utilisées avec circonspection mais régulièrement.

Encadré 0.2. **Recommandations pour le Danemark** (suite)

- **Renforcer le partage des bonnes pratiques et l'exploitation des enseignements entre communes.** Le nouvel outil actualisé d'évaluation comparative régulièrement actualisé, *jobsindstats.dk*, doit être exploité de façon systématique. Il devrait permettre d'analyser et de mieux comprendre les différences importantes et persistantes de résultats des communes. Logiquement il est également possible d'obtenir de meilleurs résultats en veillant davantage à la diffusion des bonnes pratiques municipales à l'échelle du pays.
- **Assurer un suivi étroit des effectifs et de l'évolution du programme d'emplois flexibles.** En dépit d'un certain nombre de changements apportés au système en 2006, le programme d'emplois flexibles reste une solution intéressante pour les communes, les employeurs et les employés. En cas de maintien dans le même emploi, les procédures doivent être strictes afin d'éviter que les personnes capables de travailler dans des conditions normales se voient attribuer une subvention au titre d'un emploi flexible. Il pourrait être nécessaire d'introduire une forme de garde-fou pour éviter le recours excessif au système : le salaire d'un emploi flexible devrait être inférieur à celui d'un emploi non subventionné. De plus, il faudrait encore abaisser la subvention salariale maximale au titre d'un emploi flexible. Il faudrait mobiliser les personnes bénéficiant d'une indemnité d'attente avant d'être placées dans un emploi flexible afin d'éviter que cette nouvelle allocation ne devienne une autre prestation permanente ne favorisant pas l'activité ou un tremplin vers l'obtention d'une prestation d'invalidité.
- **Améliorer encore les incitations financières en faveur des communes.** Les changements intervenus au fil des ans visaient à améliorer les incitations en faveur des communes pour qu'elles accordent une place privilégiée à l'intégration sur le marché du travail. Pourtant, les résultats semblent indiquer qu'il faut aller plus loin. Par exemple, le taux de remboursement (qui s'élève à 65 %) applicable aux frais municipaux au titre des emplois flexibles reste trop élevé. De la même manière, le remboursement devrait être refusé en cas de prestations d'invalidité octroyées sans preuves concluantes. Une autre possibilité pourrait consister à envisager un remboursement inférieur pour la commune, et des subventions inférieures aux travailleurs et aux employeurs, en cas d'emplois flexibles proposés à leur *propre* main-d'œuvre de façon à stimuler la création de nouveaux emplois flexibles pour les travailleurs qui n'ont pas encore travaillé dans l'entreprise en question.

Améliorer la coordination entre les communes et les autres acteurs

Les pouvoirs accrus dont jouissent les communes associés à une gestion des performances rigoureuse ne résolvent pourtant pas un troisième problème : la coordination insuffisante de l'action municipale avec les autres acteurs, qui est particulièrement frappante en ce qui concerne les absences pour maladie. En dépit d'un bon système de suivi des absences pour maladie en théorie, les niveaux d'absence sont élevés et en hausse, et la stabilité de l'emploi des travailleurs malades est faible. Cela tient en partie au système de flexicurité danois, qui permet de licencier facilement les travailleurs malades, mais au moins en partie également à des faiblesses structurelles. Les employeurs et les communes utilisent une méthode de suivi parallèle mais très peu coordonnée, et les médecins généralistes n'interviennent tout simplement pas dans ce processus. Pour améliorer la coordination entre les acteurs, il convient de s'attaquer aux questions suivantes :

- **Améliorer la coopération avec les employeurs.** Si l'on veut faire baisser les taux d'absentéisme et augmenter la stabilité de l'emploi, les liens entre les communes et les employeurs doivent être améliorés. Les communes doivent en particulier impliquer les employeurs

Encadré 0.2. **Recommandations pour le Danemark** (suite)

dans l'élaboration de leur plan de suivi. Il faut inciter plus fermement les communes à développer des outils de coopération, et il faut également veiller à ce que des tables rondes regroupant des travailleurs sociaux, des employeurs et des médecins, aient lieu régulièrement. Par exemple, le remboursement par l'État des indemnités de maladie versées par les communes pourrait être inférieur si aucune table ronde n'a été organisée. Un tel changement serait encore plus efficace si des incitations financières en faveur des employeurs étaient également envisagées pour favoriser leur participation à ces tables rondes. De plus, il faudrait que les employeurs aient accès par le biais d'un guichet unique au système public, idéalement avec des agents de contact individuels dans leurs centres pour l'emploi municipaux respectifs.

- *S'attaquer au niveau élevé des absences pour maladie.* On sait peu de choses sur le niveau élevé et l'augmentation récente des absences de longue durée. Il serait capital de réaliser d'autres travaux de recherche en la matière. Il faut à tout prix faire en sorte de remettre les personnes en activité plus rapidement, à plein temps ou à temps partiel – en assurant leur suivi le plus tôt possible. Le plan d'action récent des autorités danoises comporte un grand nombre de propositions prometteuses qu'il conviendrait de mettre en œuvre promptement. Par exemple, l'éventail des aides mises à disposition à un stade précoce devra être étoffé. Si tout cela s'avère insuffisant, le niveau des indemnités de maladie devra être revu et les versements complémentaires prévus par les conventions collectives devront être réglementés (limités à 80 % du salaire par exemple), comme cela se pratique de plus en plus au sein de l'OCDE. Plus généralement, il faudrait recourir à des conventions collectives et des accords de coopération pour régler le problème des absences. Il est particulièrement important d'assurer le suivi et de mieux gérer la maladie des personnes au chômage, grâce à une coopération accrue entre les communes et les fonds d'assurance chômage.

S'attaquer au problème du nombre élevé de bénéficiaires (jeunes) de prestations d'invalidité souffrant de maladie mentale

L'un des grands défis auquel est confronté le Danemark est la dépendance croissante des jeunes adultes de 20-34 ans à l'égard des prestations d'invalidité et la part croissante d'affectations mentales parmi les causes donnant lieu à des prestations à long terme. Il existe également une corrélation entre les deux tendances parce que trois subventions sur quatre accordées aux jeunes adultes le sont pour des raisons de santé mentale. Cette évolution a débuté il y a un certain temps déjà et n'a pas encore été traitée. Elle est particulièrement problématique étant donné la nature permanente des demandes de prestations d'invalidité. Si les raisons de ce phénomène qui touche l'ensemble de l'OCDE ne sont pas très bien connues, quelques modifications du système pourraient contribuer à améliorer la situation. Il conviendrait d'envisager les changements suivants :

- *Traiter le problème du flux d'entrée élevé des jeunes adultes dans les régimes de prestations d'invalidité.* Les prestations d'invalidité sont assez généreuses, en particulier en ce qui concerne les jeunes gens dont la capacité de travail est réduite et dont l'expérience professionnelle est limitée, voire inexistante. C'est également un groupe qu'il est difficile de rapprocher du marché du travail, parce que la plupart de ces jeunes présentent une santé mentale fragile. On pourrait aider ces personnes avec de meilleures incitations à travailler et des aides mieux ciblées, en échange d'obligations de participation plus strictes. À l'heure actuelle, au Danemark, on débat de la meilleure manière d'aider ces personnes, notamment la suppression des prestations d'invalidité pour les personnes en dessous d'un certain âge ou l'octroi d'allocations temporaires à ce groupe, des réévaluations régulières au bout de cinq ans et l'introduction d'une nouvelle prestation de réadaptation. Les aspects positifs et

Encadré 0.2. **Recommandations pour le Danemark** (suite)

négatifs de l'une ou l'autre de ces méthodes doivent être soigneusement étudiés. Dans ce contexte, les aspects pratiques d'une prestation unique en faveur des personnes d'âge actif méritent d'être examinés plus avant ; avec la dernière réforme des prestations, les écarts de niveaux de différentes prestations se sont par exemple beaucoup réduits.

- *Traiter le problème de la part élevée de prestations d'invalidité ayant pour origine une maladie mentale.* Premièrement, la détection et le traitement plus précoces des problèmes de santé mentale permettraient d'empêcher ces problèmes de créer des obstacles à long terme sur le marché du travail. Deuxièmement, il serait nécessaire de mieux identifier les compétences et capacités des individus, avec un certificat d'aptitude au travail pour chaque personne présentant un handicap, comprenant des informations sur les droits à des subventions salariales par exemple. Troisièmement, les programmes d'emploi actifs devront mieux tenir compte des besoins des personnes souffrant d'affections mentales. Il faudrait que les nouvelles approches considèrent le travail comme un facteur positif pour la santé mentale. Une reprise partielle du travail – qui est de plus en plus encouragée au Danemark – pourrait être particulièrement adaptée à ce groupe.
- *Envisager des politiques pour accroître les sorties des régimes d'invalidité.* Les bénéficiaires de prestations d'invalidité permanentes pourraient constituer un nouveau groupe cible pour l'action. Les outils permettant de stimuler le flux de sortie des régimes de prestations devraient notamment consister à promouvoir les réglementations existantes en matière de suspension des prestations (qui autorisent la suspension des droits aux prestations sans limitation de durée) et des réévaluations régulières et plus structurées des droits en cours. Par le biais du système de remboursement, les communes devraient être rétribuées spécifiquement pour chaque allocataire ramené durablement sur le marché du travail.

Défis et solutions pour la Finlande

La situation actuelle

Le marché du travail finlandais ne semble pas très solide comparé à celui des autres pays nordiques : le taux d'emploi global de 70 % en 2007 reste inférieur à celui de ces pays, tandis que le taux de chômage est bien supérieur, à près de 7 %. Ces niveaux sont en effet plus proches de la moyenne de l'OCDE, ce qui peut s'expliquer au moins en partie par le fait que la Finlande a été très fortement touchée par la chute de l'Union soviétique au début des années 90 et par la baisse des exportations vers la Russie et ses voisins qui s'en est suivie. En effet, le chômage a culminé à près de 17 % en 1994 – il est vite retombé depuis, et il a continué de baisser rapidement au cours des trois dernières années, mais il n'a pas encore atteint son bas niveau de la fin des années 80 et du début des années 90.

Cependant, le système de prestations semble également contribuer à une inactivité élevée. Dans le système actuel, l'écart est trop faible entre le revenu du travail et celui des prestations et les possibilités de combiner les deux sont trop limitées – pour résumer, cela n'aide pas à relever efficacement, ni suffisamment rapidement, l'offre de main-d'œuvre. La part des personnes d'âge actif percevant des prestations d'invalidité était de 8.4 % en 2007, un niveau élevé qui n'a pas évolué au cours des cinq dernières années mais se situe sous le pic de 10 % de 1994, l'année de la crise. Cependant, le chômage touche aussi les personnes handicapées bien plus souvent que les personnes valides.

Les absences pour maladie sont également élevées en Finlande, 5,5 % de l'ensemble des jours de travail étant perdus pour cette raison, et elles ont augmenté régulièrement au cours des dix dernières années. Cette hausse est due en grande partie à l'augmentation des absences de longue durée ; les absences de plus de trois mois ont augmenté de près de 50 % au cours des dix dernières années, comparé à une augmentation de 15 % des absences de moins d'un mois. Le flux d'entrée dans les régimes d'invalidité continue également d'être très élevé, ce qui ne laisse guère espérer de réduction du nombre global de bénéficiaires. Une très grande partie des nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité sont des travailleurs de plus de 55 ans, ce qui reflète dans une certaine mesure l'habitude finlandaise d'utiliser les prestations d'invalidité comme une voie d'accès à une cessation anticipée d'activité.

En dépit du taux de chômage et d'inactivité pour raisons de santé qui reste élevé, des pénuries de main-d'œuvre apparaissent dans certaines branches de l'économie. Cela résulte d'une inadéquation des qualifications, elle-même liée à l'évolution très rapide de la structure économique vers une économie de services mondialisée.

L'offre de main-d'œuvre réduite et les pénuries de main-d'œuvre que commencent à connaître certains pans de l'économie seront encore accentuées par le vieillissement de la population – l'une des principales préoccupations des pouvoirs publics finlandais à l'heure actuelle et le facteur motivant la place privilégiée donnée au marché du travail dans les politiques de maladie et d'invalidité.

Ceci doit être considéré dans le contexte d'un niveau d'emploi des personnes handicapées de 54 % environ – niveau relativement élevé en comparaison internationale, expliqué en partie par le fait que davantage de personnes estiment souffrir d'un problème de santé ou d'un handicap chronique (près d'une personne d'âge actif sur quatre, comparé à une personne sur six dans la plupart des autres pays de l'OCDE) ; le taux d'emploi des personnes qui souffrent de problèmes plus graves est d'environ 40 %. D'autre part, plus de 30 % des personnes à capacité de travail partielle qui bénéficient de prestations d'invalidité partielle ne travaillent pas. Parmi les bénéficiaires actuels d'une prestation d'invalidité liée aux gains antérieurs, 33 000 personnes se sont révélées disposées et aptes à travailler, au moins occasionnellement ; cela représente actuellement 19 % du nombre de dossiers et environ 1 % de la main-d'œuvre totale.

Principales recommandations pour l'action publique

Quelles mesures prennent les autorités finlandaises pour relever ces défis ? Avec la vaste réforme des pensions réalisée en 2005, qui faisait suite à une série de réformes de plus petite envergure dans les années 90, il est devenu plus intéressant pour les travailleurs âgés de continuer de travailler au-delà de 63 ans. On espère que cela relèvera l'âge moyen effectif de départ en retraite de deux à trois ans. L'impact de cette réforme sur le régime de prestations d'invalidité, qui fait partie intégrante du régime de pension, et partant sur la retraite pour cause d'invalidité, est cependant limité. La suppression d'une pension de retraite anticipée spéciale, qui reposait sur la capacité de l'employé à exercer son activité normale et était destinée aux travailleurs de plus de 58 ans de santé fragile, a été compensée par une entrée plus facile dans les régimes de prestations d'invalidité classiques pour les personnes de plus de 60 ans (qui est également liée à la capacité de l'employé à exercer son

activité normale) – de sorte que le flux total d'entrée dans les régimes de prestations d'invalidité et les taux de bénéficiaires est resté quasiment le même.

De plus, les pouvoirs publics cherchent à trouver une solution plus globale au problème des désincitations au travail, par le biais d'une vaste réforme, ou d'une refonte du système de protection sociale. Le but ultime de cette réforme, dont les détails ne sont pas connus à ce stade, est de mieux exploiter le potentiel de travail actuel des personnes inactives et qui, généralement, touchent des prestations. Cette action pourrait bien entraîner une modification des allocations de chômage, notamment peut-être une baisse des versements pendant la durée du chômage, tel que cela se pratique de plus en plus dans de nombreux pays de l'OCDE. Reste à voir quel sera l'effet sur les prestations d'invalidité.

À la suite du redimensionnement du réseau de centres de travail protégé pendant la récession économique du début des années 90, la politique active de l'emploi finlandaise a commencé à adopter de nouvelles méthodes pour aider les personnes handicapées. Depuis le milieu des années 90, le Fonds social européen a également contribué à la mise en œuvre de nouveaux projets ciblant à la fois le chômage à long terme et les demandeurs d'emploi handicapés. Toutefois, l'utilisation des programmes destinés à ce dernier groupe a été et demeure encore faible, et l'action du SPE axée sur la lutte contre le chômage structurel ne se réoriente que très lentement. Le grand nombre d'acteurs différents en charge des personnes handicapées constitue un écueil important. En rapprochant le SPE et la municipalité, les Centres de service pour la main-d'œuvre (LAFOS, *Labour Force Service Centres*) nouvellement créés sont une première étape vers l'amélioration de la coopération interinstitutionnelle. Cependant, ces centres aident avant tout les personnes qui connaissent à la fois des problèmes d'emploi et des problèmes sociaux, seul un tiers des clients ayant un problème de santé.

Pour réduire la dépendance à l'égard des prestations et améliorer les chances d'embauche des personnes présentant des problèmes de santé ou un handicap, il faudra en faire bien plus. Pour ce faire, le gouvernement finlandais devrait prendre en compte les recommandations résumées dans l'encadré 0.3. De plus, des mesures dans ces domaines pourraient être facilitées par la généralisation de l'évaluation de l'incapacité et de la capacité de travail.

Encadré 0.3. **Recommandations pour la Finlande**

Les réformes en cours et récentes en Finlande n'ont pas traité suffisamment énergiquement le problème des personnes handicapées. Des changements sont nécessaires dans un certain nombre de domaines, y compris, en particulier, dans les suivants :

- Le morcellement du système de réadaptation professionnelle.
- Le peu d'importance accordé par le Service public de l'emploi intégré à la participation et à l'intégration des personnes présentant des problèmes de santé de longue durée ou un handicap.
- L'utilisation très répandue des prestations d'invalidité comme moyen de retraite anticipée.
- Le potentiel que présente l'octroi de lourdes responsabilités à l'employeur, et les défis qui restent à relever en la matière.

Encadré 0.3. **Recommandations pour la Finlande** (suite)**Rationaliser le système de réadaptation professionnelle morcelé**

Le système d'activation et de réadaptation professionnelle est considérablement morcelé, un certain nombre d'acteurs différents étant responsables de différents groupes de la population à différents stades. Les principaux acteurs sont le SPE pour les demandeurs d'emploi handicapés, le système de santé général et les services de santé professionnelle pour les personnes présentant une maladie de longue durée, les organismes de responsabilité civile accidents et automobile pour les personnes victimes d'un accident du travail ou d'accidents de voiture, respectivement, les organismes d'assurance agréés pour les travailleurs ayant suffisamment travaillé, et l'organisme d'assurance sociale pour ceux qui ont peu travaillé et ceux qui ne bénéficient pas de la couverture de quelqu'un d'autre. Les communes jouent également un rôle accessoire. Il est presque impossible pour un client potentiel, mais aussi pour les autorités concernées, de comprendre simplement qui est supposé faire quoi, pour qui, et à quel moment. Les mesures suivantes amélioreraient la situation :

- *Accroître les responsabilités des acteurs.* Le système actuel de services de réadaptation doit être simplifié. Il faudrait envisager de modifier les modalités de financement, ce qu'étudie actuellement l'*Advisory Board for Rehabilitation* (Conseil consultatif sur la réadaptation). Pour accroître la transparence du système et éviter que les personnes ne soient ballotées entre les différentes autorités, il faut favoriser deux concepts. Premièrement, il serait important de créer un point d'entrée unique dans le système pour les personnes concernées. Deuxièmement, une fois qu'une personne est dans le système, il faudrait qu'une seule autorité prenne en charge son dossier du début à la fin afin d'assurer des services efficaces.
- *Améliorer la coopération entre les autorités chargées de gérer la réadaptation.* L'*Act on Co-operation on Client Services within Rehabilitation* de 2003 (Loi sur la coopération en matière de services aux clients en réadaptation) devrait être développé plus avant et prévoir une coopération obligatoire entre les autorités chargées de la réadaptation. Cela devrait comprendre un échange d'informations plus précoce et permanent clairement réglementé entre les autorités concernées, y compris les prestataires privés de pensions, pour garantir une intervention pertinente. Une meilleure coopération et un meilleur échange d'informations avec le SPE sont particulièrement importants (non seulement pour KELA mais aussi pour les prestataires privés de pensions) de façon que les activités du SPE n'interviennent pas trop tard. Une meilleure coopération avec le secteur des services de santé professionnelle est également nécessaire dans le cadre de l'élaboration du plan de réadaptation.
- *Introduire un système de responsabilités mutuelles.* Il faudrait subordonner le versement des prestations à la participation obligatoire des personnes handicapées à des activités de réadaptation si cela a des chances d'améliorer la capacité de travail. Eu égard aux responsabilités accrues des organismes de réadaptation, le droit à la réadaptation professionnelle dont jouit l'individu à l'heure actuelle devrait être assorti d'obligations de participation correspondantes. La réforme mise en œuvre en Suisse en 2005 pourrait servir de référence quant à la façon de procéder.
- *Rationaliser le système de prestations de réadaptation.* Conformément à la rationalisation des responsabilités en matière de réadaptation professionnelle, il faudrait fusionner les différentes prestations et allocations de réadaptation en un seul versement.

Encadré 0.3. **Recommandations pour la Finlande (suite)****Renforcer l'importance accordée par le SPE aux personnes handicapées**

Au cours des années 90, l'objectif principal du SPE était de combattre le taux de chômage élevé. Les personnes sans emploi présentant des problèmes de santé ou un handicap faisaient l'objet de beaucoup moins d'attention, ce qui est encore en grande partie le cas aujourd'hui. Les bénéficiaires de prestations d'invalidité, par exemple, auront tendance à avoir des difficultés à accéder aux services offerts par le SPE, ce dont témoignent les Centres de service pour la main-d'œuvre (LAFOS) nouvellement mis en place et créés pour les clients nécessitant une aide personnalisée intégrée plus poussée, mais qui, en raison de leurs ressources limitées ne sont pas en mesure de répondre à tous les clients potentiels. Les mesures suivantes permettraient d'accroître le recours de personnes présentant une santé fragile ou un handicap à des services intégrés :

- *Faciliter l'accès des personnes handicapées aux mesures du SPE.* Améliorer l'accès aux services intégrés du SPE et leur utilisation par les groupes qui sont sous-représentés, notamment les chômeurs en maladie de longue durée, les bénéficiaires de prestations d'invalidité (partielle) désireux et capables de travailler, les travailleurs indépendants présentant des problèmes de santé et les demandeurs de prestations d'invalidité déboutés. Cela exigera des ressources financières et humaines supplémentaires pour le SPE.
- *Améliorer la gouvernance du SPE.* Le SPE ne propose pas suffisamment de programmes de suivi et d'évaluation (et ne s'y intéresse pas suffisamment), en particulier depuis l'interruption du financement du Fonds social européen. Dans un premier temps, il est nécessaire de procéder à une meilleure évaluation des résultats des services pour différents groupes de clients (en particulier mais pas uniquement les groupes présentant des degrés différents de handicaps). Dans un deuxième temps, il convient d'envisager des objectifs quantitatifs sur le plan des résultats et des taux de placement pour différents groupes de personnes à capacité de travail réduite.
- *Consolider les LAFOS.* Mieux intégrer la partie municipale et la partie SPE des LAFOS et impliquer KELA en tant que partenaire égal de façon à pouvoir exploiter pleinement ses compétences techniques en matière de réadaptation. Évaluer les différents modes de fonctionnement mis en place dans les 39 LAFOS à travers le pays afin d'identifier la méthode la plus prometteuse. Garantir l'accès des personnes présentant des problèmes de santé à ces services intégrés. Plus généralement, envisager d'utiliser l'approche des LAFOS (équipe pluridisciplinaire, soutien postplacement et aide à la transition d'un emploi à une autre) pour l'ensemble des clients qui présentent un handicap et qui sont sans emploi depuis au moins six mois).
- *Soutenir l'utilisation de subventions salariales.* Évaluer le programme de subventions salariales pour mieux comprendre i) l'impact de la réforme du système en 2006, ii) les causes de l'utilisation limitée du programme pour les personnes handicapées et iii) le faible recours au bon de subvention salariale, qui est donné directement aux demandeurs d'emploi. Modifier le système en fonction des conclusions de ces évaluations. Par exemple, veiller à ce que les travailleurs sociaux du SPE encouragent l'utilisation du programme et que la procédure administrative ne soit pas considérée comme une charge inutile par les employeurs.

Encadré 0.3. **Recommandations pour la Finlande** (suite)**Traiter le problème de l'utilisation très répandue des prestations d'invalidité comme moyen de retraite anticipée**

Chaque année, une personne d'âge actif sur cent en Finlande quitte le marché du travail via un régime de prestations d'invalidité. 47 % de l'ensemble des nouveaux bénéficiaires se situent dans la tranche d'âge 55-64 ans (contre 18 % aux Pays-Bas et 29 % au Danemark), le taux d'entrée des 55-59 ans étant sept fois supérieur à celui des 35-39 ans, par exemple. De ce fait, plus d'une personne de 60-64 ans sur quatre touche une prestation d'invalidité – ce qui montre que ce programme continue d'être utilisé comme un moyen de retraite anticipée. Les réformes des pensions se sont attaquées au problème de la sortie précoce du marché du travail de façon plus générale, mais en accordant très peu d'attention au régime de prestations d'invalidité. Les mesures suivantes complèteraient les réformes réalisées jusqu'à présent et permettraient d'éviter le transfert dans les régimes de prestations d'invalidité pendant la suppression progressive également nécessaire du « tunnel du chômage » (c'est-à-dire l'accès plus aisé des chômeurs de plus de 57 ans à des allocations de chômage permanentes, suivies d'une retraite anticipée à partir de l'âge de 62 ans).

- *Moderniser les évaluations de la capacité de travail.* Les évaluations devraient mettre davantage l'accent sur la capacité de travail résiduelle, et moins sur l'état de santé. La même évaluation de l'invalidité doit être utilisée pour l'ensemble des travailleurs, quelle que soit leur tranche d'âge : l'accès plus aisé pour les personnes âgées de 60-64 ans est une forte invitation à la retraite pour cause d'invalidité. De la même manière, les employés du secteur public – administration locale et employés de l'État, qui représentent au total près de 20 % de la main-d'œuvre – doivent être évalués suivant les mêmes critères plutôt que sur la base de la capacité de l'employé à exercer son activité normale.
- *Mettre en adéquation la souplesse du marché du travail et l'évaluation des capacités.* Les prestations d'invalidité partielle pour les personnes à capacité de travail partielle doivent être octroyées indépendamment de la disponibilité réelle d'un emploi à temps partiel, tout en permettant une combinaison de prestations d'invalidité partielle et de prestations de chômage partiel. Les problèmes des travailleurs à capacité de travail réduite devraient être traités dans des conventions collectives, notamment les questions des horaires de travail et des salaires inférieurs. Il pourrait s'agir, par exemple, de réglementations favorisant une reprise partielle du travail en cas de rétablissement partiel après un accident ou une maladie. Dans le même ordre d'idées, il peut également être nécessaire de rendre les indemnités de maladie publiques partielles accessibles plus tôt (c'est-à-dire pas seulement au bout d'une période de 60 jours de perception d'indemnités de maladie à taux plein).
- *Faire en sorte que le travail soit payant.* Faire plus attention aux incitations créées par le système de prestations d'invalidité combinées aux différentes allocations d'invalidité et déductions fiscales. Par exemple, si l'on supprimait progressivement la prestation d'invalidité lorsque les revenus dépassent un certain seuil, qu'il s'agisse d'une prestation à taux plein ou partiel, il deviendrait plus intéressant de combiner prestations et revenu du travail. Pour stimuler encore les efforts de recherche d'emploi, des allocations d'activité destinées aux travailleurs handicapés à bas salaire pourraient être envisagées. Évaluer le système de déductions fiscales pour déterminer si elles sont un moyen efficace de compenser les coûts supérieurs des régimes d'invalidité.

Encadré 0.3. **Recommandations pour la Finlande** (suite)**Coordonner les vastes responsabilités de l'employeur**

À travers un système complet de services de santé professionnelle et la modulation des taux de cotisation de l'employeur au régime de prestations d'invalidité en fonction de ses antécédents, les employeurs sont très impliqués dans les politiques de maladie et d'invalidité. Les difficultés naissent des désincitations à embaucher découlant du système de modulation en fonction des antécédents et de services de santé professionnelle (SSP) présentant d'importantes différences et un accès inégal. Les programmes de services de santé professionnelle sont très variables d'une industrie et d'une entreprise à l'autre, et de nombreux travailleurs indépendants, exploitants agricoles et employés de PME ne sont pas couverts. Pour traiter certains de ces problèmes, y compris la situation des personnes au chômage, les mesures suivantes devraient être envisagées :

- *Étendre les services de santé professionnelle.* Il faudrait relever la couverture des SSP pour la rapprocher de 100 % et améliorer la qualité des services. Le relèvement de la couverture impliquerait de rendre les SSP obligatoires pour les entrepreneurs et les travailleurs indépendants et de mettre en place un système s'apparentant à celui des SSP pour la population d'âge actif qui est sans emploi. Le projet pilote *Work Health Clinics*, qui s'inspire également de l'expérience du projet pilote de pensions pour les exploitants agricoles, devrait mettre au point un modèle montrant comment procéder. La qualité des SSP pourrait être améliorée en donnant plus de place dans ces services à la gestion concrète de la maladie et de la réadaptation. En ce qui concerne les PME, il serait important que les SSP interviennent plus étroitement sur le lieu de travail, avec des visites sur place plus régulières.
- *Renforcer le système de modulation en fonction des antécédents.* Il faudrait prendre d'autres mesures pour mieux comprendre l'impact du système de modulation en fonction des antécédents pour le financement des prestations d'invalidité existant. Envisager de nouvelles mesures pour compenser la baisse des incitations à embaucher résultant du programme, telles que des réductions des taxes sur les salaires pour les employeurs qui embauchent des personnes handicapées. La politique néerlandaise du « risque zéro » pourrait servir de modèle dans le cadre de l'élaboration d'une telle politique. Une certaine forme de modulation en fonction des antécédents pourrait également être envisagée pour les PME, du moins pour quelques années de cotisation au régime de prestations d'invalidité, afin d'éveiller l'intérêt des petits employeurs pour une bonne gestion de la maladie.
- *Améliorer la gestion de la maladie.* Il faudrait diffuser les lignes directrices en matière de gestion de la maladie développées à l'heure actuelle par le ministère des Affaires sociales, et sensibiliser davantage l'employeur à sa responsabilité en matière de suivi et de gestion de la maladie sur le lieu de travail. Il faudrait faire appliquer l'obligation de notification des employeurs à KELA dans les 60 jours ; aucun remboursement d'indemnités de maladie ne devrait être accordé sans notification ; le remboursement rétroactif (qui explique le gros retard de notification des employeurs concernés à KELA) devrait être supprimé. Il faudrait former les médecins généralistes à l'intérêt que présente une intervention précoce pour éviter des absences de longue durée.
- *Améliorer la situation des personnes au chômage malades.* Une meilleure gestion de la maladie est nécessaire pour les personnes sans employeur. Les personnes sans emploi qui sont malades et incapables de remplir leurs obligations de recherche d'emploi devraient être tenues de notifier leur état de façon à être orientées vers un programme de gestion de la maladie et d'intervention précoce et éviter que leur santé ne se dégrade. Cela exigera davantage de ressources à court terme pour réduire les coûts à long terme.

Défis et solutions pour l'Irlande

La situation actuelle

L'Irlande a connu une longue période de croissance économique soutenue : quelque 9 % par an pendant la période 1995-2000 et 4.7 % par an depuis 2000. Ce n'est que très récemment qu'un signe de ralentissement s'est fait sentir. L'expansion économique forte et de longue durée s'est traduite par de très nombreuses créations d'emplois. En raison à la fois d'une augmentation démographique (due à une fécondité élevée dans le passé et, plus récemment, à une immigration importante) et de la croissance économique, la main-d'œuvre a presque doublé en un peu plus de vingt ans. Malheureusement, la croissance de l'emploi ne s'est pas traduite par un taux supérieur d'emploi chez les personnes handicapées : en réalité, ce taux a baissé très récemment et se situe maintenant à 32-37 % (en fonction des données utilisées), ce qui correspond uniquement à la moitié du taux des personnes valides.

Les taux de chômage ont également baissé rapidement à la fin des années 90, mais se maintiennent autour de 4-4.5 % depuis 2001. Cette baisse du chômage était une conséquence du développement économique mais aussi de règles plus strictes en matière d'indemnités de chômage et d'une meilleure prise en charge individuelle des chômeurs de longue durée (à l'exclusion des bénéficiaires d'allocations d'invalidité). Les personnes présentant un handicap autodéclaré, cependant, ont plus de chances d'être au chômage et connaissent en particulier plus fréquemment le chômage de longue durée.

De plus, comme dans de nombreux autres pays de l'OCDE, une partie de la baisse du chômage a été compensée par une augmentation du nombre de bénéficiaires d'indemnités de longue maladie et de prestations d'invalidité. Le nombre de bénéficiaires a plus que doublé depuis 1990, ce qui s'explique en partie par les améliorations apportées aux conditions d'admissibilité après 1996, avec un glissement général de prestations de courte durée vers des prestations de longue durée et de cotisations d'assurance vers des droits non contributifs à une assistance. La part des personnes d'âge actif parmi les bénéficiaires d'allocations d'affections de longue durée et d'invalidité de ce type a progressivement augmenté, passant de 4 % en 1990 à 5 % en 1998 et 6.3 % en 2007, dépassant ainsi la moyenne de l'OCDE d'environ 5.5 %. Étant donné le taux d'entrée annuel dans ces régimes qui reste élevé, cette part va continuer d'augmenter.

Du fait de leur faible taux d'emploi et de leur grande dépendance à l'égard des allocations publiques de garantie de revenu (qui sont toutes forfaitaires et se situent autour de 30 % du salaire moyen), les taux de pauvreté des personnes handicapées sont très élevés – plus de 2.5 fois supérieurs à ceux des personnes valides en termes de pauvreté relative et absolue. Même si l'on ne s'intéresse qu'à cette dernière mesure plus restrictive, qui, en Irlande, est qualifiée de « *consistent poverty* » (pauvreté persistante), une personne handicapée sur six est pauvre.

Principales recommandations pour l'action publique

L'Irlande vient tout juste de commencer à prendre des mesures face à l'augmentation de l'exclusion liée à une santé fragile et à l'invalidité. Comparés à la plupart des autres pays de l'OCDE, les systèmes et structures en place sont encore assez

traditionnels, passifs et réactifs. Le ministère irlandais des Affaires sociales et de la Famille (DSFA, *Department of Social and Family Affairs*) a été chargé de la plupart des versements de prestations il y a plus de dix ans, et les questions d'emploi ont été intégrées en 2000 lorsque l'Agence nationale irlandaise pour la formation et l'emploi (FÁS, *Irish Public Employment Service*) est également devenue responsable de la formation et de l'aide à l'emploi des personnes handicapées. Pourtant, cela a changé relativement peu de choses dans les faits : le système de prestations est resté très morcelé, et les aides à l'emploi ont continué de prendre principalement la forme de formations spécialisées proposées par des prestataires spécialisés ou d'emplois dans les collectivités dans des environnements protégés, deux mesures menant rarement à un emploi en milieu non protégé.

Il faut toutefois indiquer que nombre des problèmes actuels sont identifiés et différents changements planifiés ou du moins à l'étude. Dans le contexte de la stratégie nationale en matière d'invalidité (NDS, *National Disability Strategy*) lancée à la fin de l'année 2004, quelques-uns des principaux défis du moment font l'objet d'une attention particulière. Le DSFA prévoit de développer une méthode de gestion active personnalisée axée sur le client pour l'ensemble des personnes d'âge actif touchant des prestations sociales, qu'il s'agisse de chômeurs, de parents isolés ou de personnes handicapées, qui sera appliquée lors du dépôt d'une demande de prestation. De plus, une proposition financée par le FSE vise à développer des stratégies pour l'emploi des personnes percevant des prestations d'invalidité. Parallèlement à cela, des actions du ministère du Commerce extérieur, des Entreprises et de l'Emploi (DETE, *Department of Enterprise, Trade and Employment*) visent à développer une stratégie détaillée pour l'emploi des personnes handicapées, afin de prendre en charge les dossiers des nouveaux demandeurs et à renforcer l'efficacité des services.

Au total, ces changements présentent un grand potentiel, en particulier s'ils étaient mis en œuvre de façon à s'appuyer les uns les autres. Étant donné que les questions de l'emploi et des prestations continuent de relever de deux ministères différents, une coopération efficace entre les départements et les organismes sera cruciale. C'est particulièrement important eu égard à la méthode de gestion des dossiers que doit introduire le DSFA : ce nouveau processus ne doit pas être incompatible avec le plan d'action national pour l'emploi qu'utilise la FÁS pour l'activation des chômeurs, dont le principe est très proche. Les protocoles de coopération approuvés conjointement par différents services gouvernementaux, y compris le DSFA et le DETE, reconnaissent pour la première fois la nécessité d'une collaboration. La prochaine étape consistera à mettre en œuvre ces plans et à mettre au point les détails sur la future coordination des actions des différents ministères et organismes.

Le moment est propice à une réforme approfondie. Pour ce faire, le gouvernement irlandais devrait prendre en compte les recommandations résumées dans l'encadré 0.4, qui indique également les critères essentiels pour une mise en œuvre réussie des changements prévus. Tout ceci bénéficierait grandement d'un élargissement de la base de données sur laquelle fonder la décision.

Encadré 0.4. **Recommandations pour l'Irlande**

Les plans de réforme actuellement envisagés sont très ambitieux. Le passage d'une nouvelle rhétorique à une nouvelle politique ne sera pas facile car il faudra apporter une série de changements à différentes composantes de l'action pour améliorer les résultats. Les réformes à venir devront porter en particulier sur les questions suivantes :

- L'absence d'engagement systématique auprès des personnes présentant des problèmes de santé chroniques ou un handicap.
- Le morcellement des aides à l'emploi et le peu d'attention accordée par le service public de l'emploi aux personnes présentant des problèmes de santé de longue durée ou un handicap.
- Le morcellement du régime de prestations et le peu d'importance accordé à la capacité de travail résiduelle lors de l'évaluation de l'admissibilité à des régimes de prestations de longue durée de type invalidité.
- Des incitations insuffisantes en direction des personnes présentant des problèmes de santé pour qu'elles cherchent du travail et en faveur des employeurs pour qu'ils les gardent ou les embauchent.

Instaurer l'engagement systématique auprès des clients

Il n'existe pas d'engagement systématique auprès des personnes présentant des problèmes de santé ou un handicap, même si de grands changements devraient être apportés prochainement. À l'heure actuelle, les services de l'emploi sont relativement distincts du processus de demande de prestations, et l'utilisation des services se fait à titre totalement volontaire. Il n'est donc pas surprenant par conséquent que l'utilisation des mesures en faveur de l'emploi et de la formation soit très faible, peu de nouveaux demandeurs de prestations liées à une invalidité ayant bénéficié du moindre service. Il conviendrait de faire ce qui suit :

- *Mettre en œuvre le système d'engagement systématique prévu aussi rapidement et rigoureusement que possible.* L'intervention intensive du DSFA axée sur le client lors du dépôt d'une demande pourrait bien modifier radicalement la nature du système. La nouvelle méthode devrait inclure i) l'établissement du profil dès le stade de la demande comprenant, si nécessaire, l'établissement du profil par étapes pour les personnes les plus à l'écart du marché du travail, ii) l'identification précoce des besoins en matière de soutien, avec renvoi en temps voulu auprès de la FÁS, et iii) le suivi systématique des résultats dans le but d'adapter et d'améliorer le système en conséquence. L'expérience du projet pilote *Renaissance* pourrait être utile pour déterminer les détails et les caractéristiques concluantes du processus d'intervention.
- *Doter ce nouveau processus des ressources adaptées.* Pour que le système soit également utile aux personnes présentant des problèmes de santé ou un handicap, il est important que la nouvelle procédure d'intervention soit appliquée avec rigueur à tous les demandeurs de prestations. Pour cela, le DSFA aura très certainement besoin de davantage de ressources que ce qui est prévu à l'heure actuelle. Si l'on part du principe que la clientèle maximum qu'un travailleur social peut raisonnablement prendre en charge se situe autour de 100 individus, il faut environ 150-200 facilitateurs au total (au lieu des 40 actuels auxquels viennent s'ajouter 30 facilitateurs supplémentaires) pour mettre ce système en place.
- *Mettre fortement l'accent sur les points de liaison.* L'engagement systématique ne peut être efficace que si le DSFA collabore étroitement avec les autres acteurs. La coopération avec la FÁS, qui devrait constituer l'unique point de convergence pour la formation et une

Encadré 0.4. **Recommandations pour l'Irlande** (suite)

politique active de l'emploi (voir plus bas), est particulièrement importante. Le renvoi devant la FÁS doit intervenir le plus tôt possible, et le DSFA doit être informé régulièrement des progrès réalisés de façon à prendre les mesures supplémentaires nécessaires, y compris, le cas échéant, des évaluations de la capacité de travail. Cela permettra d'éviter que les travaux des conseillers de la FÁS et ceux des facilitateurs du DSFA ne se chevauchent.

- *Étendre l'activation et le système de conditionnalité aux allocations d'invalidité.* À moins qu'une forme de conditionnalité ne soit intégrée au processus (ce qui n'est pas prévu), les résultats risquent d'être décevants, ce qu'a clairement montré l'échec d'un pré-projet pilote local, présentant le même type d'éléments d'intervention. Dans un premier temps, il faudrait mettre en place un processus d'entretien obligatoire (sur le modèle du programme britannique *Pathways to Work*). Dans un deuxième temps, il faudra instaurer d'autres obligations de participation, au moins pour certains groupes. Les jeunes demandeurs et bénéficiaires de prestations (en particulier ceux qui font une demande de *Disability Allowance* non contributive) devraient avoir des obligations de participation à l'enseignement et à la formation.

Améliorer la qualité de l'aide à l'emploi pour les personnes handicapées

Malgré un engagement à « généraliser » les services de l'emploi, qui remonte à près de dix ans, plus de 80 % des services proposés aux personnes handicapées sont des services spécialisés. Trop souvent, ceux-ci sont considérés comme une fin en soi, plutôt qu'un moyen d'atteindre un but, c'est-à-dire la transition vers l'emploi en milieu non protégé. Le suivi de l'action de ces prestataires de services est insuffisant. Les personnes handicapées peuvent accéder au système de soutien à l'emploi de différentes manières, les résultats du processus d'activation dépendant du moyen, ou de l'institution, qui a été choisi à l'origine. Il conviendrait de remédier à cette situation en mettant en œuvre les réformes suivantes :

- *Évolution vers un système à guichet unique.* Il faudrait que la FÁS soit le seul point d'entrée pour les individus qui ont besoin de services pour la formation et l'emploi ; aujourd'hui, on peut accéder au système par le biais de la FÁS, du service local pour l'emploi (LES, *Local Employment Service*), du service de santé publique (HSE, *Health Service Executive*), ou d'un organisme de formation spécialisé. L'admission directe à la formation dispensée par un organisme de formation spécialisé sans l'accord de la FÁS, par exemple, devrait être interdite. De façon générale, la FÁS devrait évaluer les besoins et orienter la personne vers l'entité ou le réseau de prestataires le mieux adapté. Cette structure à guichet unique, ou à passerelle, serait un complément nécessaire du processus d'engagement systématique du DSFA.
- *Améliorer la gestion des performances.* Il y a beaucoup à faire pour améliorer les performances de la FÁS et des services locaux pour l'emploi et les services proposés par les organismes de formation spécialisés – ces derniers et les services locaux pour l'emploi recevant un financement direct de la FÁS. La supervision et le suivi devraient s'appuyer sur des objectifs mesurables de production et de résultats liés à l'invalidité que la FÁS doit atteindre au niveau national et régional et que doivent viser les agences locales de la FÁS et les services locaux pour l'emploi et les organismes de formation spécialisés. Le DETE devrait fixer les objectifs généraux, tandis que la FÁS devrait administrer les fonds et assurer la gestion et le suivi de leur utilisation. De plus, les compétences du personnel de la FÁS et du service local pour l'emploi en matière d'invalidité devraient être développées afin de passer de la rhétorique générale à l'intégration des services, peut-être en plaçant un travailleur social spécialisé dans

Encadré 0.4. **Recommandations pour l'Irlande** (suite)

chaque agence, comme au Danemark. La bonne gouvernance requiert également le développement d'une culture de l'évaluation, en réservant par exemple une certaine part du budget de chaque programme pour des mesures d'impact.

- *Améliorer la qualité des services spécialisés et mettre en place des passerelles vers un soutien intégré.* La formation spécialisée dispensée par des prestataires privés à but non lucratif devrait être améliorée par un système de certification de ces derniers et des réglementations strictes en matière d'assurance de la qualité. Le financement global annuel existant devrait être remplacé par un financement des services en fonction des résultats, du moins en partie, l'obligation de rendre des comptes du prestataire étant une manière d'activer les résultats sur un marché concurrentiel de prestataires. De plus, il faudra mettre au point de nouvelles voies d'accès pour passer de la formation de réadaptation à la formation générale puis à l'emploi. Le prochain programme passerelle pilote entre la formation de réadaptation et la formation professionnelle est une première étape dans cette direction. Suivant le système du guichet unique, la FÁS devrait être automatiquement informée dès l'achèvement d'une formation de réadaptation avec un organisme de formation spécialisé et à la fin d'un programme de formation un renvoi automatique devant la FÁS devrait être prévu afin que celle-ci puisse procéder à une évaluation indépendante des autres besoins éventuels.
- *Renforcer le travail de la FÁS auprès des employeurs.* La FÁS doit également être un point d'entrée unique pour les employeurs qui souhaitent garder un travailleur présentant des problèmes de santé ou embaucher une personne handicapée. Les employeurs doivent avoir un interlocuteur privilégié au sein de l'agence de la FÁS dont ils dépendent. Les travailleurs sociaux de la FÁS devraient s'efforcer d'améliorer la qualité de l'adéquation entre les exigences des postes et les capacités des demandeurs d'emploi pour favoriser la hausse du nombre de placements de personnes handicapées.

Moderniser le régime de prestations et le processus d'évaluation de l'invalidité

Il existe toute une gamme d'allocations différentes liées à la santé dont il est possible de bénéficier à long terme. Les prestations sont classées par catégorie, selon que la personne a suffisamment cotisé ou non, présente ou non une invalidité de longue durée, une maladie liée au travail, un type spécial d'invalidité, ou une combinaison de ces facteurs. Cette multiplicité crée des inefficacités qui à leur tour engendrent des actions inefficaces. Les procédures d'évaluation qui servent à l'heure actuelle à déterminer l'admissibilité aux différentes allocations diffèrent et la capacité de travail résiduelle du demandeur importe peu lors de l'octroi de prestations. Les changements suivants devraient être envisagés pour rendre le système plus cohérent et plus axé sur le travail :

- *Transférer la responsabilité des prestations au DSFA.* Conformément à une décision récente des pouvoirs publics, dans un premier temps la responsabilité de ces prestations qui sont encore gérées par le DHC doit être transférée au DSFA le plus rapidement possible, afin que toutes les prestations soient regroupées dans une seule institution. Ce changement devrait avoir une incidence sur les allocations liées aux maladies infectieuses, à la cécité et à la mobilité, mais aussi sur la *Supplementary Welfare Allowance* (l'aide sociale irlandaise, qui est gérée par le service de santé publique).
- *Rationaliser les régimes de prestations de maladie et d'invalidité.* Dans un deuxième temps, il faudrait fusionner certains versements existants. Avec le même type d'engagement systématique du DSFA auprès de l'ensemble des demandeurs de prestations, une seule prestation de type invalidité de longue durée serait la solution la mieux adaptée à plus long terme. Cela pourrait également être un tremplin vers une prestation unique

Encadré 0.4. **Recommandations pour l'Irlande** (suite)

destinée aux personnes d'âge actif, quelle que soit la cause de leur sortie du marché du travail, ce qu'étudient à l'heure actuelle un certain nombre de pays de l'OCDE. Une allocation unique calculée en fonction des revenus destinée à toutes les personnes d'âge actif pourrait aussi être envisagée, comme cela a été préconisé à plusieurs reprises (par exemple dans l'examen des régimes de maladie et d'invalidité réalisé en 2004).

- **Renforcer le processus d'évaluation.** Parallèlement à l'intégration de différents types d'allocations invalidité de longue durée, mais même si cette intégration n'a pas lieu, la mesure de l'incapacité doit être améliorée. En particulier, au lieu de se contenter de contrôler les critères d'admissibilité aux prestations, il conviendrait d'accorder plus d'importance à la capacité de travail résiduelle. La *Job Capacity Assessment* australienne pourrait servir de référence à cet égard. Il existe un énorme potentiel d'emploi inexploité chez les demandeurs d'allocations de longue durée qu'une évaluation médicale et professionnelle plus stricte et plus élaborée permettrait de mieux identifier. Cela devra être intégré au processus d'engagement systématique du DSFA. De plus, il faudra mettre davantage l'accent sur des réévaluations plus clairement définies pour l'ensemble des groupes de bénéficiaires.
- **Revoir la réglementation actuelle relative à l'illness Benefit.** Eu égard aux recommandations ci-dessus, il faudrait accorder une attention particulière à la structure de l'*illness Benefit* (prestation maladie), que beaucoup de personnes touchent sur le long terme. Le versement d'indemnités de maladie sans limite de durée est très inhabituel dans l'OCDE, et ce pour de bonnes raisons. Ces personnes risquent fort de ne jamais retourner sur le marché du travail, et ce risque est particulièrement élevé chez les chômeurs qui touchent ce type de prestations. Les versements au titre de l'*illness Benefit* devraient par exemple être limités à une année. Les personnes seraient contraintes de demander ensuite une prestation de longue durée, et leur capacité de travail ferait l'objet d'une évaluation approfondie (comme cela a été recommandé plus haut) à ce moment-là.

Améliorer les incitations financières en direction des travailleurs et accroître l'implication des employeurs

De fortes désincitations au travail pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité tiennent à la perte de prestations annexes lors de l'entrée dans l'emploi. La principale prestation annexe dont est assorti le droit à une garantie de revenu est la *Medical Card* qui assure des soins de santé gratuits à toute la famille. Un certain nombre de changements ont été apportés récemment pour atténuer ce problème ; par exemple, il est désormais possible de conserver la *Medical Card* pendant les trois premières années suivant l'entrée dans l'emploi. Cependant, les comportements n'ont pas véritablement évolué, en partie parce que les changements récents n'ont pas suffi à surmonter les obstacles psychologiques liés à la peur de perdre des prestations annexes. Dans le même temps, le potentiel que représentent les *employeurs* pour accroître la participation au marché du travail de personnes présentant des problèmes de santé ou un handicap est largement inexploité. Les changements suivants aideraient à améliorer les résultats en termes d'emploi :

- **Améliorer l'accès aux soins.** L'accès aux soins est un sujet important en Irlande, en raison du droit à la *Medical Card* gratuite pour les bénéficiaires d'allocations d'invalidité. La moitié de la population irlandaise environ cotise à une assurance maladie privée et quelque 30 % a droit à la *Medical Card*, ce qui laisse une part considérable de la population sans aucune couverture. Le problème des incitations à demeurer dans les régimes de prestations en raison de la crainte de perdre la *Medical Card* devra être traité plus énergiquement. Une solution qui est à l'étude à l'heure actuelle au sein du DHC

Encadré 0.4. **Recommandations pour l'Irlande** (suite)

consisterait à rendre le droit à la *Medical Card* indépendant de la situation au regard des prestations, ce qui donnerait aux individus un accès permanent à la carte après avoir été déclarés invalides.

- *Améliorer les incitations au travail.* De plus, la question des incitations au travail devra être traitée plus largement. La politique en la matière devrait consister à mieux utiliser la réglementation existante (comme le fait de ne pas tenir compte du revenu des bénéficiaires de l'allocation d'invalidité et l'allocation de retour à l'emploi, qui est une mesure relativement efficace) et à mieux intégrer ces outils par exemple avec le programme de subventions salariales destiné aux employeurs. Des allocations d'activité permanentes seraient l'outil le plus adapté pour encourager les gens à utiliser leurs capacités de travail résiduelles. Le *Family Income Supplement* (supplément au revenu familial) qui contribue réellement à améliorer les incitations au travail pour les familles à revenus modestes avec enfants, est un exemple de la manière dont cela pourrait être fait – à condition que l'adoption de ce type d'allocation atteigne un niveau satisfaisant.
- *Favoriser un retour partiel à l'emploi.* Un autre problème lié aux incitations au travail est l'absence générale de souplesse dans le monde du travail qui pourrait mieux tenir compte des problèmes de santé ou de l'invalidité des gens. Des conventions collectives devraient traiter ce problème. Le potentiel d'un retour partiel à l'emploi pour les bénéficiaires d'allocations de courte durée (indemnités de maladie en particulier) devrait être étudié, par exemple en élargissant le programme d'exonération de façon à inclure les emplois avec l'employeur précédent, et en y associant une baisse du taux des indemnités de maladie. Depuis quelque temps, le Danemark et la Finlande, par exemple, développent des indemnités partielles de maladie avec un certain succès.
- *Traiter le problème du faible niveau de revenu des personnes handicapées.* Évaluer l'éventail des aides disponibles à l'heure actuelle pour atténuer les surcoûts auxquels doivent faire face les personnes handicapées. Envisager de mettre en place des allocations plus adaptées pour compenser ces frais de façon à faire baisser le niveau élevé de pauvreté monétaire de ce groupe de population. Toute allocation de ce type doit être indépendante de la situation professionnelle et distincte des allocations de garantie de revenu. Les résultats du processus d'évaluation des besoins en cours à l'heure actuelle au DHC devraient être utilisés pour déterminer le niveau qui convient pour ces versements au titre des coûts occasionnés par le handicap.
- *Renforcer la participation des employeurs.* Chercher des moyens d'impliquer les employeurs dans le processus prévu d'engagement systématique du DSFA, par exemple en les faisant participer à l'élaboration du plan de retour à l'emploi ou au plan de réadaptation, une rétribution étant prévue pour les employeurs qui participent au processus. Étudier les possibilités de consolidation des incitations financières pour les employeurs, par exemple en mettant en place une période obligatoire d'indemnité maladie à la charge de l'employeur – quelques entreprises du secteur privé le font déjà et les employés du secteur public bénéficient d'une réglementation très généreuse en matière d'indemnités maladie.

Défis et solutions pour les Pays-Bas

La situation actuelle

S'agissant de maladie et d'invalidité, aucun autre pays de l'OCDE ne présente une histoire aussi intéressante que les Pays-Bas. Premièrement, les absences pour maladie sont passées de 10 % à la fin des années 80 à seulement 4 % aujourd'hui. Plus récemment, le flux d'entrée dans les régimes de prestations d'invalidité a également remarquablement baissé, passant de près de 12 pour 1 000 en 2001 (ce qui avait été le cas en réalité pendant une grande partie des deux décennies précédentes le nouveau millénaire) à environ 4 pour 1 000 en 2007. Enfin, à partir de 2005, le nombre total de bénéficiaires de prestations d'invalidité a également commencé à baisser. Cette réussite est la conséquence d'une série de réformes approfondies, caractérisées par un déplacement des responsabilités vers les employeurs et les employés, des critères d'admissibilité aux régimes de prestations plus stricts et moins généreux, et une privatisation (partielle) des programmes publics mis en œuvre jusque-là.

Dans les années 80 et 90, le pays affichait le plus grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité au monde. Cette situation de départ peu satisfaisante permet d'expliquer en grande partie le sentiment général de la nécessité d'une réforme approfondie. Cependant, comparé à la plupart des pays de l'OCDE, le niveau actuel des bénéficiaires de prestations d'invalidité reste très élevé, et on ne sait pas encore ce que seront les flux d'entrée dans les régimes de prestations d'invalidité à moyen et long terme. Après la baisse soudaine des flux d'entrée qui a suivi la réforme, le taux d'entrée commence à augmenter progressivement : en 2007, il était supérieur de 50 % à celui de 2005 ; cependant, il est encore inférieur de 40 % à celui de 2004 et inférieur de 65 % à celui de 2001. Cela dit, au cours des trois dernières années le niveau d'entrée était tellement bas que la « réussite » de la réforme pourrait devenir son pire ennemi, les pouvoirs publics étant poussés à rétablir l'ancien système généreux, du moins en partie.

La réévaluation systématique à grande échelle de ceux qui bénéficient déjà de prestations d'invalidité, dont la réussite contribue également aux récents développements, est également source d'incertitude. Avec ce processus, qui a commencé en 2004 et s'achèvera au premier trimestre 2009, un tiers de l'ensemble des bénéficiaires voient leurs droits réduits ou les perdent tout simplement. Après analyse, il semblerait que nombre d'entre eux entrent dans l'emploi (62 % sont au travail un an et demi après, y compris ceux qui l'étaient déjà avant la réévaluation) mais la qualité et la stabilité de ces nouveaux emplois est souvent faible. Les réévaluations à grande échelle de ce type réalisées auparavant (comme aux États-Unis au milieu des années 80 et aux Pays-Bas au milieu des années 90) se sont traduites par des flux d'entrée plus importants dans les régimes d'invalidité les années suivantes. Jusqu'à présent, les données n'indiquent aucun effet analogue dans le fonctionnement actuel et le nombre de personnes qui trouvent du travail continue d'augmenter. Cependant, un suivi devra être réalisé sur une plus longue période.

Pour les Pays-Bas, le revers de la médaille est le taux d'emploi toujours faible des personnes handicapées, qui a encore baissé en 2002-05 pendant la réforme, à la fois en termes absolus, passant de 47 % à 44 %, et par rapport aux personnes valides (les chiffres de 2006 montrent une nouvelle baisse). Au cours de cette même période, le taux de chômage des personnes handicapées a augmenté de 3 points, passant de 5 % à 8 %, alors qu'il n'a augmenté que de 1 point pour les personnes valides. Ces chiffres indiquent peut-être que les personnes handicapées sont plus vulnérables sur le marché du travail dans un contexte d'économie en perte de vitesse, un effet qui peut être accentué par les très

importantes responsabilités financières que les employeurs ont à l'égard de leurs employés. Il n'existe toutefois aucun travail de recherche sur ce sujet.

Par ailleurs, sur le plan des taux de bénéficiaires de prestations, une tendance forte se dégage : l'augmentation rapide du nombre de jeunes gens de moins de 25 ans qui perçoivent des prestations d'invalidité. Le nombre de jeunes de 15-19 ans qui bénéficient de ce type de prestations a presque triplé au cours de la période 1999-2006, et dans la tranche d'âge 20-24 ans, il a augmenté de plus d'un quart. La plupart de ces personnes perçoivent une prestation Wajong, une prestation d'invalidité spéciale qui n'a quasiment fait l'objet d'aucune réforme destinée aux personnes présentant un handicap survenu avant l'âge de 18 ans. Cette augmentation témoigne en partie du glissement des personnes de l'aide sociale municipale vers l'assurance sociale nationale, et en partie d'une non utilisation réduite de ce droit et de l'échec plus large de la société et des écoles qui n'ont pas su intégrer des personnes atteintes d'autisme et d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH)² – les deux sous-groupes qui connaissent l'augmentation la plus rapide. En mai 2008, les pouvoirs publics néerlandais ont annoncé des plans de restructuration de la prestation Wajong. Pour la plupart des demandeurs, l'évaluation finale sera repoussée jusqu'à l'âge de 27 ans. L'objectif principal est de mettre l'accent sur le travail et sur l'aide nécessaire pour entrer dans le monde du travail.

Principales recommandations pour l'action publique

Les pouvoirs publics néerlandais sont bien conscients du faible taux d'emploi des personnes handicapées et ils s'efforcent de traiter ce problème de différentes manières. L'une d'elles consiste à améliorer encore le marché de la réinsertion, un marché qui a été créé il y a quelques années lorsque la réinsertion est devenue un grand thème d'action. Les améliorations concernent principalement des dispositions de financement améliorées fondées sur les résultats. Une autre mesure récente est la poursuite de l'intégration des responsabilités en matière de politique de l'emploi, l'Institut pour la gestion des assurances sociales des salariés (UWV) étant devenue le principal acteur et la coopération entre cette autorité, l'ancien SPE et les autorités municipales ayant été renforcée. En 2009, l'UWV et le SPE fusionneront complètement pour améliorer encore l'adéquation entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

Une troisième riposte au faible taux d'emploi des personnes handicapées est la poursuite de l'extension de ce qu'il est convenu d'appeler la « politique du risque zéro », c'est-à-dire le nombre de dossiers dans lesquels les employeurs sont exonérés de leurs lourdes responsabilités, soit provisoirement (par exemple s'ils embauchent un travailleur malade) soit de façon permanente (par exemple s'ils embauchent une personne bénéficiant de la prestation Wajong). Elle sera complétée par de nouvelles subventions à l'embauche en 2009. Enfin, la réforme des prestations la plus récente, qui est entrée en vigueur en 2006, s'attaquera également au faible taux d'emploi des personnes à capacité de travail réduite. L'objectif principal de cette réforme est d'améliorer les incitations au travail pour les personnes qui sont capables de travailler : les personnes présentant une perte de 15-34 % de leur capacité de gain n'ont plus droit à une prestation d'invalidité et pour celles dont la perte de capacité de gain est de 35-79 % (ou dont la perte de capacité est totale mais provisoire), le niveau des prestations dépendra de la capacité résiduelle réellement utilisée sur le marché du travail.

Certaines de ces réformes récentes et la dernière réforme des prestations en particulier ont également créé de nouvelles difficultés pour certains sous-groupes de la

population, comme celui des personnes qui ne présentent plus les critères nécessaires pour bénéficier des prestations d'invalidité, les personnes qui ont perdu leurs droits aux prestations et les bénéficiaires de prestations qui souhaitent mais ne sont pas en mesure de trouver un emploi adapté à leurs capacités. Des ajustements supplémentaires sont nécessaires. Pour ce faire, le gouvernement néerlandais devrait prendre en compte les recommandations résumées dans l'encadré 0.5. Il est également important de réaliser de nouvelles études sur l'impact à long terme des réformes récentes et en cours.

Encadré 0.5. **Recommandations pour les Pays-Bas**

Même si les Pays-Bas ont connu un très grand nombre de réformes au cours des dix dernières années et s'ils étudient encore d'autres actions, et même s'il faudra un peu de temps avant qu'un certain nombre des changements récents produisent leurs effets, quelques ajustements supplémentaires sont nécessaires. Ils devraient porter sur les domaines suivants :

- L'augmentation rapide des effectifs de plusieurs groupes à risque (« *vangnetters* » et « *wajongers* »).
- La coopération encore insuffisante entre l'UWV et les autres acteurs.
- Les nouveaux problèmes d'inégalité qu'engendrent les réglementations réformées.
- Les faiblesses des marchés privés de la réinsertion et de l'assurance.

Prendre des mesures face à l'augmentation du nombre de « *vangnetters* » et de « *wajongers* »

La part des personnes qui n'ont pas perçu d'indemnité de maladie versée par l'employeur au cours des deux années précédant l'obtention d'une prestation d'invalidité dans le flux d'entrée dans les régimes de prestations d'invalidité a augmenté, passant à 40 %. Ce groupe (les « *vangnetters* ») comprend des personnes titulaires de contrats temporaires qui ont perdu leur emploi au cours des deux ans, mais aussi des personnes qui sont encore en poste mais auxquelles s'applique la politique du *risque zéro*. L'UWV a les mêmes responsabilités vis-à-vis de ces travailleurs que les employeurs vis-à-vis des leurs. Un autre groupe qui croît très rapidement est celui des personnes qui perçoivent une prestation d'invalidité spéciale au titre d'une invalidité survenue avant l'âge de 18 ans (les « *wajongers* »). Dans une certaine mesure, cette hausse semble résulter de l'incapacité des familles et des écoles à faire face aux exigences croissantes de la société (ce qui exige des changements, par exemple dans le système d'éducation spécialisée, qui sortent du cadre du présent rapport). Un troisième groupe auquel l'UWV devra prêter davantage d'attention est celui des personnes qui ont fait l'objet d'une réévaluation et qui n'ont plus droit aux prestations d'invalidité. Il conviendrait de tenir compte des mesures suivantes :

- *Apporter une meilleure assistance aux bénéficiaires d'indemnités de maladie du régime public.* L'UWV doit faire en sorte que son rôle de quasi-employeur soit transparent et doit accroître les incitations internes à obtenir de meilleurs résultats. En particulier, il faudrait que les travailleurs sociaux de l'UWV suivent rigoureusement le protocole de traitement des demandes, qui prévoit de solides plans de réinsertion et des exigences strictes de participation pour les personnes malades à un stade précoce. Chercher à développer des contacts avec les réseaux d'employeurs et les agences de travail temporaire. Pour ceux qui ont encore un employeur (c'est-à-dire le groupe auquel s'applique la politique du *risque zéro*), la responsabilité conjointe de l'employeur et de l'UWV exige une solide coopération entre le travailleur social et le responsable opérationnel du travailleur pour garantir un retour rapide à l'emploi. Pour atteindre de meilleurs résultats, le suivi des effets de l'activation des bénéficiaires de prestations d'invalidité doit être assuré, des objectifs doivent être spécifiés, et l'introduction de sanctions (légères) envisagée pour les

Encadré 0.5. **Recommandations pour les Pays-Bas** (suite)

agences locales de l'UWV qui ne sont pas suffisamment performantes. Cela exigera de l'UWV central un rôle plus fort, qui devrait, dans un premier temps, rendre publics les résultats de ses agences locales sur son site Internet.

- *Traiter le problème de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de la prestation Wajong.* Restructurer la prestation Wajong en une allocation active en mettant l'accent sur la capacité de travail des demandeurs (potentiels), tout en renforçant les obligations de participation et en améliorant les aides à la réinsertion. Évaluer les demandes de prestation Wajong en tenant compte de la capacité de travail plutôt que de la capacité de gain, parce que la plupart des demandeurs n'ont aucune expérience antérieure de gain. Appliquer au programme Wajong la logique de la réforme de la prestation WIA, qui fait une distinction entre les prestations à taux plein pour les personnes présentant une perte de capacité totale et permanente et les subventions salariales pour les personnes présentant une perte partielle ou temporaire. Envisager la réévaluation des personnes qui perçoivent la prestation Wajong à l'heure actuelle, au moins celles de moins de 30 ans, conformément aux nouveaux critères proposés, avec une stratégie d'activation pour ceux qui n'ont plus droit à une prestation à taux plein. Accroître les incitations au travail pour les bénéficiaires de la prestation Wajong, par exemple sous la forme d'allocations d'activité (probablement permanentes).
- *Traiter les problèmes des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une réévaluation.* Pour les personnes qui ont fait l'objet d'une réévaluation et qui n'ont plus droit à la prestation d'invalidité, mettre en place une procédure de suivi systématique pour s'assurer que le plus grand nombre possible d'entre eux bénéficie d'une aide précoce pour retrouver ou conserver un emploi. Cela doit concerner les personnes qui s'orientent vers une allocation de chômage et celles qui ne le font pas, et doit inclure les personnes ayant fait l'objet d'une réévaluation aux cours des dernières années. Une fois encore, dans le cadre de ce suivi, des liens solides avec les réseaux locaux d'employeurs doivent être créés. La nouvelle prestation de transition destinée aux personnes qui quittent le régime d'invalidité doit être assortie d'obligations claires de participation et de recherche d'emploi. Suivre les effets sur l'emploi des « emplois de transition » récemment mis en place. Envisager l'utilisation d'une méthode de suivi systématique analogue également pour les personnes auxquelles le droit à une prestation d'invalidité est refusé, pour éviter les nouvelles demandes.

Améliorer la coopération entre l'UWV et les autres acteurs

À la suite de différentes réformes institutionnelles, l'institut public chargé d'assurer les employés – l'UWV – est aujourd'hui le principal acteur public de la politique de la maladie et de l'invalidité néerlandaise. Il est globalement responsable de la politique de l'emploi et des prestations dans la mesure où cela n'incombe pas à l'employeur. Cependant, pour que l'UWV soit en mesure de remplir ses rôles et obligations, une bonne coopération avec les réseaux d'employeurs et d'employés d'une part et avec les autres autorités publiques de l'autre est nécessaire. Les mesures suivantes devraient permettre de faire de nouveaux progrès dans ce domaine :

- *Améliorer la coopération avec les employeurs.* Mieux exploiter le potentiel de suivi qu'offre l'obligation pour les employeurs de notifier à l'UWV des absences de longue durée, parce qu'une personne malade qui ne peut prétendre à une prestation d'invalidité au bout de deux ans d'indemnités de maladie fera probablement appel à l'aide publique sur le long terme. La coopération entre l'employeur et l'UWV est particulièrement importante dans le cas des personnes malades titulaires de contrats temporaires, pour lesquelles les obligations de notification devraient être plus strictes et intervenir plus tôt. Lorsqu'un contrat temporaire s'achève, les plans de réinsertion devraient être contrôlés rigoureusement et les obligations de l'employeur maintenues si le dossier l'indique.

Encadré 0.5. **Recommandations pour les Pays-Bas** (suite)

- *Améliorer les outils et les incitations à l'embauche.* Soutenir les employeurs et les employés pour faciliter les changements d'emploi pendant la période de deux ans d'indemnisation de la maladie. Permettre aux employeurs d'embaucher un travailleur d'une autre entreprise pendant la période de maladie pour éviter que les gens ne restent sans travail trop longtemps – tout en prenant des mesures pour éviter la mauvaise utilisation d'une réglementation de ce type. Cela exigera une certaine forme d'évaluation de la capacité de travail résiduelle du travailleur, et les réglementations pourraient varier en fonction du niveau de capacité évalué.
- *Améliorer la coopération institutionnelle à différents niveaux.* Intégrer le Centre pour l'emploi et le revenu (CWI, *Centre for Work and Income*, l'ancien SPE) dans l'UWV à tous les niveaux afin de fournir le service le mieux adapté possible à chaque client au moment opportun. Développer encore les locaux communs (BVG) et, en particulier, veiller à ce que les communes soient un partenaire égal dans le système. Évaluer l'établissement conjoint du profil auquel participent tous les partenaires, qui est testé à l'heure actuelle dans six projets pilotes régionaux, et appliquer cette méthode dans l'ensemble des BVG si les résultats de l'évaluation sont satisfaisants. Améliorer la coopération entre les BVG et les prestataires privés de services de réinsertion, avec les agences de travail temporaire privées et avec les réseaux d'employeurs locaux (par exemple en fournissant l'infrastructure nécessaire pour ces réseaux).

S'attaquer aux nouvelles inégalités

Au cours des nombreuses réformes réalisées par le passé, certaines questions d'inégalité ont été propulsées sur le devant de la scène. Il s'agit notamment des inégalités entre ceux dont la perte de capacité de gain se situe légèrement au-dessus et légèrement au-dessous de 35 % (en raison du nouveau seuil appliqué dans le système de prestations) ; des inégalités entre ceux qui sont en mesure ou non de trouver du travail correspondant à leur capacité de gain partielle résiduelle (en raison des nouvelles incitations au travail prévue dans le système de prestations) ; et des inégalités entre différents secteurs économiques (en raison des différences manières dont les conventions collectives tiennent compte de la réforme). Ces questions ne sont pas examinées en détail. Les mesures suivantes répondraient à certains des problèmes sous-jacents :

- *S'occuper de la situation des personnes dont la perte de capacité est inférieure à 35 %.* Il faudrait que d'autres études de suivi approfondies soient réalisées, notamment par les partenaires sociaux qui sont responsables de l'emploi et de la réadaptation des personnes invalides à moins de 35 %, pour mieux comprendre l'impact à long terme sur ce groupe de la réforme récente des prestations, qu'il s'agisse d'une première demande ou d'allocataires ayant fait l'objet d'une réévaluation. Poursuivre les projets pilotes en cours, en faisant participer les experts professionnels, l'objectif étant un accompagnement individuel de qualité, de façon à éviter des problèmes de longue durée pour ce groupe.
- *Assurer le suivi des nouvelles obligations sur le plan de l'emploi des personnes qui présentent une perte de capacité de gain partielle.* Évaluer l'impact sur le revenu des bénéficiaires de l'obligation d'utiliser au moins 50 % de la capacité de gain résiduelle, en particulier, dans quelle mesure le cycle économique influe sur la capacité des gens à trouver l'emploi correspondant. Si les résultats de cette évaluation l'indiquent, envisager d'autres mesures visant à améliorer les possibilités de travail pour ceux qui recherchent activement un emploi ou sont prêts à en accepter un.

Encadré 0.5. **Recommandations pour les Pays-Bas** (suite)

- *Étudier les différences entre les secteurs économiques.* Contrôler l'ampleur des compléments de prestations de maladie et d'invalidité afin de pouvoir déterminer rapidement si une autre réforme est nécessaire, pour éviter que les intentions de réforme ne soient contrecarrées par des conventions collectives, comme cela a été le cas à la fin des années 90. Par exemple, envisager de supprimer par voie législative la possibilité de compléter les indemnités de maladie à hauteur de plus de 85 % de l'ancien salaire (ou 170 % au cours des deux premières années), ou, si nécessaire, moins que cela, comme l'a fait la Suède récemment ; de tels compléments sont moins courants aujourd'hui qu'auparavant mais ils sont encore possibles.

Superviser et perfectionner les marchés de la réinsertion et de l'assurance

Depuis la privatisation des services de réinsertion, quelque 1 700 prestataires sont apparus sur le marché. L'UWV contrôle les résultats en termes de placement des services de réinsertion fournis dans le cadre des gros contrats, mais sait peu de choses quant à la qualité des services fournis dans le cadre des plans individuels de réinsertion de plus en plus importants – qui représentent 70 % de l'ensemble des mesures de réinsertion. Récemment, le mécanisme de financement a évolué quelque peu (« *no cure, less pay* »). Toutefois, il n'existe ni contrôle qualité ni processus d'agrément des nouveaux prestataires. En ce qui concerne le marché de l'assurance, les difficultés ont trait à la transparence et à la concurrence. À l'heure actuelle, cinq grands assureurs se partagent 80 % du marché de l'assurance maladie, la coopération entre eux étant très importante, ce qui est bon pour la transparence mais pas pour la concurrence. C'est l'inverse qui prévaut pour le marché de l'assurance invalidité, qui commence seulement à se développer à grande échelle. À ce stade, il est difficile pour un employeur de savoir de quel type d'assurance invalidité il a besoin et où il pourra trouver la meilleure offre. Les mesures suivantes permettraient de développer davantage les marchés :

- *Développer davantage le marché de la réinsertion.* Mettre en place un processus de certification pour les nouveaux prestataires, le contrôle de crédibilité actuel étant insuffisant. Renforcer et développer encore l'optique-résultats des financements, en mettant plus fortement l'accent sur la stabilité de l'emploi et les transitions vers de meilleurs emplois. Contrôler en permanence les résultats afin de garantir des normes de qualité (par exemple à travers une approche analogue au système australien des *Star Ratings*). Mieux contrôler l'adéquation et l'efficacité des plans individuels de réinsertion ; à cet égard, donner davantage de responsabilités en matière d'orientation à l'UWV, comme cela est prévu à l'heure actuelle.
- *Favoriser la transparence et la concurrence.* Garantir la transparence du marché de l'assurance maladie et, en particulier, de l'assurance invalidité, que ce soit en termes de coûts (primes et mécanismes d'ajustement) et de prestations (comme la gestion de la maladie et de l'invalidité proposée par l'assureur). Veiller à ce que la concurrence entre assureurs soit suffisamment forte pour obtenir la meilleure qualité – via une bonne gestion de la maladie et de l'invalidité – pour un prix raisonnable.
- *Améliorer la réglementation du marché de l'assurance.* Envisager de communiquer aux assureurs privés des lignes directrices sur la manière dont les primes doivent être ajustées en fonction de l'expérience récente de l'employeur en matière d'invalidité (et dans quels délais). Chercher comment l'UWV (lorsqu'il devient responsable d'un travailleur) pourrait exploiter les dossiers traités auparavant et les évaluations de besoins effectuées par les organismes d'assurance maladie privés. Contrôler l'impact de la privatisation partielle du régime de prestations d'invalidité (avec un régime public pour ceux dont la perte de capacité de gain est totale et permanente) de façon à pouvoir réagir rapidement si les assureurs ne font pas tout ce qu'il faut pour éviter qu'une perte de capacité partielle ne se transforme en une perte totale, et un problème temporaire en problème permanent.

Notes

1. Si l'on ajoute le nombre de personnes pouvant prétendre à une indemnité d'attente à celui des personnes pouvant prétendre à une prestation d'invalidité, le nombre total de nouvelles demandes de prestations de longue durée liées à l'invalidité a même augmenté au Danemark à la suite de la réforme des prestations en 2003.
2. Le TDAH est un trouble du développement neurocomportemental qui touche environ 5 % de la population mondiale de moins de 19 ans. Il se manifeste généralement au cours de l'enfance et se caractérise par une tendance durable à l'inattention et/ou à l'hyperactivité, ainsi qu'aux oublis, à l'impulsivité et à la distractibilité. Environ 60 % des enfants chez qui l'on diagnostique un TDAH en souffrent toujours à l'âge adulte. Le TDAH est plus fréquent chez les garçons que chez les filles et à l'heure actuelle il est considéré comme une maladie durable et chronique pour laquelle il n'existe aucun remède médical (Polanczyk et al., 2007).

Bibliographie

- OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – vol. 2 : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni*, OCDE, Paris.
- Polanczyk, G., M.S. de Lima, B.L. Horta, J. Biederman et L.A. Rohde (2007), « The Worldwide Prevalence of ADHA: A Systematic Review and Meta Regression Analysis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, n° 6, pp. 942-948.

Chapitre 1

Grandes tendances et principaux résultats

Quels sont les principaux défis que les responsables de la politique de la maladie et de l'invalidité danois, finlandais, irlandais et néerlandais devront relever à l'avenir ? Ce chapitre récapitule les principales tendances observées dans ces pays durant les 10 à 15 dernières années dans quatre domaines : l'insertion professionnelle des travailleurs présentant un handicap et des travailleurs à capacité de travail réduite ; leurs ressources financières ; les coûts des régimes d'assurance maladie et invalidité ; et les erreurs d'exclusion et d'inclusion de ces régimes. Il aborde en outre les grands défis macroéconomiques que sont le vieillissement de la population, les pénuries futures de main-d'œuvre, et l'impact de l'évolution des conditions du marché du travail sur la santé des travailleurs. Ce sont des défis externes à prendre en compte si l'on veut réussir la réforme des politiques de la maladie et de l'invalidité.

Le premier chapitre récapitule les principales tendances observées au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas au cours des 10-15 dernières années. On y abordera les six aspects suivants :

- l'insertion professionnelle des personnes handicapées : emploi et chômage ;
- les ressources financières des personnes handicapées : revenu et pauvreté ;
- les coûts des régimes d'invalidité : dépenses publiques et dépendance à l'égard des prestations ;
- les erreurs d'exclusion et d'inclusion : taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité et prévalence de l'invalidité ;
- les problèmes démographiques : vieillissement de la population et pénurie future de main-d'œuvre ;
- l'impact des conditions de travail : travail et santé.

Ces grandes tendances indiquent quelles seront les réformes structurelles les plus nécessaires en matière de maladie et d'invalidité. On verra que les défis que dessinent ces tendances ne sont pas les mêmes dans les quatre pays. Cependant, quel que soit le pays, les réformes destinées à y répondre devront être conçues de manière à ce que les améliorations obtenues au regard d'un objectif particulier (par exemple, l'augmentation des flux de sortie des régimes d'invalidité) n'aient pas pour contrepartie une dégradation de la situation dans d'autres domaines (aggravation de l'insécurité financière ou flux d'entrée dans d'autres régimes de prestations).

1.1. Emploi et chômage des personnes handicapées

A. Environnement macroéconomique et tendances du marché du travail

Les pays étudiés partagent un certain nombre de caractéristiques économiques et sociales mais divergent sur d'autres (tableau 1.1) Ils sont tous les quatre membres de l'Union européenne et, avec une population d'âge actif se situant entre 2.4 et 10 millions de personnes, constituent de petites économies ouvertes. Un nombre considérable de personnes perçoivent des prestations d'invalidité, soit environ 6-8 % de la population d'âge actif dans les quatre pays. Cependant, la proportion de personnes dans la population d'âge actif déclarant *elles-mêmes* souffrir d'une invalidité les gênant dans leurs activités quotidiennes est bien plus élevée, soit environ 14-17 % en Irlande et aux Pays-Bas et même 21-24 % dans les deux pays nordiques.

Dans une conjoncture favorable, les quatre pays ont entrepris ou envisagent d'entreprendre des réformes importantes de leurs politiques de la maladie et de l'invalidité. Depuis six ans en effet, le PIB réel n'a cessé de croître, les taux d'emploi se sont élevés et le chômage est resté sous la moyenne de l'OCDE ou a baissé dans cette direction (Finlande).

À 4.7 %, la croissance annuelle du PIB réel a été particulièrement forte en Irlande. La croissance s'est située autour de la moyenne de l'OCDE en Finlande (2.9 %), et en dessous

Tableau 1.1. **Évolutions favorables de l'économie et du marché du travail au cours des six dernières années**

PIB et indicateurs du marché du travail, 2000-07

	Danemark	Finlande	Irlande	Pays-Bas	Moyenne OCDE
<i>Population (en milliers)</i>					
Population d'âge actif 2006 ^a	3 205	3 163	2 398	9 975	
Personnes handicapées (autodéclarées), 2006 ^a	667	747	326	1 678	
Bénéficiaires de prestations d'invalidité, 2007 ^b	235	270	155	831	
<i>Indicateurs macroéconomiques</i>					
PIB par habitant en 2007 en USD PPA ^c	36 192	34 226	40 716	38 554	31 684
Croissance annuelle du PIB 2000-2007 (%) ^{c, d}	1.7	3.1	4.7	1.8	2.9
<i>Indicateurs du marché du travail (15-64 ans)</i>					
<i>Taux emploi/population</i>					
2000	76.4	67.0	64.5	72.1	65.6
2007	77.3	70.5	69.0	74.1	66.7
<i>Taux de chômage</i>					
2000	4.5	9.9	4.4	3.1	6.3
2007	3.6	6.9	4.6	3.7	5.7
<i>Chômage de longue durée^e</i>					
2000	20.0	29.0	33.1	43.5	31.4
2007	18.2	23.0	30.3	41.7	29.1

a) Les données pour le Danemark et l'Irlande se rapportent à 2005.

b) Les données pour le Danemark et l'Irlande se rapportent à 2006.

c) Les données pour l'Irlande et la moyenne de l'OCDE se rapportent à 2006.

d) Les données pour l'Irlande et la moyenne de l'OCDE se rapportent à la période 2000-06. La moyenne de l'OCDE est une moyenne non pondérée.

e) Le chômage de longue durée est exprimé par le pourcentage de chômeurs sans emploi depuis plus d'un an par rapport au nombre total de chômeurs. Le chiffre de 2000 se rapporte à 1999 pour les Pays-Bas.

Source : Tableau 1.10 ; Séries de référence OCDE.Stat et Base de données de l'OCDE sur les statistiques de la population active.

de cette moyenne au Danemark et aux Pays-Bas, essentiellement du fait d'un ralentissement au cours des trois premières années de la décennie. Cela dit, selon les projections, la croissance devrait ralentir dans les quatre pays au cours des deux années qui viennent, en particulier en Irlande (OCDE, 2008a).

Les taux d'emploi ont augmenté depuis six ans dans les quatre pays, mais surtout en Irlande (plus de 4.5 points). Ils sont maintenant supérieurs à la moyenne de l'OCDE (67 %) dans les quatre pays. Si l'augmentation a été moins marquée au Danemark et aux Pays-Bas, ces deux pays continuent d'afficher l'un des rapports emploi/population les plus élevés de la zone de l'OCDE.

Les taux de chômage d'environ 4 % qu'affichent le Danemark, l'Irlande et les Pays-Bas sont bien inférieurs à la moyenne de l'OCDE. La récente et légère augmentation du chômage aux Pays-Bas devrait s'inverser au cours des prochaines années et la baisse du chômage en Finlande – qui se situe encore au-dessus de la moyenne de l'OCDE mais loin des niveaux à deux chiffres enregistrés il y a dix ans – devrait se poursuivre tandis que le chômage en Irlande devrait augmenter à nouveau au cours des deux prochaines années (OCDE, 2008a). Environ un chômeur sur cinq au Danemark, un sur quatre en Finlande et un sur trois en Irlande est un chômeur de longue durée, mais aux Pays-Bas ce rapport est encore de près de un sur deux.

Les pénuries de main-d'œuvre actuelles et futures sont un souci majeur pour les quatre pays, qui prévoient également une demande croissante de main-d'œuvre qualifiée,

en particulier en Finlande. Les travailleurs immigrés représentaient une part importante de la récente augmentation de l'emploi, en particulier au Danemark et en Irlande où cette part était supérieure à 50 % (OCDE, 2007a). Entre 2000 et 2005, le flux d'entrée annuel de travailleurs étrangers a presque doublé dans chacun des pays, seule l'Irlande donnant des signes de baisse importante au cours des deux dernières années (OCDE, 2007a).

Les dernières projections de l'OCDE jusqu'en 2009 prévoient une stabilité des taux d'activité dans les quatre pays, conformément au développement de la moyenne de l'OCDE (OCDE, 2008a). Globalement, s'il semble que la tendance soit au lissage dans les années qui viennent, le cadre macroéconomique et la situation du marché du travail dans la première décennie des années 2000 sont encourageants dans les quatre pays, ce qui constitue une bonne base pour de nouvelles réformes.

B. Niveaux d'emploi

De bonnes performances du marché du travail et de l'économie devraient avoir des effets d'entraînement sur l'insertion dans l'emploi des personnes handicapées. On peut en effet penser que, dans un contexte de croissance économique durable, de taux d'emploi global élevé et de taux de chômage faible, les personnes à capacité de travail réduite auront plus de chances de trouver un emploi.

Certes, si l'on considère que les indicateurs macroéconomiques ont été favorables au cours des dernières années dans les quatre pays, les résultats sur le plan de l'emploi des personnes handicapées sont encore assez décevants. Les personnes handicapées affichent des taux d'emploi constamment plus faibles que les personnes valides, surtout en Irlande où moins d'un tiers d'entre elles ont un emploi¹. Par comparaison, aux Pays-Bas, 45 % des personnes handicapées travaillent, et entre 52 et 54 % dans les deux pays nordiques (graphique 1.1). Ceci est à comparer à des taux d'emploi, pour les pays étudiés dans OCDE (2006b, 2007b), d'environ 50 % au Luxembourg et en Suisse, 45 % en Norvège et au Royaume-Uni, 40 % en Australie et moins de 20 % en Pologne. Les taux d'emploi des personnes handicapées au Danemark et en Finlande sont donc supérieurs à ceux de tous les autres pays étudiés, tandis que l'Irlande affiche l'un des niveaux les plus bas².

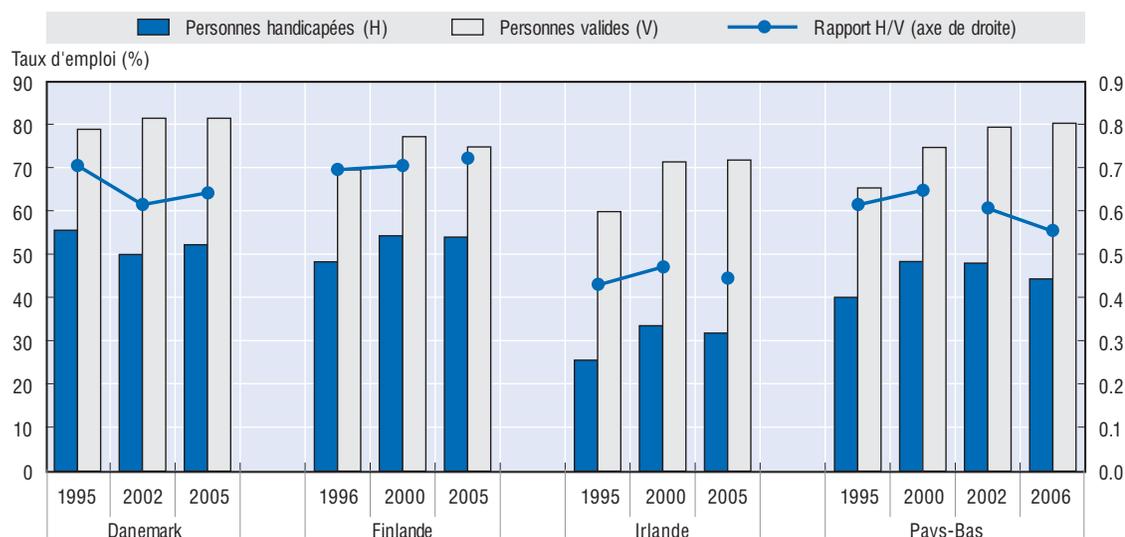
Par ailleurs, en termes relatifs – taux d'emploi des personnes handicapées par rapport aux personnes valides – les performances en termes d'emploi sont liées de façon positive au niveau d'emploi absolu des personnes handicapées. Le rapport est d'environ 0.65-0.7 dans les deux pays nordiques, 0.55 aux Pays-Bas, mais de 0.45 en Irlande³. Une fois encore, ceci est à comparer aux rapports de 0.6-0.7 au Luxembourg et en Suisse et de 0.3 en Pologne.

Les tendances sur les dix dernières années diffèrent également entre les quatre pays. Le taux d'emploi des personnes handicapées a augmenté de manière assez importante à la fin des années 90 (entre 6 et 8 points) dans les quatre pays à l'exception du Danemark où il a baissé. Au cours des dernières années, les tendances ont été plus décevantes : le taux d'emploi chez les personnes handicapées n'a augmenté que légèrement au Danemark, principalement en raison d'une extension de l'emploi subventionné, mais a stagné en Finlande et a baissé en Irlande et aux Pays-Bas.

Les disparités d'emploi entre personnes handicapées et valides sont bien plus fonction de l'âge et de l'éducation que du sexe (tableau 1.2). Les différentiels d'emploi sont légèrement inférieurs pour les hommes au Danemark et aux Pays-Bas et légèrement inférieurs pour les femmes en Finlande – mais les différences sont faibles. En revanche, on observe une forte corrélation entre les taux d'emploi relatifs des personnes handicapées et leur âge. Au Danemark, les jeunes handicapés affichent même un taux d'emploi analogue

Graphique 1.1. Au Danemark et en Finlande, une personne handicapée sur deux travaille contre une personne sur trois seulement en Irlande

Taux d'emploi des personnes d'âge actif handicapées (H) et valides (V), du milieu des années 90 au milieu des années 2000 (pourcentage)^a



a) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne (Danemark, Finlande, Irlande (toutes les années), Pays-Bas (1995, 2000) ; « handicapé du travail » (Pays-Bas 2002, 2006) : personne présentant une souffrance durable, une maladie ou une invalidité qui l'empêche d'assumer ou d'obtenir un emploi rémunéré.

Source : Danemark : EFT ; Finlande, Irlande : ECHP pour 1995/96 et 2000 et estimations nationales reposant sur l'EU-SILC pour 2005 ; Pays-Bas : ECHP pour 1995 et 2000, EFT pour 2002 et 2006. Les estimations ECHP ont été fournies par l'ESRI. En raison de différences dans les collectes de données et définitions, les résultats reposant sur l'EU-SILC 2005 ne sont pas strictement comparables à ceux qui s'appuient sur l'ECHP 1995 et 2000.

Tableau 1.2. Les différentiels d'emploi sont bien plus marqués pour les plus âgés et les moins instruits

Taux d'emploi relatifs des personnes handicapées par rapport aux personnes valides, par sexe, tranche d'âge et niveau d'études, 2002-06^a

Pays	Année	Total	Sexe		Tranche d'âge			Niveau d'études		
			Hommes	Femmes	20-34	35-49	50-64	Inférieur au secondaire	Deuxième cycle du secondaire	Supérieur
Danemark	2002	0.61	..	..	0.86	0.65	0.49	0.50	0.67	0.79
	2005	0.64	0.65	0.63	0.89	0.70	0.51	0.51	0.70	0.79
Finlande	2005	0.72	0.71	0.74	0.86	0.82	0.62	0.58	0.78	0.84
Irlande	2005	0.44	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays-Bas	2002	0.61	0.62	0.60	0.75	0.66	0.55	0.51	0.71	0.78
	2006	0.55	0.57	0.54	0.70	0.59	0.53	0.46	0.64	0.70

a) Définition de l'invalidité autodéclarée : voir le graphique 1.1.

Source : Danemark : EFT ; Finlande, Irlande : estimations nationales reposant sur l'EU-SILC ; Pays-Bas : EFT.

à celui des jeunes valides, tandis que chez les handicapés plus âgés, ce taux n'atteint que la moitié de celui des valides plus âgés. On observe le même schéma en Finlande et aux Pays-Bas, mais moins marqué. La relative faiblesse des taux d'emploi des personnes handicapées est également associée à un faible niveau d'instruction, et les écarts sont semblables à ceux des personnes plus âgées. Cela dit, les taux d'emploi des personnes handicapées qui ont fait des études supérieures restent 15 à 30 % en dessous de ceux de

leurs homologues valides. Les écarts dans ces différentiels ne se sont pas réduits au cours des trois ou quatre dernières années.

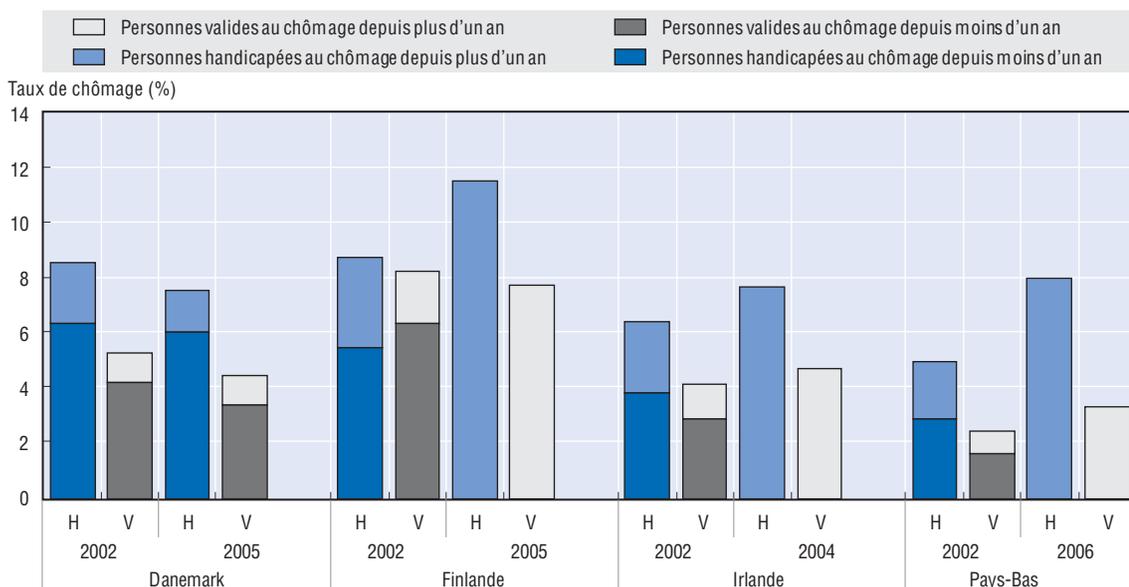
Les résultats sur le plan de l'emploi examinés plus haut concernent des autodéclarations d'invalidité en fonction des questions standard d'une enquête sur l'état de santé et son impact sur les activités de la vie quotidienne. Toutes ces personnes ne demandent et ne perçoivent pas de prestations d'invalidité – en fait, elles ne représentent qu'une minorité (voir la section 1.4). Les renseignements fournis par les registres nationaux donnent à penser que le taux d'emploi des bénéficiaires de prestations d'invalidité est bien inférieur : supérieur à 20 % aux Pays-Bas (UWV) ; entre 26 % chez les bénéficiaires plus jeunes et 13 % chez les allocataires plus âgés au Danemark (ministère des Affaires sociales) ; et quelque 11 % en tout chez les bénéficiaires de prestations d'invalidité liées aux gains antérieurs en Finlande, plus précisément 5 % de ceux qui touchent une prestation à taux plein et plus de deux tiers de ceux qui touchent une prestation partielle (résultats préliminaires de l'enquête 2008 sur l'invalidité et le travail de l'ETK).

C. Chômage et inactivité

Dans les quatre pays, les taux de chômage des personnes handicapées sont plus élevés que ceux des personnes valides (graphique 1.2)⁴. L'écart est particulièrement prononcé aux Pays-Bas, où les taux de chômage des personnes handicapées sont presque deux fois supérieurs à ceux des personnes valides, et où le différentiel s'est accentué au cours des dernières années. À la dernière date disponible, le taux de chômage chez les personnes handicapées s'élevait à 8 % au Danemark, en Irlande et aux Pays-Bas, mais à près de 12 % en Finlande. Ces taux ont augmenté ces dernières années en Irlande et, en particulier, en

Graphique 1.2. **Le chômage est plus élevé et de plus longue durée parmi la population handicapée**

Taux de chômage des personnes handicapées (H) et valides (V), de 2002 à 2005 environ^a



a) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne.

Source : Enquête nationale sur les forces de travail (EFT), à l'exception de la Finlande 2002 (UE-EFT). Pas de données par durée du chômage dans l'EFT nationale pour la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas, les fractions de durée pour 2002 ont été estimées sur la base de l'UE-EFT 2002. Finlande 2005 : proportions H/V de chômage estimées sur la base de l'UE-EFT 2005.

Tableau 1.3. Le pourcentage d'inactifs dans le total de la population sans emploi est plus élevé chez les personnes handicapées

Proportion des inactifs en pourcentage de la population sans emploi, par sexe, autour de 2005^a

		Total	Sexe	
			Hommes	Femmes
Danemark	Personnes handicapées (H)	91.0	90.4	91.4
	Personnes valides (V)	79.3	76.6	81.1
	<i>H/V</i>	<i>1.15</i>	<i>1.18</i>	<i>1.13</i>
Finlande	Personnes handicapées (H)	80.5	77.6	83.3
	Personnes valides (V)	68.3	61.0	74.6
	<i>H/V</i>	<i>1.18</i>	<i>1.27</i>	<i>1.12</i>
Irlande	Personnes handicapées (H)	95.1	93.6	96.4
	Personnes valides (V)	89.8	80.7	94.4
	<i>H/V</i>	<i>1.06</i>	<i>1.16</i>	<i>1.02</i>
Pays-Bas	Personnes handicapées (H)	93.0	91.2	94.3
	Personnes valides (V)	85.7	79.1	89.1
	<i>H/V</i>	<i>1.09</i>	<i>1.15</i>	<i>1.06</i>

a) Définition de l'invalidité autodéclarée : voir graphique 1.1. Les données se rapportent à 2004 pour l'Irlande et à 2006 pour les Pays-Bas.

Source : Enquêtes nationales sur les forces de travail (Danemark, Irlande, Pays-Bas) ; EU-SILC (Finlande).

Finlande et aux Pays-Bas où cette tendance a probablement un lien avec les réformes récentes (voir le chapitre 2). En revanche, le taux de chômage des personnes handicapées a diminué en même temps que le chômage global au Danemark.

De façon générale, le chômage de longue durée est beaucoup plus courant dans la population handicapée ; il concerne environ 20 % de l'ensemble des chômeurs handicapés au Danemark, et environ 40 % dans les trois autres pays. Au Danemark, la proportion de chômeurs de longue durée handicapés a diminué, à la fois en termes absolus et par rapport aux personnes valides.

Malgré un risque plus élevé de chômage, les personnes handicapées sans emploi comptent aussi des proportions plus élevées d'inactifs dans les quatre pays, qui vont de 81 % en Finlande à 95 % en Irlande, contre 68 % (Finlande) à 90 % (Irlande) pour les personnes valides (tableau 1.3). Apparentée à l'inactivité supérieure des femmes pour raisons familiales (qui est beaucoup moins prononcée au Danemark), il s'agit d'une mesure plus précise du découragement des travailleurs dû à un handicap, les hommes handicapés présentant des proportions d'inactivité supérieures de 12-17 points dans les quatre pays.

Les politiques de l'emploi qui s'adressent aux personnes handicapées sont surtout ciblées sur celles qui souhaitent travailler – chômeurs mais aussi inactifs. L'Enquête européenne sur les forces de travail (EFT) donne des indications pour deux pays sur la proportion d'inactifs présentant un handicap qui, malgré cela, souhaitent travailler. Le tableau 1.4 montre que, globalement, la proportion des personnes d'âge actif souffrant d'un handicap « permanent » qui disent vouloir travailler est assez faible : 12 % au Danemark et 7 % en Finlande par rapport à la moyenne de 21 % de l'Union européenne. Ces niveaux sont également bien inférieurs à ceux constatés dans les sept autres pays étudiés dans OCDE (2006b, 2007b) à l'exception du Luxembourg. Le pourcentage d'inactifs handicapés qui souhaitent travailler dépend aussi de l'âge : il diminue fortement dans la tranche d'âge supérieure (50-64 ans) pour descendre à 5 % environ.

Tableau 1.4. **Seule une minorité d'inactifs handicapés souhaite travailler**

Pourcentage des personnes inactives affectées d'une invalidité permanente qui déclarent vouloir travailler, par tranche d'âge, 2004/05^a

		Total	20-34 ans	35-49 ans	50-64 ans
Danemark	Hommes	12.5	33.4	19.5	4.8
	Femmes	10.9	30.9	18.3	4.5
	Total	11.6	32.1	18.8	4.6
Finlande	Hommes	7.0	17.2	12.0	4.5
	Femmes	7.0	14.6	11.5	5.1
	Total	7.0	16.1	11.8	4.8
OCDE Europe ^b	Hommes	21.8	29.7	27.5	17.3
	Femmes	20.0	30.7	27.7	14.4
	Total	20.9	30.1	27.6	15.8

a) Moyennes sur 2004 et 2005. Pas de données disponibles pour l'Irlande et les Pays-Bas.

b) Moyenne pondérée de l'UE-19 (moins l'Irlande et les Pays-Bas), l'Islande, la Norvège et la Suisse.

Source : Enquête européenne sur les forces de travail, 2004 et 2005.

1.2. Ressources financières des personnes handicapées : revenu et pauvreté

A. Niveaux relatifs de revenu

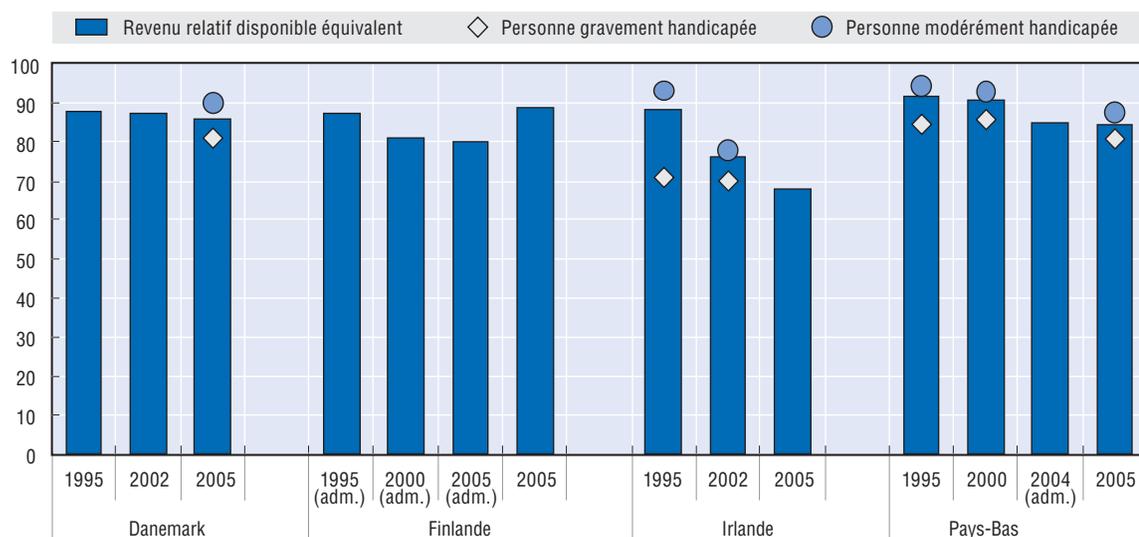
Dans les quatre pays, en moyenne, les personnes handicapées ont moins de ressources financières que les personnes valides, mais les niveaux relatifs de revenu semblent être bien moindres en Irlande que dans les trois autres pays. Le graphique 1.3 montre l'évolution des revenus disponibles équivalents : cet indicateur est celui qui se prête le mieux aux comparaisons internationales, car il tient compte de tous les revenus nets d'impôts des ménages mais aussi des différences de taille des ménages⁵ et renvoie uniquement aux personnes handicapées. Sur cette base, les niveaux moyens de revenus sont proches de 90 % de ceux des personnes valides au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, mais inférieurs à 70 % en Irlande. À titre de comparaison, les revenus relatifs représentent environ 70 % en Australie et au Royaume-Uni, 80 % en Pologne et 85-90 % au Luxembourg, en Norvège, en Espagne et en Suisse (OCDE, 2006b, 2007b)⁶. En ce qui concerne les pays pour lesquels on dispose de données, les revenus de personnes gravement handicapées sont inférieurs de 7-10 points à ceux des personnes modérément handicapées.

Au cours des dix dernières années, les revenus relatifs sont restés plutôt stables au Danemark et ont légèrement baissé aux Pays-Bas, baissant en revanche considérablement en Irlande, partant d'un niveau proche de celui des autres pays pour descendre à 68 %. Cela laisse penser que les Irlandais handicapés n'ont pas bénéficié des mêmes améliorations induites par une économie florissante que leurs homologues valides. Cette baisse relative concernait par-dessus tout les revenus des personnes modérément handicapées qui ont baissé de quelques 15 points à la fin des années 90, ceux des personnes gravement handicapées n'ayant pas évolué autant. Les données disponibles sur les tendances en Finlande concernent uniquement une classification administrative beaucoup plus stricte de l'invalidité : personnes bénéficiant d'abattements/de déductions fiscaux en raison d'une incapacité de travail. Selon ces données, les revenus relatifs ont baissé à la fin des années 90 et sont restés stables depuis.

Comment ces niveaux de revenu se comparent-ils à ceux d'autres catégories économiquement vulnérables ? Si l'on prend par exemple les parents isolés, ils se situent

Graphique 1.3. Les niveaux relatifs de revenu des personnes handicapées sont moins élevés en Irlande qu'ailleurs

Revenus moyens équivalents des personnes handicapées par rapport à ceux des valides (pourcentage), 1995-2005^{a, b}



a) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne, à l'exception de la Finlande (séries chronologiques 1995-2005) : définition administrative (adm.), à savoir des personnes titulaires d'un certificat officiel donnant droit à des déductions/abattements fiscaux pour cause d'invalidité, et pour les Pays-Bas 2004 : définition de « handicapé du travail » : personne présentant une souffrance durable, une maladie ou une invalidité qui l'empêche d'assumer ou d'obtenir un emploi rémunéré.

b) Concept de revenu : revenu disponible des ménages par équivalent adulte, sauf pour les Pays-Bas 2004 : revenu disponible des ménages.

Source : Danemark : base de données du SFI ; en ce qui concerne les estimations pour le Danemark, voir également la note 10 ; Finlande : IDS (*Income Distribution Statistics*) ; Irlande : estimations nationales reposant sur l'ECHP et l'EU-SILC ; Pays-Bas : estimations du Secrétariat reposant sur l'ECHP (1995, 2000) et l'EU-SILC (2005) et l'EFT (2004). Les estimations de l'ECHP ont été fournies par l'ESRI. En raison de différences dans les collectes de données et définitions, les résultats reposant sur l'EU-SILC 2005 ne sont pas strictement comparables à ceux qui s'appuient sur l'ECHP 1995 et 2000.

à environ 50 % de ceux de la population totale en Irlande, à environ 60 % de ceux des Pays-Bas et à 70 % dans les deux pays nordiques (la moyenne de l'OCDE est de 65 %). Pour les personnes de 75 ans et plus, ils se situent à 60 % en Irlande, 70 % dans les deux pays nordiques et 85 % aux Pays-Bas (la moyenne de l'OCDE est de 78 %) (OCDE, 2008b). Les niveaux de revenu relatifs des personnes handicapées sont donc quelque peu supérieurs à ceux de ces deux groupes à risque dans les quatre pays.

Les niveaux de revenu des personnes handicapées sont bien supérieurs lorsque leur niveau d'instruction est plus élevé (tableau 1.5). Avec un niveau d'instruction supérieur, ils dépassent les niveaux du revenu moyen de l'ensemble de la population d'âge actif, en particulier en Finlande. Par ailleurs, le fait de travailler est associé à des niveaux de revenu proches du niveau moyen total. À l'exception du Danemark, les niveaux de revenu sont les plus bas pour les personnes handicapées qui sont sans emploi, plutôt que pour les personnes qui sont inactives. Les niveaux de revenu des personnes handicapées plus âgées sont supérieurs de 15-20 points à ceux des plus jeunes sauf en Irlande où ils ne varient pas d'un groupe d'âge à l'autre.

B. Incidence des bas revenus et risques de pauvreté

Dans quelle mesure les bas revenus associés aux profils de la redistribution des salaires, transferts et autres revenus augmentent-ils les risques de pauvreté parmi la

Tableau 1.5. Les personnes handicapées au chômage ou d'un niveau d'instruction inférieur disposent des ressources financières les plus faibles

Niveaux de revenu des personnes handicapées en pourcentage du revenu moyen de la population d'âge actif, 2005^{a, b}

	Total	Sexe		Tranche d'âge			Niveau d'études			Situation au regard de l'emploi		
		Hommes	Femmes	20-34	35-49	50-64	Inférieur au secondaire	Deuxième cycle du secondaire	Supérieur	Employé	Chômeur	Inactif
Danemark	88	89	88	73	87	96	75	91	107	99	73	74
Finlande	91	92	90	80	90	95	80	85	118	106	63	76
Irlande	71	69	73	74	70	71	60	80	113	93	48	62
Pays-Bas	87	89	86	78	84	92	80	86	104	101	69	81

a) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne.

b) Concept de revenu : revenu disponible des ménages par équivalent adulte, sauf pour les Pays-Bas 2004 : revenu disponible des ménages.

Source : Danemark : base de données du SFI ; en ce qui concerne les estimations pour le Danemark, voir également la note 10 ; Finlande : IDS (*Income Distribution Statistics*) ; Irlande : estimations nationales s'appuyant sur l'EU-SILC, Pays-Bas : estimations du Secrétariat reposant sur les données de l'EU-SILC.

population handicapée ? D'abord et avant tout, on trouve un pourcentage plus élevé de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu et un pourcentage plus faible dans les déciles les plus riches ; ce phénomène est particulièrement marqué en Irlande (tableau 1.6). Alors que, par définition, un dixième du total de la population d'âge actif se situe dans le décile inférieur, c'est le cas de 22 % de l'ensemble des personnes handicapées en Irlande contre 10-15 % dans les trois autres pays⁷. Dans les trois déciles les plus pauvres, ces pourcentages atteignent 54 % en Irlande, 42 % au Danemark, 40 % aux Pays-Bas et 37 % en Finlande. Au Danemark, en Irlande et aux Pays-Bas, un nombre plus grand de personnes handicapées est concentré entre le décile le plus bas et le deuxième décile le plus bas, quelque 15 à 20 %. Ensuite, 14 % seulement des personnes handicapées en Irlande font partie des 30 % les plus riches de la population d'âge actif, contre quelque 20 % au Danemark et aux Pays-Bas et jusqu'à 26 % en Finlande.

En ce qui concerne les tendances, au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, le revenu relatif des personnes handicapées est resté remarquablement stable. En Irlande, en revanche, la proportion de personnes handicapées dans les tranches de revenu les plus basses a augmenté constamment entre 1995 et 2005, avec une diminution correspondante de la proportion dans les déciles supérieurs de revenu.

Le tableau 1.7 montre en détail l'incidence et les risques relatifs de la population handicapée dans les déciles inférieurs de revenu. Par convention, il indique deux seuils de bas revenu : 50 et 60 % du revenu médian de l'ensemble de la population d'âge actif⁸. C'est aux Pays-Bas que les taux de pauvreté ainsi définis sont les plus bas : 6 % des personnes handicapées ont un revenu inférieur à 50 % du revenu médian⁹, et 12 % inférieur à 60 % du revenu médian. Ces taux sont quelque peu supérieurs au Danemark¹⁰ et en Finlande, avec 8 à 12 % de personnes handicapées qui se situent en dessous du seuil inférieur et 22 à 25 % en dessous du seuil supérieur. Ces taux sont par ailleurs considérablement supérieurs en Irlande, avec 25 % de personnes handicapées dont le revenu est inférieur à 50 % de la médiane et 37 % inférieur à 60 %. Par rapport au total de

Tableau 1.6. Pourcentage plus élevé de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu, particulièrement en Irlande

Pourcentages cumulés de personnes handicapées dans les déciles inférieurs et supérieurs de revenu (déciles basés sur les revenus de l'ensemble de la population d'âge actif)^{a, b}

		Décile inférieur	Deux déciles inférieurs	Trois déciles inférieurs	Trois déciles supérieurs	Deux déciles supérieurs	Décile supérieur
Danemark	1995	14	29	41	22	15	7
	2002	16	32	43	23	15	6
	2005	15	31	42	20	13	6
Finlande	1995 (adm.)	13	29	44	19	11	6
	2000 (adm.)	13	27	40	20	13	6
	2005 (adm.)	13	31	45	19	11	5
Irlande	2005	12	25	37	26	17	8
	1995	13	30	43	21	12	6
	2000	19	34	47	16	11	4
Pays-Bas	2005	22	41	54	14	9	3
	1995	12	25	37	23	16	8
	2000	12	26	39	24	15	8
	2004 (EFT)	18	32	43	20	13	6
	2005	10	28	40	21	14	7

a) Définition de l'invalidité autodéclarée (voir graphique 1.3).

b) Le revenu est le revenu disponible des ménages par équivalent adulte (élasticité de l'équivalence = 0.5), sauf pour les Pays-Bas (revenu disponible des ménages).

Source : Danemark : base de données du SFI ; en ce qui concerne les estimations pour le Danemark, voir également la note 10 ; Finlande : IDS (Income Distribution Statistics) ; Irlande : estimations nationales s'appuyant sur l'ECHP et l'EU-SILC, Pays-Bas : estimations du Secrétariat s'appuyant sur l'ECHP pour 1995 et 2000, l'EU-SILC pour 2005, et l'EFT pour 2004. Les estimations de l'ECHP ont été fournies par l'ESRI. En raison de différences dans les collectes de données et définitions, les résultats reposant sur l'EU-SILC 2005 ne sont pas strictement comparables à ceux qui s'appuient sur l'ECHP 1995 et 2000.

la population d'âge actif, cela signifie que le handicap n'accroît pas le risque de pauvreté aux deux seuils aux Pays-Bas. Il accroît le risque au Danemark et en Finlande – mais uniquement au seuil de pauvreté supérieur – et il multiplie par deux le risque de pauvreté aux deux seuils en Irlande.

La proportion des personnes qui se trouvent regroupées entre les deux seuils de 50 et 60 % du revenu médian donne une indication de la gravité de la situation des bas revenus. Si le pourcentage de ces personnes qui est situé entre ces seuils est plus élevé, les augmentations de revenu nécessaires pour les faire passer au-dessus du seuil de pauvreté de 60 % sont moins importantes. En Irlande, cela concerne un tiers des personnes handicapées à faible revenu, tandis qu'au Danemark et aux Pays-Bas cela concerne environ la moitié d'entre elles et en Finlande jusqu'à 63 %.

Pour réduire les risques de pauvreté, le facteur le plus important est l'emploi. Dans les quatre pays, les taux de pauvreté des personnes handicapées qui ont un emploi sont inférieurs à la moyenne pour l'ensemble de la population d'âge actif. Ce schéma est particulièrement prononcé dans les pays nordiques. Il faut remarquer que l'emploi réduit sensiblement les risques de pauvreté chez les personnes valides aussi. Cependant, l'inverse – à savoir l'inactivité et en particulier le chômage – a un effet beaucoup plus néfaste sur le revenu des personnes handicapées, en particulier au Danemark et en Irlande.

Au cours de ces dix dernières années, le taux de pauvreté des personnes handicapées a baissé aux Pays-Bas. Il a augmenté légèrement au Danemark, mais il a doublé en Finlande

Tableau 1.7. Avoir un emploi réduit les risques de pauvreté normalement plus élevés des personnes handicapées

Taux de pauvreté et risques de pauvreté relative chez les personnes handicapées, selon la situation vis-à-vis du marché du travail^{a, b}

	Danemark		Finlande		Irlande		Pays-Bas	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
A. Au seuil de 50 % du revenu médian								
Taux de pauvreté des personnes handicapées	10	12	4	8	12	25	9	6
Taux de risque de pauvreté relative	1.10	1.17	0.76	1.04	1.34	2.15	1.20	0.84
Taux de risque de pauvreté relative par statut sur le marché du travail								
Avec emploi	0.48	0.55	0.27	0.66	..	0.75	..	0.84
Au chômage	2.17	3.19	2.00	1.41	..	3.79	..	1.82
Inactif	1.63	1.71	0.79	1.14	..	2.73	..	0.78
B. Au seuil de 60 % du revenu médian								
Taux de pauvreté des personnes handicapées	20	25	12	22	25	37	14	12
Taux de risque de pauvreté relative	1.23	1.45	1.25	1.59	1.54	2.10	1.21	1.04
Taux de risque de pauvreté relative par statut sur le marché du travail								
Avec emploi	0.55	0.64	0.26	0.59	..	0.88	0.81	0.80
Au chômage	2.27	2.40	2.23	1.76	..	2.85	2.63	1.84
Inactif	1.90	2.33	1.39	1.90	1.75	2.65	1.44	1.13

a) Taux de pauvreté : pourcentages de personnes handicapées dans les ménages dont le revenu disponible est inférieur à 50 et 60 % du revenu médian. Risque de pauvreté relative : taux de pauvreté spécifique du groupe divisé par le taux de pauvreté global de la population d'âge actif.

b) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne, sauf pour la Finlande : définition administrative.

Source : Danemark : base de données du SFI ; en ce qui concerne les estimations pour le Danemark, voir également la note 10 ; Finlande : IDS (Income Distribution Statistics) ; Irlande : estimations nationales s'appuyant sur l'ECHP et l'EU-SILC, Pays-Bas : estimations du Secrétariat reposant sur les données de l'ECHP et de l'EU-SILC. Les estimations de l'ECHP ont été fournies par l'ESRI. En raison de différences dans les collectes de données et définitions, les résultats reposant sur l'EU-SILC 2005 ne sont pas strictement comparables à ceux qui s'appuient sur l'ECHP 1995 et 2000.

(il était toutefois assez bas au départ) et en Irlande. Cette augmentation a été plus rapide que pour la population valide dans ces trois derniers pays. De plus, les risques de pauvreté relative ont augmenté pour toutes les catégories de population handicapée, y compris celles présentant un risque inférieur à la moyenne : les personnes qui ont un emploi et celles qui ont fait des études supérieures (données non fournies ici).

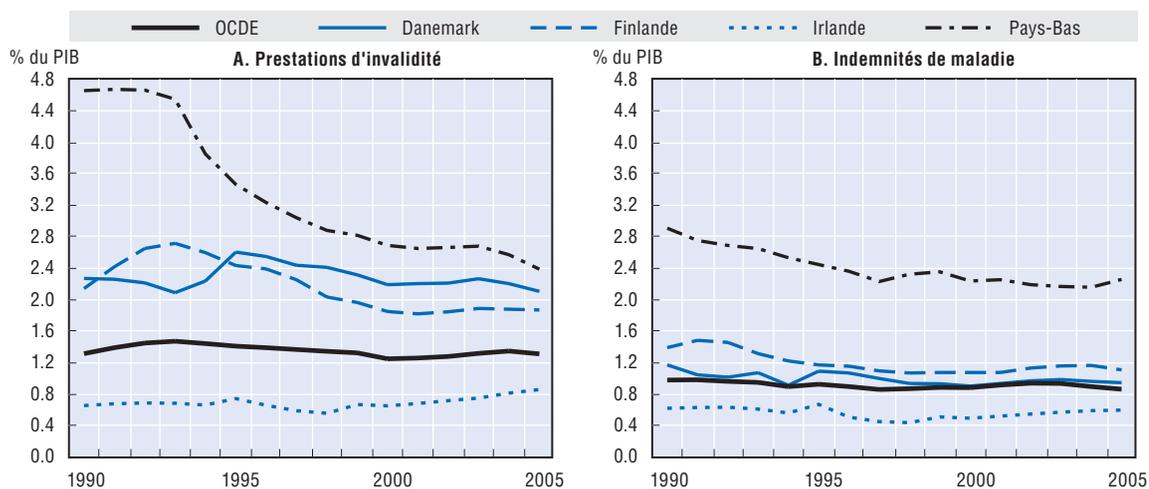
1.3. Coût des régimes d'invalidité : dépenses publiques et dépendance à l'égard des prestations

A. Montant et composition des dépenses publiques

Modérer les coûts élevés de la maladie et de l'invalidité est l'une des grandes préoccupations des responsables politiques – toutefois dans certains pays plus que dans d'autres. Les Pays-Bas se distinguent à deux points de vue : en 2005, les dépenses consacrées aux prestations d'invalidité restaient considérablement plus élevées que dans les autres pays, avec 2.4 % du PIB, soit plus du double de la moyenne de l'OCDE¹¹. Dans le même temps, ce pays est parvenu à faire baisser de moitié les dépenses consacrées aux prestations d'invalidité depuis 1990 (graphique 1.4). Dans les deux pays nordiques, la dépense se situe juste en dessous de 2 % du PIB, ce qui est également supérieur à la

Graphique 1.4. Tendance à la baisse des dépenses en prestations d'invalidité à la fin des années 90 mais légère augmentation récemment

Dépenses annuelles en prestations d'invalidité^a et de maladie^b, en pourcentage du PIB, 1990-2005



a) Danemark : pension d'invalidité ; Finlande : pensions d'invalidité au titre de différents régimes ; Irlande : *Invalidity Pension*, *Disability Allowance* et *Illness Benefit* au bout de deux ans ; Pays-Bas : pensions d'invalidité au titre de différents régimes.

b) Inclut les dépenses publiques et privées obligatoires en indemnités de maladie. Les proportions de dépenses publiques consacrées aux indemnités de maladie s'élèvent à 77 % au Danemark, 40 % en Finlande, 100 % en Irlande (*Illness Benefit* pendant les deux premières années et indemnités de maladie pour les fonctionnaires) ; et 54 % aux Pays-Bas.

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

moyenne de l'OCDE. Après une tendance à la baisse à la fin des années 90, les dépenses sont de nouveau reparties à la hausse dans les deux pays au début des années 2000, en particulier au Danemark, pour se stabiliser ces dernières années. Les dépenses étaient les plus faibles et significativement inférieures à la moyenne de l'OCDE en Irlande, où elles sont restées stables à 0.5-0.6 % du PIB pendant toutes les années 90 et ont légèrement augmenté ces dernières années.

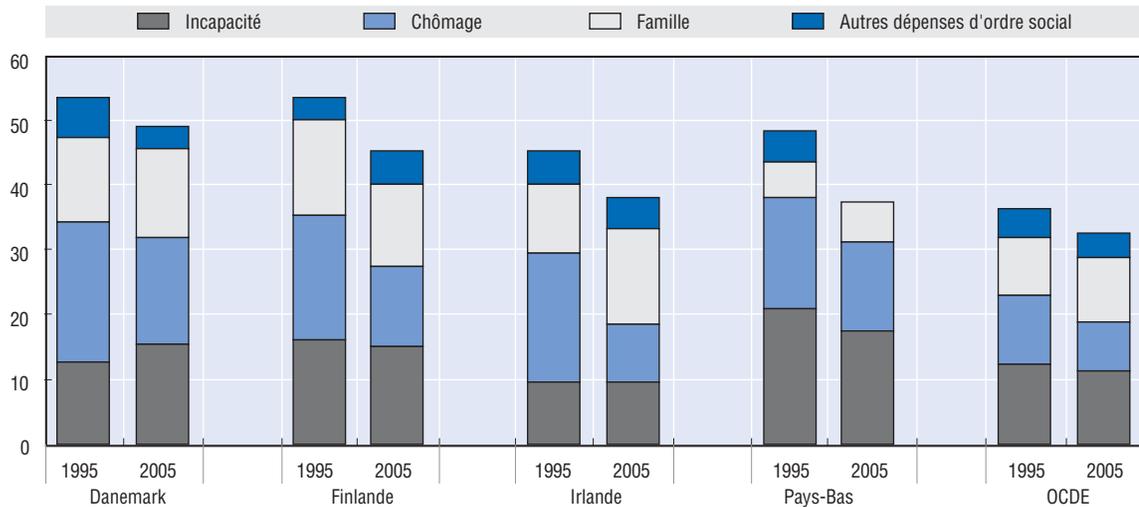
Dans les deux pays nordiques, les dépenses en indemnités de maladie représentent moins de la moitié des dépenses d'invalidité, tandis qu'en Irlande et aux Pays-Bas elles sont pratiquement à égalité. Au Danemark, en Finlande et en Irlande, les dépenses de maladie sont assez analogues à la moyenne de l'OCDE d'environ 1 % du PIB. Cette fois encore, les Pays-Bas se distinguent avec une proportion de dépenses très élevée, soit le double de la moyenne de l'OCDE. Néanmoins, les dépenses en indemnités de maladie ont eu tendance à baisser aux Pays-Bas tandis qu'elles sont restées stables autour de la moyenne de l'OCDE dans les trois autres pays.

Si l'on ajoute aux dépenses d'invalidité et de maladie les dépenses consacrées aux indemnités et services pour accidents du travail, la dépense publique totale relative aux régimes qui concernent l'incapacité atteint environ 4 % du PIB dans les deux pays nordiques, c'est-à-dire un niveau proche de celui des Pays-Bas, et de 1.5 % en Irlande (la moyenne de l'OCDE est de 2.5 %). Cela représente des engagements considérables – surtout comparés aux autres dépenses sociales publiques qui concernent la population d'âge actif.

Aujourd'hui, les dépenses publiques liées à l'incapacité sont aussi importantes que les dépenses liées au chômage au Danemark (chacune des deux catégories représente quelque 16-17 % des dépenses sociales totales), en Finlande (13-15 %) et en Irlande (9-10 %) (graphique 1.5), ce qui n'était pas le cas auparavant : en 1995, les dépenses liées au

Graphique 1.5. Les dépenses liées à l'incapacité deviennent progressivement aussi importantes que les dépenses liées au chômage

Dépenses annuelles pour la population d'âge actif, hors santé^a, par type, en pourcentage du total de la dépense sociale publique, 1995 et 2005



a) Les dépenses liées à l'incapacité incluent les prestations publiques d'invalidité et de maladie ainsi que des services destinés aux personnes handicapées. Les dépenses liées au chômage comprennent les allocations chômage et les programmes actifs du marché du travail destinés aux chômeurs ; les dépenses relatives à la famille comprennent les allocations familiales, les congés parentaux rémunérés et les services destinés aux enfants et à leur garde ; et les autres dépenses comprennent principalement l'aide sociale et les allocations de logement.

Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales.

chômage étaient considérablement plus importantes dans ces trois pays. En revanche, les dépenses liées à l'incapacité sont bien plus élevées que les dépenses liées au chômage mais aussi que les dépenses publiques liées à la famille aux Pays-Bas : elles représentent jusqu'à un cinquième des dépenses publiques totales¹².

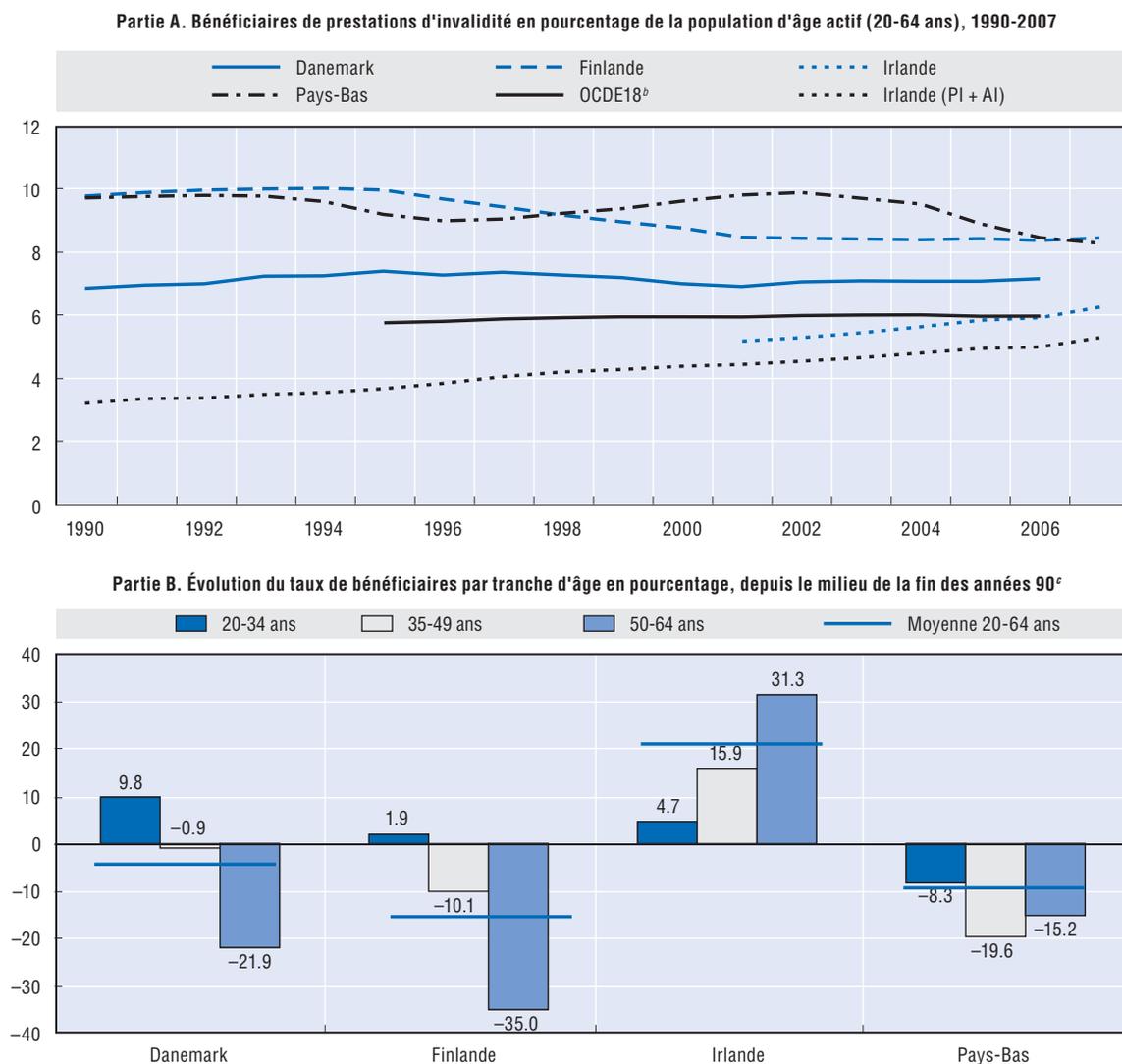
B. Tendances des taux de bénéficiaires de prestations

Les tendances des taux de bénéficiaires de ces prestations dans la population d'âge actif varient entre les quatre pays (graphique 1.6, partie A). Au Danemark, les taux de bénéficiaires ont oscillé autour de 7 % au cours des 15 dernières années. En Finlande, la proportion de bénéficiaires de prestations d'invalidité a baissé, passant de 10 % à 8,5 % à la fin des années 90 et est restée stable depuis 2001. Les Pays-Bas ont enregistré une baisse régulière du taux des bénéficiaires depuis 2002. L'Irlande était le seul pays où les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont augmenté régulièrement sur l'ensemble de la période, pour atteindre 6 % à l'heure actuelle. Cela dit, en 2006 les quatre pays enregistraient des niveaux supérieurs à ceux constatés dans vingt pays de l'OCDE à la fin des années 90 (OCDE, 2003).

L'évolution des taux de bénéficiaires observée depuis dix ans est surtout imputable aux tranches d'âge les plus âgées sauf aux Pays-Bas où elle est le fait à la fois des adultes en âge de forte activité et des tranches d'âge plus âgées, à la différence de ce qu'ont connu les quatre pays examinés en 2007 (Australie, Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni) où les changements étaient dans une large mesure imputables aux personnes plus jeunes. Au Danemark et en Finlande, par exemple, le taux de bénéficiaires des moins de 35 ans a augmenté alors qu'il a diminué pour les plus de 49 ans, respectivement de un cinquième (Danemark) et d'un tiers (Finlande) (graphique 1.6, partie B).

Graphique 1.6. Les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité augmentent en Irlande mais ont diminué récemment aux Pays-Bas

Taux de bénéficiaires de prestations en 1990-2007 et variations de ce taux par grande tranche d'âge (pourcentage)⁴



AI = Allocation d'invalidité ; PI = Pension d'invalidité.

a) Bénéficiaires : pension d'invalidité (Danemark) ; personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité légale liée aux gains antérieurs et/ou d'une pension nationale d'invalidité (Finlande) ; allocation d'invalidité, pension d'invalidité et personnes bénéficiant d'une prestation de maladie pendant plus de deux ans (Irlande) ; la série chronologique plus longue (PI + AI) exclut les indemnités de maladie ; Wajong, WAO et WIA (Pays-Bas).

b) OCDE18 est une moyenne non pondérée comprenant : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, Irlande, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Suisse.

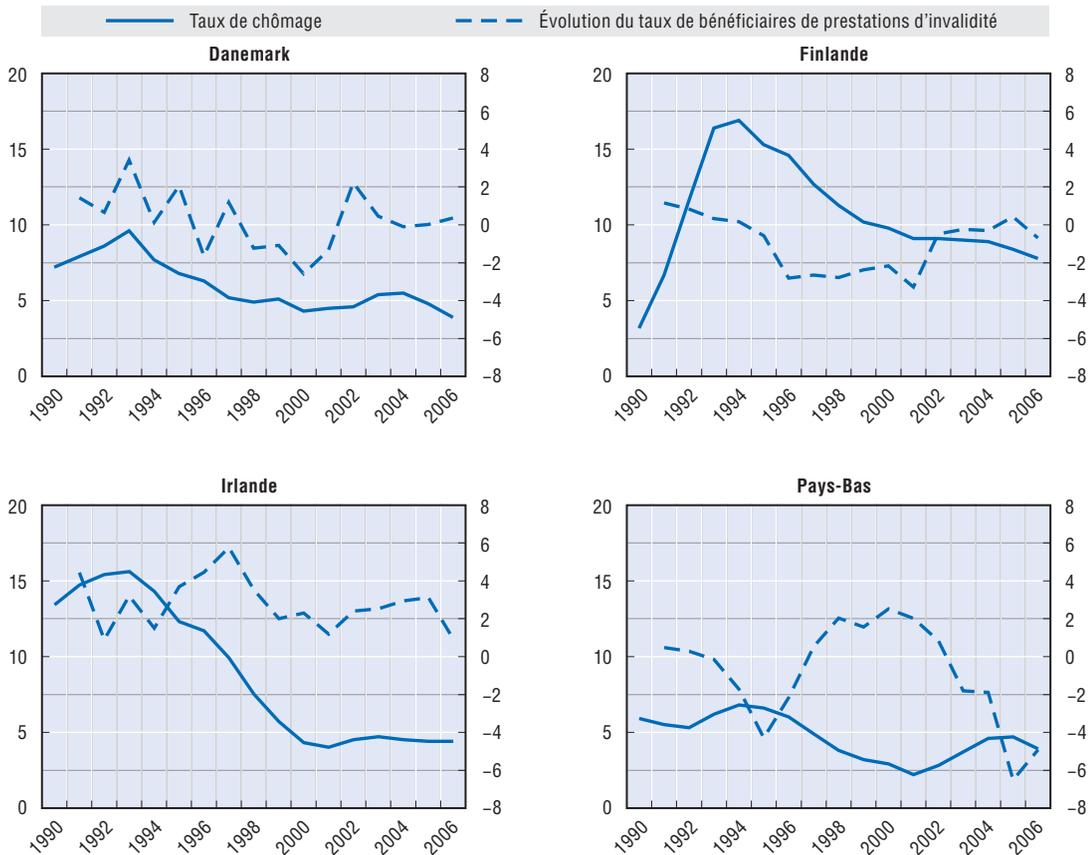
c) La période couverte est 1995-2005 au Danemark, 1995-2007 en Finlande, 1999-2006 en Irlande et 1999-2007 aux Pays-Bas.

Source : Données fournies par les autorités nationales : Statistics Denmark (Danemark), ETK (Finlande), ministère des Affaires sociales et de la Famille (Irlande), MEV 2007 (Pays-Bas).

Les données ci-dessus ne rendent pas pleinement compte de la dépendance vis-à-vis des prestations de santé dans tous les pays. Au Danemark, en particulier, d'autres prestations telles que les prestations de réadaptation sont fréquemment utilisées, plus de 11 % de la population d'âge actif bénéficiant d'une forme ou d'une autre de prestation liée à la santé – une proportion qui est plus élevée qu'en Finlande et aux Pays-Bas et bien d'autres pays de l'OCDE.

Graphique 1.7. Certains effets de substitution entre les prestations d'invalidité et de chômage en Finlande et aux Pays-Bas

Évolution du taux de chômage et évolution du taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité en points, 1990-2006^a



a) Bénéficiaires : pension d'invalidité (Danemark) ; personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité légale liée aux gains antérieurs et/ou d'une pension nationale d'invalidité (Finlande) ; allocation d'invalidité, pension d'invalidité ; Wajong, WAO et WIA (Pays-Bas).

Source : Données fournies par les autorités nationales. Statistics Denmark (Danemark), ETK (Finlande), ministère des Affaires sociales et de la Famille (Irlande), MEV 2007 (Pays-Bas). Statistiques de l'OCDE sur la population active.

Dans quelle mesure l'évolution des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité est-elle expliquée par un effet de « substitution » entre prestations, en particulier entre les prestations d'invalidité et de chômage? Le graphique 1.7 représente graphiquement l'évolution de l'emploi (définition de l'OIT) depuis 1990 au regard de l'évolution en points des taux de bénéficiaires de prestations. Cela donne à penser qu'il existe bien un lien statistique fort entre ces deux programmes en Finlande et aux Pays-Bas, un lien plus faible en Irlande et pratiquement aucun lien (sauf en 2002-03, la première année qui a suivi la réforme de l'invalidité) au Danemark. La baisse du chômage semble s'être traduite dans une certaine mesure par des taux supérieurs de bénéficiaires de prestations, et inversement.

C. Niveaux moyens des prestations

Le deuxième facteur clé qui explique l'évolution des dépenses est celui des niveaux moyens de prestations. Il s'avère que l'évolution des niveaux de prestations d'invalidité moyennes suit l'évolution des taux de bénéficiaires de prestations

Tableau 1.8. La prestation d'invalidité moyenne a augmenté plus vite que les salaires au Danemark et en Irlande mais moins vite en Finlande et aux Pays-Bas

Taux moyens annuels de croissance de la prestation d'invalidité moyenne, du salaire brut et du salaire net (en valeurs réelles), 2001-06^a

	Taux de croissance annuel moyen ^b , 2001-06 ^c			Prestation d'invalidité, 2006		
	Prestation d'invalidité	Salaire brut	Salaire net	% du salaire minimum	% du salaire brut	% du salaire net
Danemark	2.3	0.8	1.6	*	41	68
Finlande	0.7	2.9	3.6	*	35	50
Irlande	5.9	1.8	2.3	57	35	40
Pays-Bas	-1.5	0.6	-1.1	100	40	62

a) Les données pour le Danemark se rapportent à la pension d'invalidité, pour la Finlande aux personnes bénéficiant d'une pension légale liée aux gains antérieurs et/ou d'une pension nationale (à taux plein ou à taux partiel), pour l'Irlande aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité et aux bénéficiaires des prestations WAO/WAZ pour les Pays-Bas. Prestations d'invalidité indiquées sous forme de valeurs brutes. Le salaire brut est celui de l'ouvrier moyen, le salaire net celui de l'ouvrier moyen (voir OCDE, 2008c).

b) Déflaté de l'indice des prix à la consommation privée (PCP).

c) Années 2000-05 pour le Danemark et 2000-06 pour les Pays-Bas.

Source : Données fournies par les autorités nationales ; OCDE (2008), *Les impôts sur les salaires 2006-07*.

d'invalidité dans une certaine mesure, ce qui contraste avec le schéma identifié dans les quatre pays examinés dans le rapport de l'OCDE (2007b) : l'Australie, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni. Le tableau 1.8 résume l'évolution et le niveau relatif des prestations d'invalidité moyennes sur la période 2001-06. D'une part, au Danemark, et en particulier en Irlande, la valeur moyenne réelle des prestations d'invalidité a augmenté beaucoup plus vite que les indicateurs de salaire correspondants. Dans les deux pays, la croissance annuelle était trois fois supérieure à celle des salaires bruts. Néanmoins, en Irlande, l'augmentation des niveaux de prestations n'a pas suffi à compenser la baisse des revenus disponibles des ménages et l'augmentation des niveaux de pauvreté.

D'autre part, en Finlande et aux Pays-Bas, la croissance moyenne annuelle des prestations d'invalidité a été inférieure à celle des salaires nets et bruts. Aux Pays-Bas, la valeur réelle des versements WAO/WAZ a même baissé, d'environ 1.5 point par an entre 2000 et 2006. Il est à noter que l'évolution du montant des prestations moyennes ne suit pas nécessairement l'évolution du niveau de revenu des personnes. L'évolution des niveaux moyens de prestations peut être le résultat d'un certain nombre de développements : des changements dans la composition des bénéficiaires, par exemple au niveau de l'âge ; des changements dans la proportion de personnes qui bénéficient de prestations à taux partiel ; et, aussi, des réformes des prestations.

Les différences de la valeur relative des prestations d'invalidité moyennes selon les pays sont moins importantes. Dans les quatre pays, la prestation moyenne « vaut » entre 35 et 40 % du salaire brut moyen¹³. On peut se demander s'il ne s'agit pas de niveaux susceptibles de déboucher sur des « trappes à prestations » pour certains des bénéficiaires (chapitre 4). En raison de régimes d'impôt sur le revenu différents, les écarts entre les niveaux de prestations et les revenus nets (salaire net), qui vont de 40 % en Irlande à 68 % au Danemark, sont plus importants. Lorsqu'il existe un salaire minimum, il est fixé à peu près au même niveau que la prestation d'invalidité moyenne (Pays-Bas) ou bien au-dessus (Irlande).

1.4. Erreurs d'exclusion et d'inclusion : taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité et prévalence de l'invalidité

A. Que recouvre le concept d'« invalidité » ?

Le nombre et la composition des personnes qui se décrivent comme « handicapées » ne sont pas identiques à ceux des personnes qui demandent et perçoivent une prestation liée à l'incapacité. Il n'est donc pas simple d'estimer l'aire d'extension de l'invalidité. Contrairement à la situation de chômage par exemple (avoir ou non un emploi ; être ou non en recherche et disponible pour un emploi), la situation en matière d'invalidité est rarement tranchée, et beaucoup plus une question de degré. L'invalidité peut être définie soit comme un état autoévalué, soit comme un statut légal basé sur des sources administratives (par exemple, perception d'une prestation ou détention d'un certificat officiel d'incapacité). Dans cette logique, peut-être à tort, on parle souvent d'invalidité « subjective » ou d'invalidité « objective ». Les quatre pays étudiés utilisent des données et des indicateurs qui découlent des deux définitions : autodéclarée et administrative.

Aucune des définitions et mesures ci-dessus n'est « supérieure » à l'autre ; elles mesurent des phénomènes différents bien que liés. Tout le long du présent rapport, les deux types de mesures sont analysés. En général, lorsque l'on mentionne la « prévalence de l'invalidité », cela désigne une invalidité *autodéclarée*, tandis que le « taux de bénéficiaires de prestations » (chiffres actuels de flux d'entrée dans les régimes de prestations d'invalidité) est calculé sur la base des définitions *administratives*, c'est-à-dire le taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Les taux de bénéficiaires indiqués par les registres vont de 6 % (Irlande) à 8.5 % (Pays-Bas) (colonne A du tableau 1.9). Les enquêtes auprès des ménages estiment un nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans la population d'âge actif supérieur à celui des registres administratifs, en particulier en Irlande (colonne B). Dans ce dernier pays, cela tient principalement au fait que l'enquête inclut tous les bénéficiaires d'indemnités de maladie dans l'estimation. Dans les deux pays nordiques, les enquêtes estiment des taux de bénéficiaires supérieurs de 1 à 3 points et, aux Pays-Bas, les estimations des enquêtes sont même légèrement inférieures aux chiffres des registres. En revanche, les définitions « subjectives » basées sur l'autoévaluation donnent des taux d'invalidité beaucoup plus élevés (colonnes D à F) : entre 12 % en Irlande et jusqu'à 34 % en Finlande. Cela dit, du fait des variations dans les questions posées, même pour la catégorie « autodéclarée » basée sur des définitions très similaires, les estimations peuvent varier d'une enquête à l'autre, comme on le voit lorsque l'on compare les résultats pour la Finlande et les Pays-Bas dans les colonnes D et F. Enfin, les estimations pour un sous-ensemble d'invalidité autoévaluée liée à la situation au regard du travail – ceux qui déclarent souffrir d'une « invalidité permanente » (colonne F) et ceux qui ne cherchent pas de travail pour cause de maladie ou de handicap (colonne G) – débouchent sur des estimations de l'invalidité qui se situent en dessous des définitions administratives. Elles vont de moins de 1 % en Irlande à 6-7 % dans les trois autres pays.

B. Erreurs d'exclusion et d'inclusion

Parmi les personnes qui se considèrent « handicapées », beaucoup ne demandent ou ne perçoivent pas de prestations d'invalidité. Elles restent « exclues » du régime de prestation, soit parce qu'elles travaillent et/ou ont des ressources suffisantes, par exemple du fait d'autres membres du ménage (question centrale dans les régimes soumis à

Tableau 1.9. **Perception d'une prestation d'invalidité et prévalence de l'invalidité : deux concepts différents**

Nombre de handicapés d'âge actif en pourcentage de la population en âge de travailler (2005 ou année la plus proche)

	Invalidité définie administrativement			Invalidité autodéclarée				
	Bénéficiaires (registres)	Bénéficiaires (enquête)	Statut légal (enquête)	Définition liée à la santé :	Définition liée à la santé :	Définition liée à la santé :	Définition liée au statut sur le marché du travail :	Définition liée à la recherche d'emploi :
				EU-SILC	EFT national	(UE-EFT 2002)	(UE-EFT)	(UE-EFT)
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	
Danemark	7.1	10.4	..	14.0	20.7	20.6	7.1	6.4
Finlande	8.4	9.6	9.9	23.6	..	33.7	6.9	6.8
Irlande	6.0	12.1	..	13.6	..	11.7	3.3	0.4
Pays-Bas	8.5	7.2	..	19.2	16.8	26.4	5.0	6.1

.. Données non disponibles.

Source et définitions : (A) Danemark (2005) : pension d'invalidité ; Finlande (2006) : personnes bénéficiant d'une pension légale liée aux gains antérieurs ou d'une pension nationale d'invalidité ; Irlande (2006) : allocation d'invalidité, pension d'invalidité et personnes bénéficiant d'une indemnité de maladie pendant plus de deux ans ; Pays-Bas (2006) : prestation Wajong, WAO et WIA ; (B) Danemark (2005) : EFT 2005, pension d'invalidité (ou préretraite) ; Finlande (2005) : EU-SILC 2005, estimations nationales ; Irlande (2005) : EU-SILC 2005, estimations nationales ; Pays-Bas (2005) : EU-SILC 2005, estimations du Secrétariat ; (C) Finlande (2005) : IDS (*Income Distribution Statistics*), personnes titulaires d'un certificat officiel donnant droit à des déductions/abattements fiscaux pour cause d'invalidité ; (D) Danemark (2005) et Pays-Bas (2005) : EU-SILC, estimations du Secrétariat ; Finlande (2005) et Irlande (2005) : EU-SILC 2005, estimations nationales (personnes souffrant d'une pathologie chronique et de limitations des actes de la vie quotidienne pendant au moins six mois) ; (E) Danemark (2005) : EFT 2005 (personnes présentant des problèmes de santé de longue durée ou un handicap) ; Pays-Bas (2006) : EFT (handicapé du travail : personne présentant une souffrance durable, une maladie ou une invalidité qui l'empêche d'assumer ou d'obtenir un emploi rémunéré) ; (F) module ad hoc de l'UE-EFT 2002 sur l'emploi des personnes handicapées : personnes présentant des problèmes de santé de longue durée ou un handicap ; (G) UE-EFT 2005 : personnes qui déclarent souffrir principalement d'une « invalidité permanente » ; (H) UE-EFT 2005 : personnes qui ne cherchent pas de travail pour cause de maladie/de handicap.

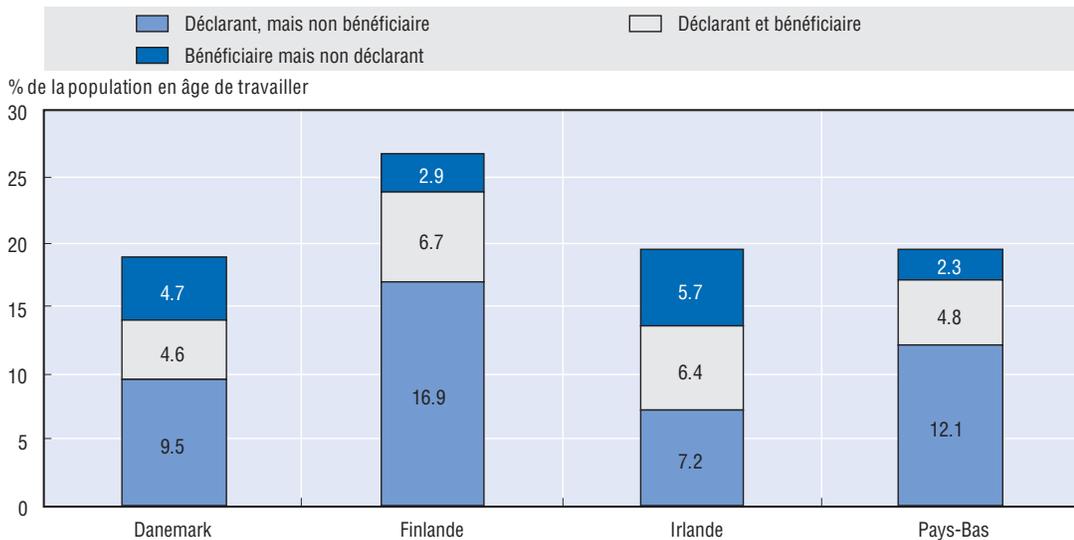
conditions de ressources du ménage comme en Irlande), soit à cause d'erreurs d'exclusion « réelles », faute d'information ou parce qu'elle se sentent stigmatisées par exemple. En même temps, un certain nombre de personnes peuvent être « incluses » dans le régime de prestations qui ne se considéreraient pas comme « handicapées ».

Le graphique 1.8 présente plus en détail le recouvrement entre ces catégories de population. La hauteur totale des barres indique le pourcentage possible de personnes handicapées – c'est-à-dire les personnes qui se déclarent handicapées ou les bénéficiaires de prestations d'invalidité, ou les deux. Cela représente environ 25 % de la population d'âge actif en Finlande et environ 20 % au Danemark, en Irlande et aux Pays-Bas. Les barres intermédiaires indiquent le recouvrement entre les différentes définitions de l'invalidité, c'est-à-dire les personnes qui se considèrent « handicapées » et qui figurent parmi les bénéficiaires de prestations d'invalidité. Cela représente entre 5 % et 7 % de la population d'âge actif et une proportion mineure du « potentiel d'invalidité » total, à savoir un tiers en Irlande et seulement un quart dans les trois autres pays.

Le graphique 1.8 donne une première indication de l'importance des erreurs « d'inclusion » et « d'exclusion » : les personnes prises en compte par le régime d'invalidité qui ne se déclarent pas handicapées d'une part (partie haute des barres) et les personnes qui disent avoir un handicap mais ne perçoivent pas de prestations de l'autre (partie basse des barres). À première vue, dans trois des quatre pays les erreurs

Graphique 1.8. La plupart des personnes handicapées ne perçoivent pas de prestations d'invalidité, et de nombreux bénéficiaires de cette prestation ne prétendent pas non plus être handicapés

Recouvrement entre invalidité autodéclarée et bénéficiaires de prestations d'invalidité, 2005



Source : EU-SILC 2005, estimations du Secrétariat (Danemark, Pays-Bas) ; et EU-SILC 2005, estimations nationales (Finlande, Irlande).

d'inclusion possibles semblent beaucoup moins importantes que les erreurs d'exclusion. Un tiers environ des personnes qui bénéficient d'une prestation d'invalidité ne se considèrent pas comme handicapées en Finlande et aux Pays-Bas et environ la moitié d'entre elles au Danemark, tandis qu'une grande majorité des personnes qui déclarent un handicap ne perçoivent pas de prestation d'invalidité dans ces pays (environ 70 %). L'Irlande fait figure d'exception : les erreurs possibles d'inclusion et d'exclusion se situent autour de 50 %.

Ces indicateurs synthétiques rendent compte de l'importance des exclusions du régime d'invalidité en général, mais pas nécessairement des « erreurs d'exclusion ». Les personnes handicapées peuvent être couvertes par d'autres prestations sociales ou avoir un salaire qui les empêche de bénéficier des prestations d'invalidité. Le tableau 1.10 présente donc deux estimations supplémentaires des erreurs d'exclusion, à savoir la proportion des personnes handicapées qui ne perçoivent aucune prestation sociale publique et, parmi celles-ci les personnes sans emploi.

La proportion de personnes handicapées qui n'ont accès à aucune prestation sociale publique se situe entre 13 et 25 %. Si l'on considère la définition la plus stricte – à savoir les personnes qui n'ont ni prestation, ni emploi – l'erreur d'exclusion tombe à 8 % aux Pays-Bas, 4 % en Irlande, 2 % au Danemark et à peine 1 % en Finlande. Ces valeurs sont bien inférieures à celles constatées pour un ensemble de pays étudiés récemment par l'OCDE (voir OCDE, 2007b). D'une façon générale, lorsqu'on applique la définition la plus stricte de l'erreur d'exclusion, les personnes exclues sont essentiellement les femmes, en particulier aux Pays-Bas. Il existe deux profils par âge très différents : dans les deux pays nordiques, la proportion de jeunes gens handicapés augmente pour ceux qui n'ont accès ni aux prestations publiques ni à l'emploi, passant de 23 % à 28 % au Danemark et de 17 % à 37 % en Finlande. Au contraire, dans les deux autres pays on trouve très peu de personnes handicapées plus jeunes parmi ceux qui n'ont ni prestations ni travail (9 % en Irlande, 3 %

Tableau 1.10. Les erreurs d'exclusion sont faibles dans l'ensemble des quatre pays et c'est en Finlande qu'elles sont le plus faibles

Différentes estimations des erreurs d'exclusion, par sexe, âge et gravité du handicap, en pourcentage, vers 2005

Statut d'invalidité			Distribution, en pourcentages						
			Hommes	Femmes	20-34	35-49	50-64	Modérée	Sévère
Danemark	Total personnes handicapées autodéclarées	100	39	61	23	29	44	..	..
	<i>dont :</i>								
	– sans prestation d'invalidité	67	39	61	29	29	35	..	..
	– sans aucune prestation	20	43	57	24	17	60	..	..
Finlande	Total personnes handicapées autodéclarées	100	48	52	17	30	52	68	32
	<i>dont :</i>								
	– sans prestation d'invalidité	66	47	53	20	35	43	75	25
	– sans aucune prestation	20	49	51	17	23	59	77	23
Irlande	Total personnes handicapées autodéclarées	100	47	53	18	34	47	63	37
	<i>dont :</i>								
	– sans prestation d'invalidité	53	40	60	19	34	45	76	24
	– sans aucune prestation	13	45	55	16	20	64	81	19
Pays-Bas	Total personnes handicapées autodéclarées	100	42	58	16	35	46	58	42
	<i>dont :</i>								
	– sans prestation d'invalidité	72	39	61	20	34	42	67	33
	– sans aucune prestation	24	45	55	19	23	58	77	23
	– sans aucune prestation et sans emploi	8	12	88	3	12	85	66	34

Source : EU-SILC 2005, estimations du Secrétariat.

aux Pays-Bas), et cette situation concerne en grande majorité les personnes handicapées plus âgées. Enfin, l'exclusion semble concerner davantage les personnes modérément handicapées que celles qui sont gravement handicapées.

1.5. Les défis démographiques : vieillissement de la population et futures pénuries de main-d'œuvre

Le nombre de handicapés autodéclarés comme de bénéficiaires de prestations d'invalidité augmente de façon marquée avec l'âge dans les quatre pays. Par conséquent, le vieillissement de la population va « automatiquement » se traduire par une hausse des taux d'invalidité, en l'absence de changement de comportement et toutes choses égales par ailleurs. Dans ces conditions, on peut craindre une baisse de l'offre de main-d'œuvre dans les décennies à venir ; l'une des solutions parfois envisagées consiste à mobiliser le potentiel de main-d'œuvre sous-utilisé parmi les travailleurs âgés et les travailleurs handicapés.

A. Les effets du vieillissement sur les tendances récentes des effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité

Le risque de faire partie des bénéficiaires d'une prestation d'invalidité augmente fortement avec l'âge, la probabilité de bénéficier de ce type de prestations étant deux fois plus grande pour les personnes âgées de 50 à 64 ans que pour le reste de la population d'âge actif (voir le tableau 1.13). Des différences de structure par âge de la population d'âge actif peuvent par conséquent expliquer une partie des différences de taux de bénéficiaires de prestations entre les quatre pays. La correction de ces différences en

appliquant une structure par âge moyenne de l'OCDE abaisserait le taux réel de bénéficiaires de prestations, en particulier en Finlande (7.2 % au lieu de 8.4 %) mais aussi au Danemark (6.6 % au lieu de 7.1 %) et aux Pays-Bas (8.0 % au lieu de 8.5 %), mais l'augmenterait légèrement en Irlande où la population d'âge actif est beaucoup plus jeune (6.3 % au lieu de 6.0 %).

Dans quelle mesure les tendances récentes des effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité s'expliquent-elles par la modification de la structure démographique dans chaque pays? On peut étudier l'effet « pur » du vieillissement en conduisant une série historique estimée du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité depuis plus ou moins dix ans en multipliant les taux de bénéficiaires par âge et par sexe en 1995 (ou l'année la plus proche) par les effectifs de population de chaque groupe d'âge et de chaque sexe pour les années suivantes. L'écart entre les résultats estimés et le nombre effectif de bénéficiaires correspond à la fraction de la tendance observée qui résulte de la variation du taux de bénéficiaires et qui par conséquent, ne s'explique pas par des changements de la taille de la population « à risque » mais par des changements de comportement, par les effets de l'action publique ou les deux.

À lui seul, le changement démographique (courbe en pointillés du graphique 1.9) aurait eu pour effet d'augmenter de façon continue depuis plusieurs années les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans tous les pays : de quelque 10 % au Danemark et 20 % en Finlande, entre 1995 et 2005 ; de 12 % en Irlande (depuis 2002) ; et de 2 % aux Pays-Bas (depuis 1999). Or, l'évolution a été très différente d'un pays à l'autre (courbe continue du graphique 1.9). En Irlande, environ la moitié de la hausse du nombre de bénéficiaires observés depuis 2002 a été due à un changement de la structure par âge de la population, c'est-à-dire à un accroissement de la proportion de travailleurs âgés, pour qui le risque de devenir handicapé est plus élevé. L'autre moitié s'explique par la hausse du taux de bénéficiaires lui-même. La même tendance est apparue aux Pays-Bas entre 1999 et 2002. Cependant, au cours des quatre dernières années, les taux réels de bénéficiaires ont considérablement baissé mais pas la pression démographique – même si la tendance au vieillissement était plus favorable que dans les trois autres pays. De la même manière, au Danemark et en Finlande, les taux réels de bénéficiaires ont baissé de 7 % et 13 %, respectivement, malgré le vieillissement de la population d'âge actif, c'est-à-dire que la réduction observée depuis 1995 aurait pu être plus importante en l'absence de vieillissement.

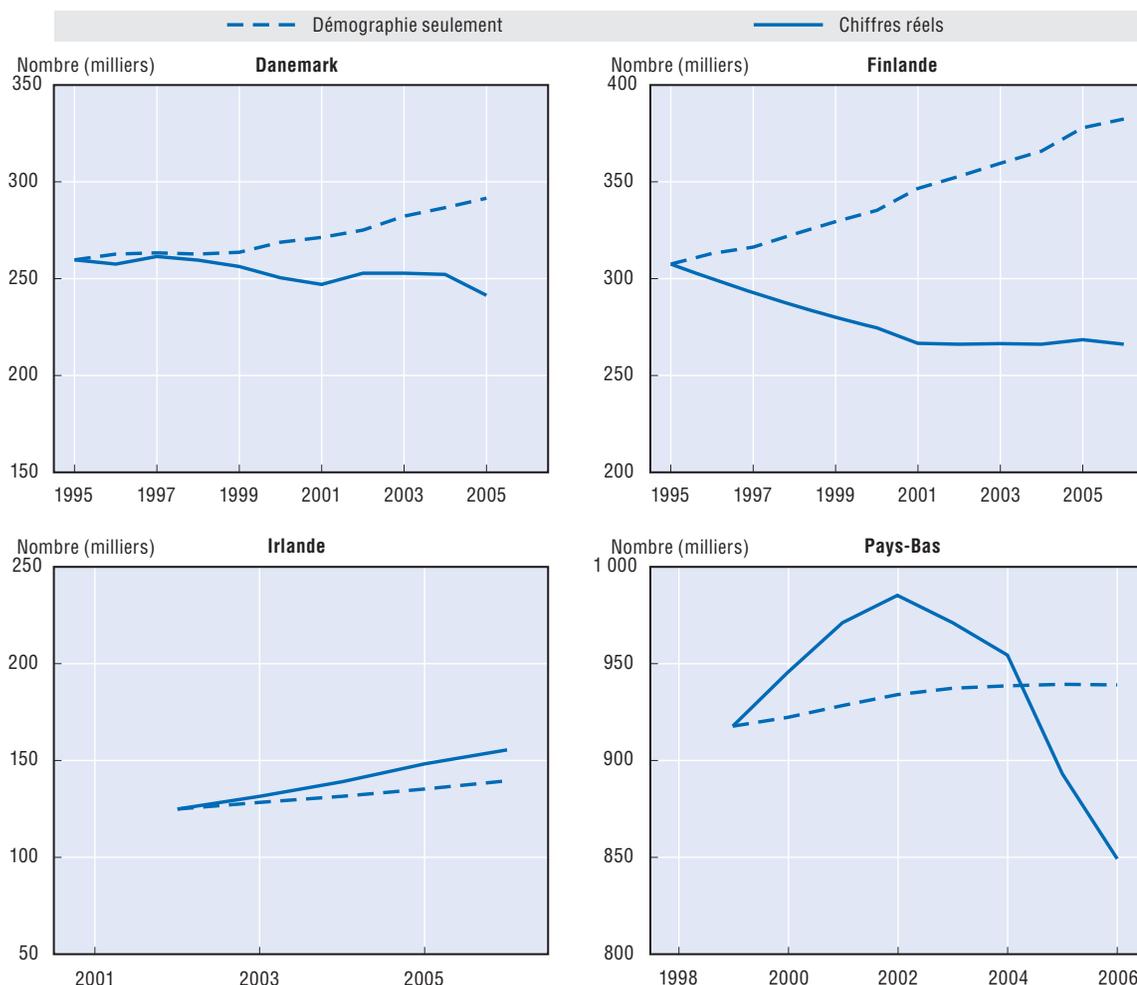
B. Les défis de la démographie pour les politiques de l'invalidité des prochaines décennies

Une autre question qui se pose est de savoir comment les taux et les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité évolueront dans les décennies à venir, du fait du vieillissement futur de la population, toutes choses égales par ailleurs. À partir des projections nationales de la population¹⁴, il est possible d'estimer les tendances futures du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité et de la prévalence, en supposant encore une fois constants les taux de bénéficiaires par âge et par sexe à partir de 2005.

Les résultats de ces projections sont récapitulés au tableau 1.11. À très long terme, c'est-à-dire d'ici 2050, le nombre de bénéficiaires de prestations et de personnes handicapées croîtrait en gros de un tiers en Irlande, mais baisserait légèrement (5-7 %) en Finlande et aux Pays-Bas et baisserait de quelque 10 % au Danemark. Globalement, par

Graphique 1.9. L'évolution récente des effectifs de bénéficiaires ne reflète pas l'évolution du vieillissement de la population

Nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité constaté et nombre estimé sur la base des taux de bénéficiaires^a, premières années disponibles depuis 1995



a) La courbe en pointillés désignée par le terme « démographie seulement » indique le nombre estimé de bénéficiaires dans l'hypothèse du maintien des taux de bénéficiaires par âge et par sexe à leur niveau de 1995 (2002 pour l'Irlande ; 1999 pour les Pays-Bas) ; la courbe continue indique le nombre réel de bénéficiaires. Toutes les données concernent les 20-64 ans.

Source : Base de données de l'OCDE sur la population et données sur les bénéficiaires fournies par les régimes nationaux de sécurité sociale.

conséquent, la pression démographique sur les politiques de l'invalidité pourrait être beaucoup plus importante en Irlande que dans les trois autres pays.

Si l'on applique aux projections de la population et de la population active des objectifs spécifiques d'insertion sur le marché du travail, on peut en tirer quelques indications sur l'impact possible d'une mobilisation du potentiel de main-d'œuvre parmi les personnes handicapées. C'est ce que fait le graphique 1.10 qui compare les projections de la population active totale (courbes en pointillés larges, sur la base des projections de la population évoquées plus haut) aux projections de la population active augmentées des estimations du nombre de personnes handicapées prenant un emploi (courbes en pointillés courts). Le scénario suppose que les quatre pays auront réussi d'ici 2025 à insérer dans la population active un certain pourcentage par âge et par sexe d'inactifs handicapés

Tableau 1.11. Le vieillissement de la population aura une incidence plus forte sur l'évolution du nombre de bénéficiaires et de la prévalence en Irlande

Projections du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité et de personnes handicapées autodéclarées, 2005-50^a (en milliers)

	Danemark		Finlande		Irlande		Pays-Bas	
	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées
2005	174	404	265	776	148	308	898	1 681
2010	171	397	287	798	163	337	944	1 721
2015	172	401	275	771	173	358	938	1 707
2020	172	399	266	752	184	379	943	1 695
2025	165	387	259	735	195	397	928	1 656
2030	157	371	250	719	203	410	886	1 588
2035	150	357	245	715	209	419	837	1 529
2040	148	355	254	726	210	420	818	1 516
2045	153	363	255	727	203	410	832	1 536
2050	155	367	253	722	196	399	850	1 559

a) Les résultats portent sur les 20-64 ans pour les quatre pays.

Source : Projections de l'OCDE d'après sa *Base de données sur la population* et les chiffres des bénéficiaires fournis par les administrations nationales de la sécurité sociale.

qui correspond au pourcentage moyen de l'Union européenne de personnes handicapées souhaitant travailler (tableau 1.4), puis à doubler ce pourcentage d'ici 2050. Il suppose par exemple que dans chaque pays 29.7 % des hommes handicapés inactifs de 20 à 34 ans deviendront actifs d'ici 2025 et 29.7 autres pour cent entre 2025 et 2050, selon une progression annuelle à partir de 2005.

Le graphique 1.10 montre que l'insertion professionnelle de toutes les personnes qui souhaiteraient travailler aurait des effets substantiels sur l'offre de main-d'œuvre, même s'ils pourraient bien s'avérer insuffisants pour faire face aux pénuries. D'ici 2050, le scénario optimiste de la population active donnerait des projections d'environ 5 points (Danemark, Finlande) à 10 points (Irlande, Pays-Bas) supérieures à celles du scénario de population active constante. Cela comblerait le déficit par rapport à la croissance prévue de la population globale de près de 30 % dans les pays nordiques, mais de plus de 50 % en Irlande et aux Pays-Bas.

1.6. Impact des besoins du marché du travail : travail et santé

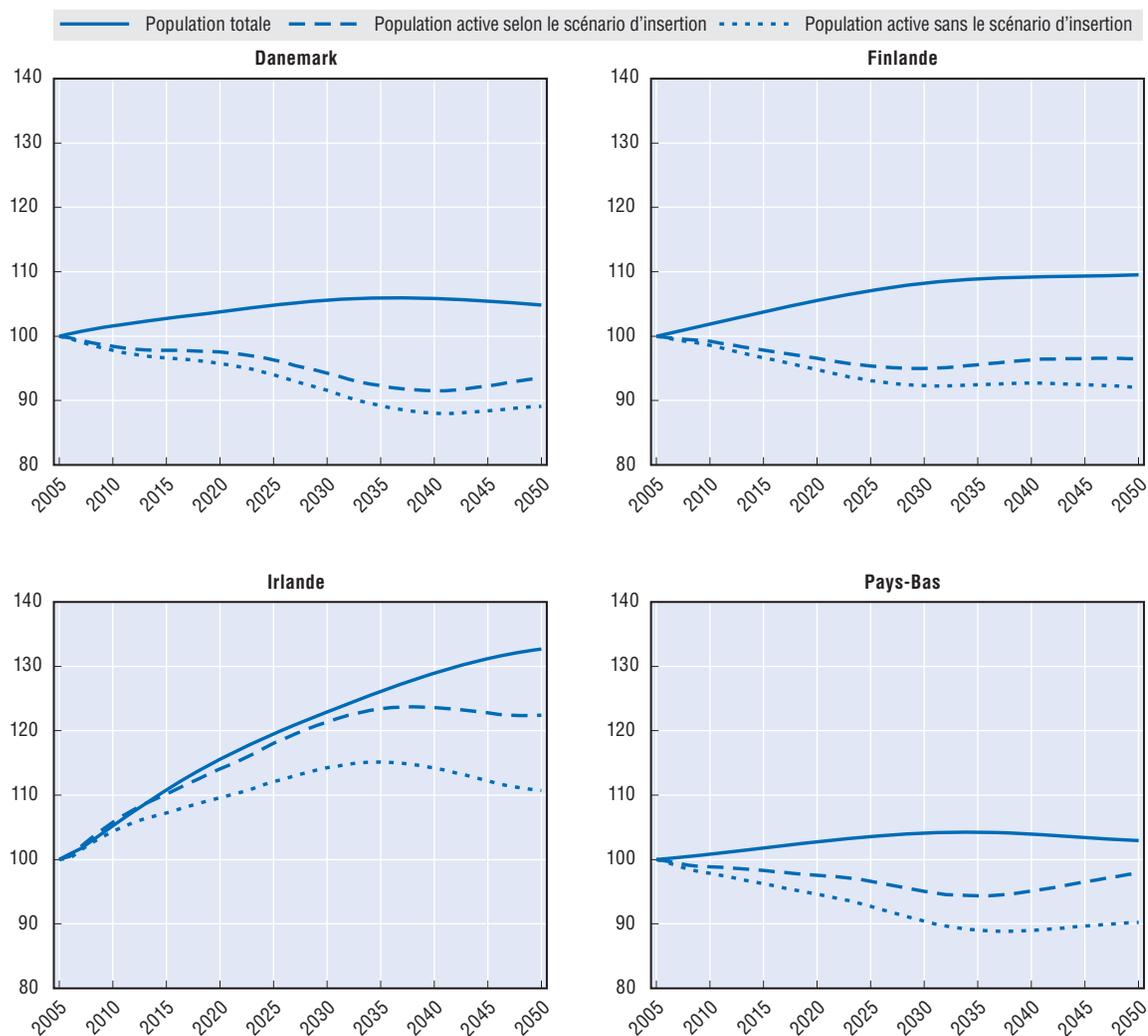
A. Tendances de l'invalidité et de la santé dans la population

Comme on l'a vu plus haut, l'invalidité autodéclarée (« prévalence de l'invalidité ») concerne 14 % (Irlande) et jusqu'à 24 % (Finlande) de la population d'âge actif et, sauf aux Pays-Bas, ces chiffres n'ont pas baissé au cours des dix dernières années. Au Danemark, le taux de prévalence a augmenté de 4 points, tandis que les différences liées au sexe, à l'âge et au niveau d'études se sont réduites. Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité au sein de la population d'âge actif sont plus faibles, se situant entre 6 % (Irlande) et 8.5 % (Pays-Bas) (tableau 1.12).

Les écarts de prévalence de l'invalidité autodéclarée entre hommes et femmes sont relativement faibles (tableau 1.12, partie A.). Cela dit, à la date la plus récente, l'invalidité est légèrement plus fréquente chez les femmes dans les quatre pays. Le différentiel selon l'âge est beaucoup plus marqué, la prévalence augmentant progressivement avec l'âge dans les quatre pays, et atteint 1.5 fois le niveau global entre 50 et 64 ans. Ceci étant, le

Graphique 1.10. L'intégration sur le marché du travail des personnes handicapées aurait des effets importants en Irlande et aux Pays-Bas

Projections de la population et de la population active 2005-50 (2005 = 100), pour la population active selon un scénario purement démographique et un scénario de réforme^a



a) Les courbes en pointillés courts supposent des taux de prévalence de l'invalidité par âge et par sexe constants au niveau de 2005. Les courbes en pointillés larges supposent une baisse annuelle du nombre de bénéficiaires jusqu'en 2050 correspondant aux pourcentages européens moyens de personnes handicapées qui déclarent vouloir travailler, par âge et par sexe.

Source : OCDE (2006), données fournies par les autorités nationales et Base de données de l'OCDE sur la population.

différentiel selon l'âge semble s'être réduit quelque peu au cours des dix dernières années. Le niveau d'études est négativement corrélé avec la prévalence de l'invalidité, et cette relation semble s'être renforcée au fil des ans en Irlande et aux Pays-Bas.

Les taux de bénéficiaires de prestations par âge et par sexe sont différents de ceux de la prévalence de l'invalidité (tableau 1.12, partie B) : premièrement, les taux relatifs de bénéficiaires de prestations des travailleurs plus âgés sont beaucoup plus élevés dans les quatre pays que pour la prévalence de l'invalidité – au moins deux fois le taux global (bien qu'il soit en baisse dans les deux pays nordiques ces dix dernières années). Deuxièmement, les hommes et les femmes se situent aux deux extrêmes dans tous les pays à l'exception du Danemark, les hommes étant plus nombreux que les femmes à

Tableau 1.12. La prévalence de l'invalidité est plus élevée chez les femmes, les travailleurs plus âgés et les personnes peu qualifiées

Tendances de la prévalence de l'invalidité autodéclarée et des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité par sexe, par tranche d'âge et par niveau d'études, diverses années

		Total (20-64)	Sexe		Tranche d'âge			Niveau d'études		
			Homme	Femmes	20-34	35-49	50-64	Inférieur au secondaire	Deuxième cycle du secondaire	Supérieur
Partie A.	Taux de prévalence		Prévalence relative (taux de prévalence global = 100)							
Danemark	1995	16.4	84	115	67	90	159	161	83	71
	2005	20.7	94	106	61	90	144	144	95	70
Finlande	1996	23.4	94	106	50	83	184	152	90	64
	2005	23.6	98	102	55	87	153	142	99	74
Irlande	1995	11.8	97	103	63	91	160	144	67	(45)
	2005	13.6	95	105	48	99	157	166	66	46
Pays-Bas	1995	17.8	92	107	63	95	161	120	101	71
	2006	16.8	91	109	53	92	155	157	88	59
Partie B.	Taux de bénéficiaires		Taux de bénéficiaires relatif (taux de bénéficiaires global = 100)							
Danemark	1995	7.4	83	117	21	75	280	..	..	..
	2005	7.1	90	110	24	78	232	..	..	..
Finlande	1995	10.0	106	94	17	50	322	..	..	..
	2005	8.4	105	95	20	54	249	..	..	..
Irlande ^a	2001	5.2	108	92	49	86	233	..	..	..
	2006	6.0	102	98	46	89	236	..	..	..
Pays-Bas	2000	9.6	114	86	38	83	232	..	..	..
	2006	8.5	109	91	37	73	226	..	..	..

a) La tranche d'âge des 20-34 ans se rapporte aux 16-34 ans.

Source : Partie A : estimations du Secrétariat de l'ECHP (*European Community Household Panel*) pour 1995/96 ; EFT (Danemark, Pays-Bas), et estimations du Secrétariat de l'EU-SILC (Finlande, Irlande) pour 2005/06 ; estimations de l'ECHP fournies par l'ESRI. En raison de différences dans les collectes de données et définitions, les résultats reposant sur l'EU-SILC 2005 ne sont pas strictement comparables à ceux qui s'appuient sur l'ECHP 1995 et 2000. Partie B : Statistics Denmark (Danemark), ETK, Finlande ; DSFA, Irlande ; et MINSZW, Pays-Bas.

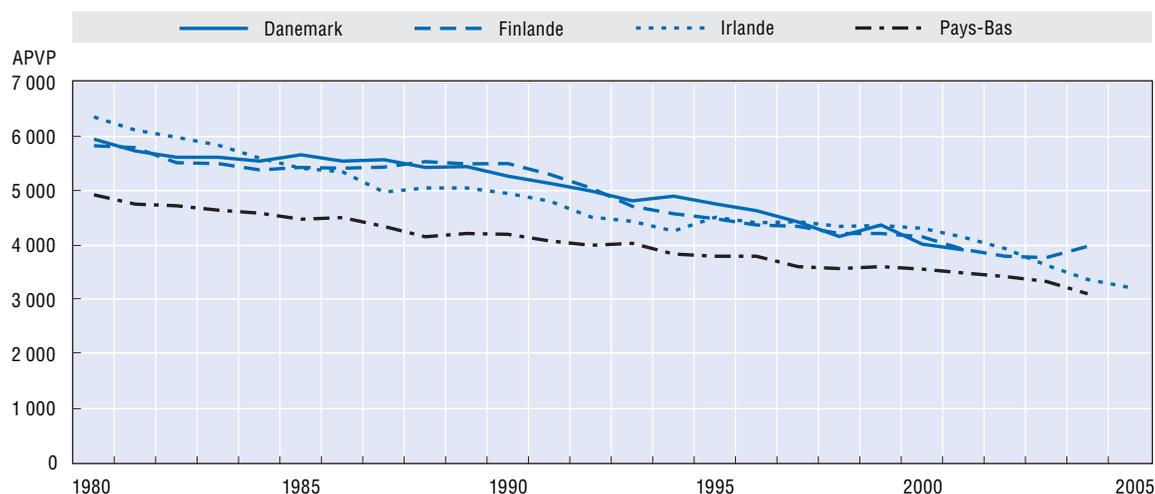
bénéficiaire de prestations d'invalidité. Cela donne à penser que, pour bénéficier de prestations, des facteurs autres que la santé interviennent peut-être.

L'importance et la persistance de ces effectifs de handicapés autodéclarés et de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont à replacer dans le contexte de l'amélioration de l'état de santé « objectif » de la population, dont l'un des indicateurs est le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP), mesure synthétique de la mortalité prématurée qui offre un moyen explicite de pondérer les décès survenant à des âges relativement jeunes et qui sont, a priori, évitables. Dans les quatre pays, cet indicateur a baissé au cours des 25 dernières années. Pendant les années 80, la baisse a été plus prononcée en Irlande (moins 22 %) que dans les autres pays (moins 6-15 %). Depuis 1990, l'indicateur synthétique a baissé de 25 à 30 % dans les quatre pays (graphique 1.11).

Autrement dit, les indicateurs subjectifs de santé ou d'invalidité ne donnent pas du tout la même image que les indicateurs objectifs. Par ailleurs, les variations dans le temps des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité (section 1.3.B) ne sont liées ni aux tendances des indicateurs objectifs ni à celles des indicateurs subjectifs, ce qui donne ici encore à penser qu'elles sont largement influencées par des facteurs autres que la santé.

Graphique 1.11. L'état de santé s'améliore régulièrement dans les quatre pays

Années potentielles de vie perdues (APVP) avant 70 ans, pour 100 000 habitants, 1980-2005^a



a) Le calcul des APVP implique de faire la somme des décès à chaque âge et de le multiplier par le nombre d'années restant à vivre jusqu'à un âge limite donné. La limite de 70 ans a été retenue ici.

Source : Éco-Santé OCDE, décembre 2007.

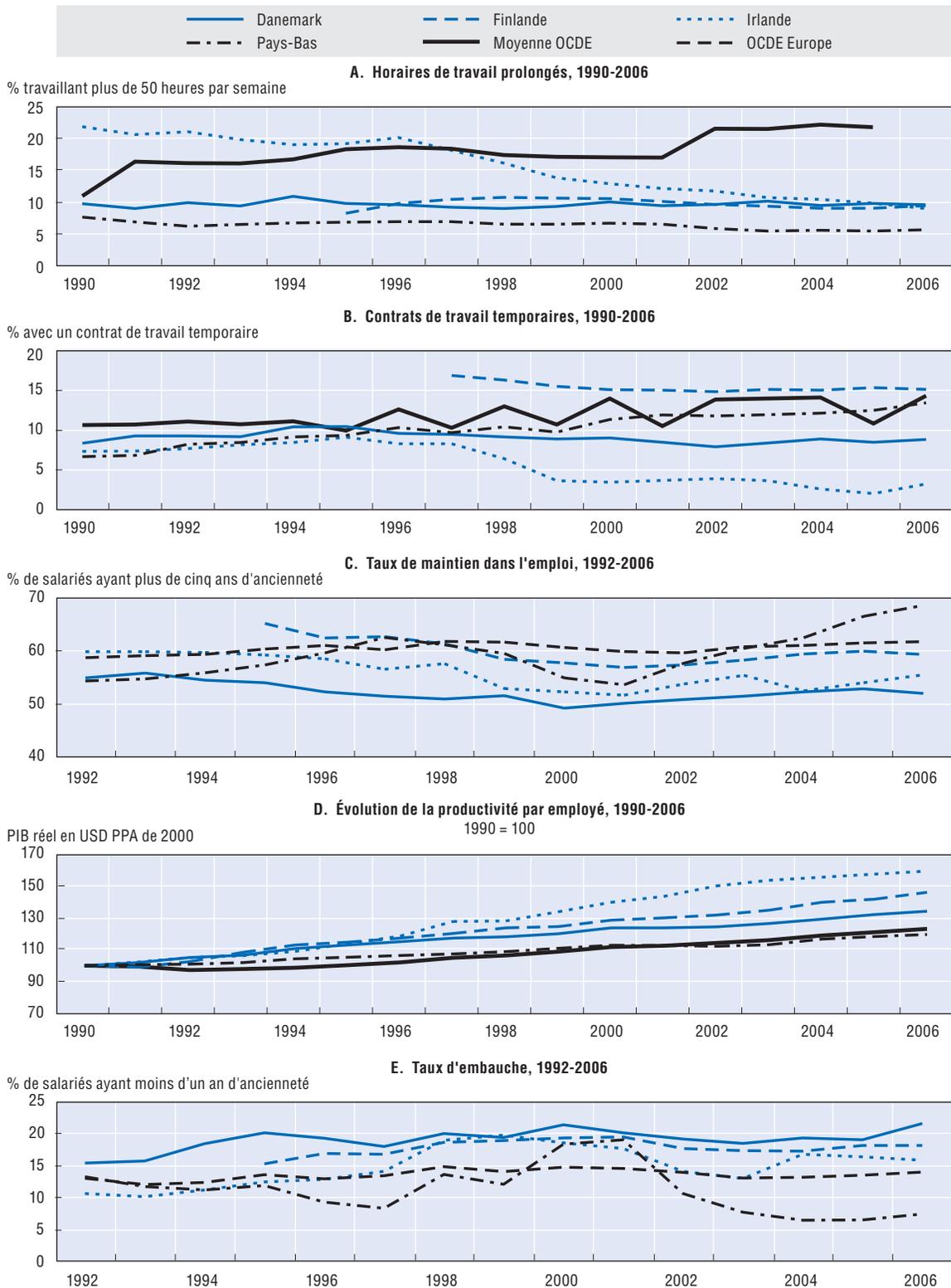
B. Les exigences du marché du travail et la santé

La restructuration actuelle du marché du travail dans les économies postindustrielles en a profondément changé les conditions. Dans un contexte d'augmentation continue de l'efficacité et de la compétitivité, les emplois de base à caractère permanent se font de plus en plus rares, tandis que la charge de travail, les pressions professionnelles et l'insécurité de l'emploi s'accroissent. Ces facteurs peuvent affecter la prévalence de la maladie et de l'invalidité par deux biais : premièrement, les emplois dits « de niche » se raréfient, et avec eux les débouchés professionnels pour les personnes dont la capacité de travail est réduite en raison de problèmes de santé ou d'un handicap. Deuxièmement, l'intensification des pressions au travail et la perte de satisfaction professionnelle peuvent elles-mêmes provoquer des problèmes de santé et déboucher sur l'invalidité. Cependant, il a également été montré que l'inactivité ou le chômage ont un impact négatif sur la santé mentale en particulier (OCDE, 2008d).

L'impact de la restructuration du marché du travail sur les pressions qui s'exercent effectivement sur les salariés est difficile à mesurer, et les indicateurs objectifs dont on dispose ne sont pas concluants (graphique 1.12). La proportion d'employés qui ont des horaires de travail prolongés (qui sont des indicateurs de la charge de travail), par exemple, a relativement peu évolué au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, alors qu'elle a considérablement baissé en Irlande, passant de plus de 20 à moins de 10 %. De plus, leurs niveaux se situent en-dessous de la moyenne de l'OCDE dans les quatre pays. La proportion de contrats de travail temporaire – utilisée comme indicateur des emplois atypiques et de l'insécurité de l'emploi – est elle aussi restée assez stable (et une fois encore elle a baissé en Irlande), comme dans l'ensemble de la zone de l'OCDE. La stabilité de l'emploi, mesurée par les taux de maintien dans l'emploi sur cinq ans, a eu tendance à augmenter légèrement les quatre pays au cours des deux dernières années.

D'autre part, la productivité du travail par employé (qui est un autre indicateur de l'intensité du travail) n'a cessé d'augmenter et les taux de croissance se situent au-dessus de la moyenne de l'OCDE dans trois des quatre pays, en particulier en Irlande. Enfin, les

Graphique 1.12. **S'agissant de l'évolution objective de l'environnement de travail, les données ne sont pas concluantes**



Source : Partie A : Base de données de l'OCDE sur les temps de travail ; partie B : Base de données de l'OCDE sur le travail temporaire ; partie C et E : Base de données de l'OCDE sur l'ancienneté dans l'emploi, partie D : Perspectives économiques de l'OCDE, n° 80.

taux d'embauche ne présentent de tendance continue dans aucun des pays. Plus récemment, ils ont baissé de façon significative aux Pays-Bas, passant de 20 % en 2000 à seulement 7 % en 2004, ce qui est bien inférieur au niveau constaté ailleurs.

Les données comparatives sur les niveaux et les tendances des conditions de travail et exigences ressenties dans les pays de l'Union européenne semblent indiquer que l'intensité a pu en effet augmenter. Le tableau 1.13 présente plusieurs indicateurs des conditions de travail ressenties : exigences cognitives (1.a et 1.b), autonomie (2.a et 2.b), intensité de travail (3.a et 3.b) et satisfaction au travail (4). Ni les exigences du travail, ni l'autonomie sur le lieu de travail n'ont beaucoup augmenté au cours des dix dernières années, à l'exception notable de la complexité des tâches au Danemark où le niveau des exigences était déjà élevé. En revanche, l'intensité de travail a fortement augmenté au Danemark, en Finlande et en Irlande (comme dans l'ensemble de l'Union européenne) mais pas aux Pays-Bas.

Ce constat est important dans la mesure où l'intensité de travail paraît être l'un des facteurs clés du stress dans l'emploi. Les niveaux de stress lié au travail indiqués sont supérieurs à la moyenne de l'UE15 au Danemark, ils sont dans la moyenne en Finlande, et ils sont inférieurs à la moyenne en Irlande et aux Pays-Bas. Les personnes qui travaillent dans des conditions où l'intensité de travail est élevée font état de niveaux de stress qui sont presque le double de ceux des personnes qui ne sont pas obligées de travailler sur des tâches complexes, à grande cadence ou de respecter des délais serrés (tableau 1.14). Le seul autre élément qui apparaît comme aussi important, voire plus, pour le niveau perçu de stress professionnel est la satisfaction au travail : dans l'ensemble de l'Union européenne, un travailleur sur deux qui n'est pas satisfait des conditions de travail dans son emploi principal fait état de stress au travail, les résultats pour les quatre pays allant de 40 % en Irlande à 68 % au Danemark¹⁵. Ce constat est important au vu de la réduction de la part de travailleurs qui se disent satisfaits de leur emploi dans deux pays (Finlande, Irlande).

Tableau 1.13. Les niveaux de l'intensité de travail ressentie augmentent dans la plupart des pays européens

Pourcentage de travailleurs déclarant des conditions de travail particulières en 2005 et évolution depuis 1995^a

	Danemark		Finlande		Irlande		Pays-Bas		UE15	
	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance
1.a. L'emploi principal comporte des tâches complexes	76	+++	72	=	55	=	63	+	60	=
1.b. L'emploi principal implique d'apprendre des choses nouvelles	89	=	90	=	76	+	83	=	74	=
2.a. Possibilité de choisir/changer l'ordre des tâches	86	=	81	=	72	+	79	=	69	=
2.b. Possibilité de choisir/changer le rythme de travail	75	-	75	=	75	=	75	-	71	=
3.a. L'emploi demande de travailler très rapidement	34	+++	36	+++	15	+	19	=	26	+++
3.b. L'emploi implique de respecter des délais stricts	35	+++	36	+++	28	+++	25	-	28	+++
4. Satisfait des conditions de travail	93	=	85	-	87	-	88	=	84	=

a) Les niveaux se rapportent à 2005. Les tendances se rapportent aux variations des pourcentages observées entre 1995 et 2005. «+++» indique une augmentation de plus de 20 % ; «+» une augmentation située entre 5 et 20 % ; «=» une variation située entre -5 et +5 % ; «-» une diminution de plus de 5 % ; «--» une diminution de plus de 20 %.

Source : Calculs du Secrétariat 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.

Tableau 1.14. Le stress au travail augmente avec une intensité du travail accrue et une satisfaction au travail inférieure

Proportion de répondants déclarant un stress au travail, selon les conditions de travail, 2005^a

	Danemark	Finlande	Irlande	Pays-Bas	UE15
En général	29	25	18	18	25
Selon que l'emploi principal comporte des tâches complexes					
Oui	32	27	23	21	29
Non	18	15	12	12	19
Selon que l'emploi principal implique d'apprendre des choses nouvelles					
Oui	29	24	20	18	26
Non	20	25	10	15	21
Selon la possibilité de choisir/changer l'ordre des tâches					
Oui	29	23	18	17	24
Non	28	31	16	22	27
Selon la possibilité de choisir/changer le rythme de travail					
Oui	27	21	18	16	24
Non	35	33	17	23	28
Selon que l'emploi demande de travailler très rapidement					
Oui	39	32	27	29	36
Non	23	20	16	15	21
Selon que l'emploi implique de respecter des délais stricts					
Oui	34	34	29	27	37
Non	26	19	13	15	20
Selon que le répondant est satisfait de ses conditions de travail					
Oui	25	20	14	12	20
Non	68	48	40	56	51

a) Les cas « ne sait pas/ne répond pas » ne sont pas pris en compte dans les calculs.

Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE basés sur la quatrième Enquête européenne (2005) sur les conditions de travail menée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

En bref, les données objectives dont on dispose sur l'évolution des exigences du marché du travail ne sont pas tout à fait concluantes. En effet, les changements ne sont pas suffisamment marqués pour les tendances de la maladie et de l'invalidité, et ils ne vont d'ailleurs pas toujours dans le même sens. Les données subjectives font penser que l'intensité de travail a augmenté dans la période récente et qu'il y a corrélation avec le stress au travail. Les responsables politiques sont face à un cercle vicieux : les exigences accrues du marché du travail semblent augmenter la pression et l'intensité de travail, ce qui peut entraîner problèmes de santé, absences maladie, invalidité et, à terme, retrait du marché du travail. Or, une fois qu'il a quitté le marché du travail, l'individu est confronté à de nouveaux problèmes de santé, précisément parce qu'il n'a pas d'emploi. Les pouvoirs publics se doivent de mettre un terme à ce cercle vicieux.

1.7. Conclusion

De tout ce qui précède dans ce chapitre, on retiendra les faits suivants :

A. Situation économique et professionnelle des personnes handicapées

- Alors que les indicateurs macroéconomiques sont favorables et que les niveaux d'emploi global sont élevés et en hausse dans les quatre pays examinés, la situation de l'emploi des personnes handicapées est décevante, en particulier en Irlande où environ un tiers

seulement de ces personnes ont un emploi, contre près de la moitié aux Pays-Bas et un peu plus de la moitié dans les deux pays nordiques.

- Les taux d'emploi des personnes handicapées ont augmenté ces dernières années plus vite que ceux de l'ensemble de la population d'âge actif au Danemark et en Finlande uniquement. Le chômage est plus élevé parmi les personnes handicapées et il a augmenté en Irlande et aux Pays-Bas.
- Depuis cinq ans, les prestations d'invalidité ont en moyenne augmenté plus vite que le salaire moyen au Danemark et en Irlande, mais moins vite en Finlande et elles ont même baissé en termes réels aux Pays-Bas. En 2006, les prestations moyennes ont représenté entre environ 40 % du salaire net moyen en Irlande et près de 70 % au Danemark.
- Si l'on tient compte de toutes les sources de revenu – emploi, transferts sociaux et revenu des autres membres du ménage –, les niveaux moyens équivalents de revenu des personnes handicapées représentent environ 70 % de ceux des personnes valides en Irlande, mais près de 90 % au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas.
- Les taux de pauvreté monétaire des personnes handicapées sont les plus faibles aux Pays-Bas, relativement modestes au Danemark et en Finlande et très élevés en Irlande. De plus, les risques de pauvreté ont augmenté dans tous les pays à l'exception des Pays-Bas.
- L'emploi est le facteur le plus important permettant de réduire les risques de pauvreté chez les personnes handicapées sous la moyenne de la population d'âge actif dans son ensemble. En revanche, le chômage – beaucoup plus que l'inactivité – multiplie ces risques.

B. Coûts de l'invalidité

- En 2005, les dépenses de prestations d'invalidité ont représenté 0.7 % du PIB en Irlande, un peu moins de 2 % au Danemark et en Finlande et 2.4 % aux Pays-Bas (qui ont enregistré une baisse importante de cette part au cours des dix dernières années), par comparaison avec une part de dépenses de situant autour de 1.2 % en moyenne dans l'OCDE.
- Si l'on y ajoute les dépenses d'indemnisation de la maladie et des accidents du travail et les services correspondants, la dépense publique totale relative aux régimes liés à une incapacité atteint 1.5 % du PIB en Irlande et environ 4 % dans les trois autres pays (moyenne de l'OCDE de 2.5 %), ce qui fait que ces dépenses sont aussi élevées que les dépenses liées au chômage au Danemark, en Finlande et en Irlande mais beaucoup plus élevées que cela aux Pays-Bas.
- Le taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans la population d'âge actif est d'environ 6 % en Irlande, 7 % au Danemark et 8-9 % en Finlande et aux Pays-Bas – des niveaux qui dépassent la moyenne de l'OCDE de la fin des années 90 (5-6 %).
- Depuis 2001, les taux de bénéficiaires augmentent en Irlande, baissent aux Pays-Bas et sont restés stables dans les deux pays nordiques. Dans les quatre pays, les variations de ces taux depuis dix ans ont été plus importantes pour les tranches d'âge les plus âgées.
- Une personne bénéficiaire de prestations d'invalidité sur trois environ ne se considère pas comme ayant une incapacité au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, comparé à une personne sur deux en Irlande. En revanche, environ 70 % des personnes qui se considèrent handicapées ne perçoivent pas de prestations d'invalidité dans ces pays, et 50 % seulement en Irlande.

- La proportion des personnes exclues socialement qui ne perçoivent aucun revenu de prestations publiques ou d'un emploi est de 8 % de l'ensemble des handicapés autodéclarés aux Pays-Bas, 4-5 % au Danemark et en Irlande et seulement 1 % en Finlande. Ces chiffres sont faibles par rapport aux autres pays.

C. L'impact des facteurs exogènes

- Au cours des dernières années, l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité en Irlande et aux Pays-Bas a été fortement influencée par le vieillissement démographique, expliquant la moitié de l'augmentation depuis 2001 en Irlande et entre 1999 et 2002 aux Pays-Bas. Au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, en dépit de pressions démographiques, les effectifs de bénéficiaires ont baissé depuis 2002.
- Si l'on suppose constants les taux de prévalence et de bénéficiaires par âge et par sexe, les projections démographiques sur les 40 ans qui viennent donnent à penser que la pression démographique sur les politiques de l'invalidité va être beaucoup plus forte en Irlande que dans les trois autres pays.
- Si 42 % des inactifs handicapés étaient intégrés dans l'emploi dans les 45 ans qui viennent (c'est-à-dire deux fois le pourcentage des personnes qui disent souhaiter travailler), cela réduirait l'écart entre la population active projetée et la croissance de la population totale de quelque 30 % seulement au Danemark et en Finlande, mais de plus de la moitié en Irlande et aux Pays-Bas.
- Le durcissement des exigences du marché du travail peut contribuer à accroître le phénomène de l'invalidité. Mais l'importance de ce facteur dans l'augmentation des taux de bénéficiaires des régimes d'invalidité apparaît variable. Depuis dix ans, l'intensité de travail perçue, déterminant clé du stress ressenti, a sensiblement augmenté au Danemark, en Finlande et en Irlande, mais moins aux Pays-Bas. Dans tous ces pays, les personnes qui travaillent dans des conditions où l'intensité de travail est élevée font état de niveaux de stress supérieurs à la moyenne.

Notes

1. Ces estimations reposent sur les données de l'EU-SILC 2005. Des estimations s'appuyant sur d'autres sources de données donnent des indications quelque peu différentes. Les résultats de l'enquête nationale trimestrielle auprès des ménages indiquent des niveaux d'emploi supérieurs chez les personnes handicapées en Irlande, à savoir de l'ordre de 37 % à 40 % entre 2002 et 2004. Ces niveaux restent, cependant, bien inférieurs à ceux des trois autres pays. De plus, les deux sources de données indiquent une tendance à la baisse au début des années 2000. En revanche, les résultats des recensements de 2002 et 2006 indiquent des niveaux d'emploi inférieurs, de l'ordre de 28 % à 30 % avec toutefois une légère hausse ces dernières années. Ces décalages dans les conclusions sont principalement expliqués par les définitions quelque peu différentes utilisées dans les différentes enquêtes.
2. Les niveaux d'emploi supérieurs des personnes handicapées au Danemark et en Finlande reflètent en partie les taux bien supérieurs de prévalence de l'invalidité autodéclarée dans ces deux pays (voir également la section 1.4).
3. En Irlande, le rapport serait de 0.55 suivant des estimations de QNHS 2004, et de 0.40 suivant le recensement de 2006.
4. D'une façon générale, la hausse du taux de chômage des personnes handicapées est un indicateur de l'accroissement de leur désavantage sur le marché du travail. Cependant, elle peut aussi indiquer qu'un plus grand nombre de personnes handicapées inactives deviennent économiquement actives en recherchant du travail.

5. C'est-à-dire le revenu du ménage par personne handicapée, où le revenu est ajusté en fonction de la taille du ménage avec une élasticité d'équivalence de 0.5. Autrement dit, le revenu total du ménage est divisé par la racine carrée de sa taille, ce qui implique par exemple que le revenu d'un ménage de quatre personnes est considéré comme « équivalent » à celui de deux ménages d'une seule personne.
6. Il faut souligner que les notions traditionnelles de revenu telles que celle utilisée ici ne tiennent pas compte des coûts supplémentaires spécifiques qui découlent du handicap, notamment en matière de transport ou d'équipements spéciaux. On ne dispose de données empiriques sur ces surcoûts que pour le Royaume-Uni. Ainsi, selon Jones et O'Donnell (1995), le handicap physique a un effet important sur les dépenses de combustible du ménage (plus 64 %) et de transport (plus 45 %). Plus récemment, Zaidi et Burchardt (2005) constatent que le handicap génère une augmentation importante du coût de la vie, surtout pour les personnes handicapées qui vivent seules, et que ces surcoûts augmentent avec la gravité du handicap.
7. En ce qui concerne les Pays-Bas, les données reposant sur l'enquête sur les forces de travail et qui utilisent une définition différente de l'invalidité (« incapacité de travail ») et la définition de l'unité (ménages comptant des personnes handicapées au lieu des personnes handicapées) indiquent des pourcentages bien plus élevés de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu et, de la même façon, des taux de pauvreté relative bien plus élevés.
8. Le seuil de 50 % du revenu médian est souvent utilisé dans les études de l'OCDE et les autres comparaisons internationales pour mesurer la pauvreté monétaire relative. Le seuil de 60 % est utilisé par l'Union européenne pour mesurer le « risque de pauvreté ».
9. Il est à noter que l'autre source de données pour les Pays-Bas (EFT, 2004) suggère une pauvreté considérablement supérieure à ce seuil, soit 14 %.
10. En ce qui concerne le Danemark, les informations reposent sur la base de données du SFI qui indique des chiffres de pauvreté relative supérieurs à ce qu'indique par ailleurs le Danemark (OCDE, 2008b par exemple). La proportion calculée de personnes handicapées se situant en dessous de 50 % du revenu médian pourrait donc également être surestimée.
11. Les Pays-Bas sont le seul pays de l'OCDE à ne pas disposer d'un système spécial pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cela explique en partie le niveau supérieur des dépenses consacrées aux prestations d'invalidité.
12. La relation s'orienterait encore plus vers des dépenses liées à l'incapacité supérieures si des dépenses privées en prestations de maladie étaient également incluses.
13. Il est à noter que la valeur pour l'Irlande est probablement surestimée du fait de l'utilisation de l'ancienne définition du salaire moyen (APW, average production worker) qui a tendance à indiquer des estimations de salaires moyens inférieures à celles de la nouvelle définition (voir OCDE, 2008c).
14. Les hypothèses démographiques de long terme sont les suivantes : taux de fécondité totaux (nombre d'enfants par femme) : Danemark 1.9 (actuellement 1.84), Irlande 1.85 (actuellement 1.97), Pays-Bas 1.75 (1.71). Espérance de vie des femmes à la naissance (en années): Danemark 86 (actuellement 79.84), Finlande 89.66 (82.83), Irlande 87 (80.7), Pays-Bas 84.19 (81.6). Immigration nette (par an) : Danemark 2 000 (actuellement 5 800), Finlande 10 000, Irlande 12 400 (16 360), Pays-Bas 23 990 (27 428).
15. Les études nationales semblent indiquer des niveaux élevés de stress mais ne sont pas concluantes sur le plan des tendances. Au Danemark, une étude réalisée en novembre 2006 par la confédération danoise des syndicats révèle que 43 % des employés du secteur public et 30 % des employés du secteur privé se sentent plus stressés au travail aujourd'hui qu'il y a un an. Dans le même temps, une étude réalisée par le *National Research Centre for the Working Environment* indique que le stress lié au travail a en réalité baissé au cours des cinq dernières années en dépit de la plus grande sensibilisation au stress lié au travail et à ses effets sur chaque employé (EIROline, janvier 2007). Dans une enquête réalisée en Finlande en 2003, le temps compté a été signalé assez ou très souvent par 43 % de l'ensemble des employés, et la charge de travail psychologique a été signalée comme étant une source de stress assez ou très importante par 35 % d'entre eux (Räisänen et Honkonen, 2005).

Bibliographie

- EWCO (2007), « Social Partners Work on Initiatives to Reduce Work-related Stress », European Working Conditions Observatory, www.eurofound.europa.eu/eiro/2006/12/articles/dk0612019i.htm.
- Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2007), *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*, Dublin.
- Jones, A. et O. O'Donnell (1995), « Equivalence Scales and the Costs of Disability », *Journal of Public Economics*, vol. 56, pp. 273-289.
- OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité : promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006b), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – vol. 1 : Norvège, Pologne, Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Perspectives des migrations internationales*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – vol. 2 : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni*, OCDE, Paris.
- OCDE (2008a), *Perspectives économiques de l'OCDE*, n° 83, OCDE, Paris, juin.
- OCDE (2008b), *Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2008c), *Les impôts sur les salaires 2006-2007*, OCDE, Paris.
- OCDE (2008d), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Paris.
- Räisänen, K. et T. Honkonen (2005), « The Prevention and Management of Work-related Stress: A Challenge for Occupational Health Professionals », *Työterveiset Newsletter 2/2005*, Helsinki.
- Zaidi, A. et T. Burchardt (2005), « Comparing Incomes when Needs Differ », *Review of Income and Wealth*, vol. 51-1, pp. 89-114.

Chapitre 2

Évaluation des réformes récentes et en cours

L'ampleur de la refonte des politiques concernant la maladie et l'invalidité dans les quatre pays au cours des 15 dernières années est très variable. L'Irlande fait partie des pays de l'OCDE où les changements ont été les moins importants, en grande partie parce que les problèmes dans ce domaine ne sont devenus apparents qu'assez récemment. Auparavant, les Pays-Bas se distinguaient des autres pays de l'OCDE par la facilité avec laquelle ils distribuaient les prestations d'invalidité ; à l'heure actuelle, ils s'illustrent en tant que réformateur le plus radical de l'OCDE. La Finlande et le Danemark font également partie des pays qui ont entrepris de grandes réformes.

Ce qui différencie le plus les politiques, c'est la place qu'elles donnent aux employeurs en tant que composante de la solution. Aux Pays-Bas, les responsabilités de l'employeur et les incitations proposées ont été très fortement accrues au cours des dix dernières années tandis que le but de la politique danoise a été d'orienter le changement en offrant de meilleures incitations aux autorités publiques, en particulier les municipalités. Les réformes finlandaises se sont efforcées de mettre en œuvre une approche équilibrée, les plans de réforme irlandais quant à eux semblant favoriser une intervention importante des pouvoirs publics.

L'ampleur de la réforme des politiques de la maladie et de l'invalidité au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas au cours des dix dernières années a été très variable, mais l'orientation du changement – vers un système de soutiens plus actif – a été la même. Dans les quatre pays, une meilleure coopération interorganismes et interadministrations, un meilleur suivi des absences pour maladie et une meilleure identification des capacités de travail résiduelles figurent parmi les priorités du programme d'action. Ce en quoi ils divergent, c'est le degré de participation des employeurs. On trouvera dans le présent chapitre une synthèse et une évaluation des principaux aspects des réformes récentes et en cours et de leur impact. Avant cela, l'encadré 2.1 donne un aperçu des régimes maladie et invalidité des pays étudiés.

Encadré 2.1. **Structure des régimes maladie et invalidité dans les quatre pays : vue d'ensemble**

Les régimes de prestations des quatre pays diffèrent à bien des égards de par leurs traditions de protection sociale. Leurs caractéristiques essentielles sont les suivantes :

Régimes invalidité

Au Danemark et en Irlande, les prestations d'invalidité sont des versements forfaitaires, le versement moyen correspondant à environ 40 % du salaire net en Irlande et à près de 70 % au Danemark. La structure des deux systèmes est extrêmement différente. Le Danemark n'a qu'une seule prestation d'invalidité financée par les impôts, qui est soumise à critère de résidence ; la prestation à taux plein qui correspond à plus de 90 % du salaire moyen pour une personne seule est versée aux personnes qui résident dans le pays depuis 40 ans. Pour pouvoir prétendre à une prestation, il faut également que la personne soit dans l'incapacité d'occuper un emploi subventionné, ce que permet de déterminer un profil de ressources fondé sur la santé mais aussi bien d'autres variables. La modulation des prestations en fonction du degré de capacité qui existait auparavant a été supprimée en 2003, mais les versements peuvent généreusement s'ajouter aux salaires.

L'Irlande, en revanche, dispose d'un éventail de prestations d'invalidité reposant en partie sur des contributions et en partie soumises à conditions de ressources et financées par les impôts. Les trois principales prestations sont la pension d'invalidité (*Invalidity Pension*) contributive, destinée à ceux qui sont dans l'incapacité permanente de travailler ; l'allocation d'invalidité (*Disability Allowance*) soumise à conditions de ressources destinée à ceux qui n'ont pas cotisé et qui souffrent d'un handicap qui les gêne pour exercer un travail raisonnable ; et la prestation de maladie (*Illness Benefit*) contributive, versée en cas d'incapacité temporaire de travail (aucune limite de temps ne correspondant à ce qui est considéré comme « temporaire ») ; dans le présent rapport, toutes les prestations de maladie versées pendant plus de deux ans sont considérées comme des prestations d'invalidité). Pour pouvoir prétendre à une pension d'invalidité ou à une prestation de maladie de longue durée, il faut avoir cotisé pendant 260 semaines au régime de sécurité sociale (520 semaines à compter de 2012). Si les procédures d'évaluation diffèrent, les taux des versements sont quasiment les mêmes pour les trois prestations et incluent des

Encadré 2.1. **Structure des régimes maladie et invalidité dans les quatre pays : vue d'ensemble** (suite)

compléments pour les personnes dépendantes. Comme au Danemark, il n'existe pas de prestation partielle mais différentes déductions de salaires et des taux de dégressivité pour les bénéficiaires.

Les régimes d'assurance invalidité de la Finlande et des Pays-Bas comportent tous deux des composantes liées aux gains antérieurs. Le système finlandais se compose d'une partie légale liée aux gains antérieurs qui est gérée par des caisses de retraite privées agréées, et d'une partie forfaitaire, soumise à critère de résidence, financée par les impôts et gérée au niveau national. Cette dernière est versée à taux plein aux personnes qui ont passé 80 % de leur vie d'adulte dans le pays (il faut résider dans le pays au minimum depuis trois ans) mais elle est retirée à ceux qui peuvent prétendre à des versements plus élevés au titre du système lié aux gains antérieurs. Les droits découlant de ce dernier sont proportionnels aux cotisations versées, et correspondent à quelque 60 % du salaire au bout de 40 années d'assurance ; aucune affiliation minimum n'est exigée et aucun seuil supérieur de prestation n'est fixé. Dans la pratique, 20 % de l'ensemble des bénéficiaires perçoivent uniquement un versement forfaitaire (en raison de cotisations insuffisantes), tandis que sur les 80 % restants environ la moitié perçoit uniquement un versement lié aux gains antérieurs. Le droit au bénéfice des deux parties du régime est évalué en parallèle à l'aide de critères légèrement différents. Le système lié aux gains antérieurs offre une prestation à taux plein en cas de perte de capacité de gain d'au moins 60 % et une prestation partielle pour une perte de 40 % à 59 %.

Le régime néerlandais comporte également deux circuits différents. Les personnes présentant une perte de capacité de gain totale (au moins 80 %) et permanente ont droit à une prestation permanente (IVA) qui correspond à 70 % du dernier salaire. Les personnes présentant une perte de capacité de gain partielle ou temporaire ont droit à une prestation de départ liée au salaire (WGA) pour une période de 3 à 38 mois, en fonction de leur âge. Après cette période initiale, les demandeurs ont droit soit à une prestation consécutive qui correspond à 70 % du salaire minimum légal multiplié par le pourcentage d'incapacité, ou – s'ils utilisent au moins 50 % de leur capacité résiduelle – à un complément de salaire qui correspond à 70 % de la différence entre le salaire antérieur et la capacité résiduelle évaluée (mais pas moins que la prestation consécutive à laquelle ils pourraient prétendre). Les prestations sont versées indépendamment des cotisations, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de période minimum d'affiliation au régime. De plus, les Pays-Bas ont une prestation d'invalidité forfaitaire et financée par les impôts (Wajong) pour les personnes dont le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans. Cette prestation est non contributive, ses critères d'attribution sont légèrement différents et elle est versée à taux plein ou à taux partiel ; la perte de capacité minimum requise est de 25 % et la prestation Wajong maximum (qui est versée au titre d'une incapacité totale d'au moins 80 %) représente 70 % du salaire minimum légal des jeunes.

Une caractéristique propre au système néerlandais est que la prestation d'invalidité couvre toutes les pertes de capacité de gain, quelle que soit la cause du problème ; partant, les pertes découlant d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont couvertes par le même régime. La situation est différente dans les trois autres pays étudiés et en réalité dans tous les autres pays de l'OCDE, qui sont dotés de systèmes spéciaux offrant une protection en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces systèmes ne sont toutefois pas traités dans le présent rapport. Par conséquent, les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont légèrement surestimés lorsqu'on les compare à ceux de tous les autres pays.

Encadré 2.1. Structure des régimes maladie et invalidité dans les quatre pays : vue d'ensemble (suite)

Régimes maladie

Le Danemark a un régime maladie financé par les impôts qui couvre l'ensemble de la population active, les critères d'admissibilité étant mineurs. Les versements sont liés aux gains antérieurs mais avec un seuil maximum très bas qui correspond à environ 55 % du salaire moyen. Les indemnités sont versées pendant une période pouvant aller jusqu'à un an sur une durée de 18 mois consécutifs, et peuvent parfois être prolongées de six mois. Pendant les 21 premiers jours, les indemnités maladie sont versées par l'employeur, puis la municipalité prend le relais. *De facto*, via des conventions collectives, la plupart des employés perçoivent un versement correspondant à 100 % de leur salaire pendant une période considérable, généralement pendant plusieurs semaines pour les travailleurs manuels et souvent pendant toute la période (c'est-à-dire jusqu'à un an) pour les employés. Il est possible de toucher une indemnité partielle de maladie.

En Irlande, la prestation de maladie (*Illness Benefit*) est un régime obligatoire de protection sociale qui prévoit des versements forfaitaires et des compléments pour les personnes dépendantes. Elle peut être versée pendant une durée pouvant aller jusqu'à un an à condition que la personne ait cotisé pendant 52 semaines depuis qu'elle a commencé à travailler ou 39 semaines au cours de l'année précédent la demande (les exigences relatives à une demande de prestation de longue durée sont décrites plus haut). Même si l'Irlande ne prévoit pas de période obligatoire à la charge de l'employeur, la plupart des travailleurs percevront également leur salaire à taux plein pendant une durée de quatre à 26 semaines. Il n'existe pas d'indemnité partielle de maladie.

Sur le même modèle que le régime invalidité, la Finlande est dotée d'un régime d'assurance maladie universel obligatoire pour l'ensemble des résidents. Les versements sont liés aux gains antérieurs, et représentent environ 70 % du salaire antérieur pour la plupart des travailleurs (mais avec une formule assez progressive). Les prestations sont versées pendant une durée d'un an sur une période de deux ans. Il existe une période légale de neuf jours pendant laquelle l'employeur est tenu de verser le salaire, mais la plupart des conventions collectives portent cette période à un à deux mois. Une indemnité partielle de maladie de 50 % peut être versée après 60 jours de prestation à taux plein.

Aux Pays-Bas, le régime maladie a été privatisé au cours des 15 dernières années. Aujourd'hui, les employeurs sont tenus de verser des indemnités maladie à leurs employés pendant une période pouvant aller jusqu'à deux ans (il n'y a pas de période minimum pour en bénéficier). La réassurance auprès d'un assureur privé est possible et très courante, en particulier dans le cas des petites entreprises. Le niveau légal des prestations est de 70 % du salaire des deux années précédentes, souvent complétés via certains accords (et le versement du salaire à taux plein est la norme pendant la première année). Il n'existe pas d'indemnités partielles de maladie. Outre le régime de l'employeur, l'ancien régime maladie (qui prévoyait le même niveau de prestations de 70 %) continue d'exister en tant que « filet de protection » pour les employés qui n'ont pas ou plus d'employeur.

On trouvera dans l'annexe au chapitre 5 (tableau 5.A1.1) des détails sur les régimes de prestations et d'imposition des différents pays.

2.1. Danemark : renforcer les responsabilités des municipalités

Il y a dix ans, le Danemark se distinguait des autres pays par un système qui prônait fermement la réinsertion des personnes handicapées. Depuis, loin de se reposer sur ses lauriers, il a été encore plus loin en quête d'un système qui fonctionne, aux deux sens du

terme. Les effets sur le plan de l'intégration sur le marché du travail et de la réduction de la dépendance à l'égard des prestations sont, toutefois, généralement assez décevants. Le système comporte encore des échappatoires et la mise en œuvre de la politique n'est pas à la hauteur des intentions. Ce qui a caractérisé la quasi-totalité des réformes de ces 15 dernières années, c'est le renforcement accru du rôle des municipalités et des incitations à mettre en œuvre la politique prévue qui leur sont offertes. C'est important au vu du rôle essentiel que les municipalités jouent dans ce pays dans le système social dans son ensemble, y compris en ce qui concerne l'octroi de prestations que les services sociaux et de l'emploi.

A. Évaluation de la capacité à travailler, et non de la perte de capacité

Avant 2003, le Danemark était doté d'un régime de prestations d'invalidité très complexe qui comportait plusieurs composantes différentes, en fonction du degré de handicap, de la situation de famille et de l'âge. Les versements étaient forfaitaires et relativement élevés pour ceux dont le salaire était inférieur à la moyenne. L'étendue et la complexité du régime de prestations d'invalidité contribuait, supposait-on, à son utilisation à grande échelle. La simplification de ce système a été l'un des principaux objectifs d'une vaste réforme mise en œuvre en 2003 mais qui avait déjà été approuvée par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à la fin de l'année 2000.

En bref, les niveaux des prestations ont été uniformisés pour l'ensemble des bénéficiaires et rapprochés des taux des autres prestations sociales. Le nouveau système offre un seul taux de prestation, qui représente environ la moitié du salaire brut moyen, ce qui correspond à un taux de remplacement net de 70 % pour des revenus moyens. Cela équivaut au taux le plus élevé de la prestation de chômage classique. Plus important peut-être, la prestation partielle pour invalidité partielle a été purement et simplement supprimée, parce que la modulation des versements rendait les gens « le plus malades possible ».

L'autre objectif central de la réforme était de modifier le critère d'évaluation, pour ne plus évaluer la perte de capacité professionnelle mais bien la capacité de travail, en vérifiant ce qu'une personne est capable de faire, et non ce qu'elle ne peut pas faire. Plus précisément, ce que l'on évalue désormais, c'est la capacité d'une personne à se prendre en charge avec un travail normal ou un emploi flexible (chapitre 3). Dans le cadre de cette évaluation, un « profil de ressources » complet est établi pour identifier le potentiel des individus. Si une personne n'est pas capable d'occuper un emploi flexible, une prestation d'invalidité lui sera accordée. Autrement, le travailleur social devra lui trouver un emploi flexible (généreusement subventionné)¹. Tant qu'elle n'aura pas obtenu un tel emploi, la personne a droit à ce que l'on appelle une *indemnité d'attente*, qui est versée sans limite de temps et dont le niveau correspond à celui d'une prestation d'invalidité.

Pour résumer, l'objectif de la réforme était de faire un meilleur usage des capacités de travail résiduelles des travailleurs. Les tendances après 2003 laissent penser que la réforme n'a qu'en partie porté ses fruits. Il n'est pas surprenant que le nombre de personne occupant un emploi flexible subventionné ait augmenté rapidement. Le nombre de personne ayant droit à un emploi flexible mais qui ne sont pas en mesure d'en trouver un a toutefois connu une hausse rapide, ce qui a entraîné une augmentation régulière du nombre de personnes bénéficiant d'une indemnité d'attente. De plus, les bénéficiaires semblent rester dans ce régime de prestation pour des périodes de plus en plus longues. Dans le même temps, le nombre de personnes pouvant prétendre à une prestation

d'invalidité n'a pas baissé. Globalement, il en est résulté une hausse du taux de chômage des personnes qui ont des problèmes de santé, mais aussi une hausse du nombre de personnes bénéficiant de prestations de longue durée liées à la santé.

Ce résultat n'est qu'en partie surprenant. Avec des subventions permanentes s'élevant à 50 % ou 67 % du salaire d'un plein-temps correspondant, les emplois flexibles sont très intéressants pour les travailleurs et les employeurs qui cherchent à transformer un emploi à temps plein en emploi à plein partiel. Mais les emplois flexibles sont également intéressants pour les municipalités, qui assurent le traitement de toutes les demandes de prestations sociales, parce que l'État rembourse les frais encourus par les municipalités suivant différents taux : à 65 % pour un emploi flexible actif contre 35 % pour une prestation d'invalidité passive. L'évaluation des trois premières années du nouveau système a permis de constater que les résultats décevants s'expliquent essentiellement par la pratique administrative des municipalités. Dans la majorité des cas, les preuves de l'admissibilité aux emplois flexibles ne sont pas suffisantes. Il semble que souvent les « mauvaises » personnes sont transférées dans un emploi flexible, à savoir des personnes qui présentent des capacités suffisantes pour occuper un emploi normal, tandis que celles qui ont besoin d'un emploi flexible sont cantonnées dans des prestations d'attente.

Cette évaluation a donné lieu en 2006 à une nouvelle modification du système. Désormais, les municipalités n'obtiendront plus le remboursement par l'État de 65 % de la subvention salariale au titre d'un emploi flexible dans les cas où les preuves de l'admissibilité sont insuffisantes. Les personnes qui perçoivent une indemnité d'attente doivent prendre contact avec leur centre pour l'emploi tous les trois mois ; au bout de six mois de chômage sans interruption, des prospecteurs placiers privés peuvent intervenir et au bout de 12 mois (à condition que les critères d'admissibilité à l'emploi flexible soient encore respectés), des prospecteurs de ce type sont tenus d'intervenir. L'amendement de 2006 a également introduit un plafond pour la subvention au titre des emplois flexibles, mais celle-ci correspond encore à un tiers de plus que le salaire moyen d'un emploi à plein-temps. Reste à savoir quel sera l'impact de cette nouvelle réforme.

B. Un suivi plus strict des absences pour maladie

Ces dernières années, les pouvoirs publics danois ont également cherché à accroître le nombre de personnes au travail et à réduire les dépenses publiques à l'aide de mesures destinées à lutter contre le niveau élevé d'absences pour maladie. À cet effet, des actions ont été entreprises avec la compilation de bonnes pratiques au cours de l'année 2003 et le programme « *This is what we do about sickness absence* » en décembre 2003. Début 2004, un comité des partenaires sociaux a été créé afin d'élaborer des propositions pour la modernisation de la législation en matière de prestations de maladie. Le but était en partie de systématiser et d'homogénéiser les nombreux changements intervenus depuis le dernier grand amendement de la législation qui remontait à 1990. Ces efforts ont abouti à une nouvelle législation qui a pris effet en juillet 2006.

Un élément essentiel de la réforme est un meilleur suivi par les municipalités des personnes qui bénéficient d'indemnités de maladie. Depuis 1997, les municipalités sont tenues de procéder tous les deux mois à des examens de suivi de personnes qui se sont fait porter malades, qui devraient inclure une évaluation des besoins de réadaptation et l'élaboration d'un plan de maintien dans l'emploi. Cela n'a pas empêché les taux d'absence d'augmenter de 30 % entre 1999 et 2003. Avec les nouvelles règles, en établissant trois catégories de profil, les efforts ont été concentrés sur les personnes qui ont le plus besoin

d'un suivi étroit et individuel, c'est-à-dire les personnes qui présentent un risque d'affection de longue durée et/ou de perte de capacité de travail (catégorie 2). Pour elles, le suivi est maintenant assuré toutes les quatre semaines tandis que pour les personnes dont le retour sur le marché du travail est imminent (catégorie 1) et celles dont il est certain que leur maladie ou leur invalidité sera de longue durée, voire définitive (catégorie 3), le suivi se fait à des intervalles de huit semaines. Au premier suivi, l'autorité municipale doit décider si un plan de suivi doit être établi, lequel doit dans ce cas être élaboré en liaison avec le deuxième suivi. Le plan doit comprendre des objectifs mesurables, et l'action de suivi elle-même doit être réalisée en toute transparente. Une municipalité ne touchera aucun remboursement de l'État si elle ne remplit pas sa mission de suivi des dossiers d'indemnités de maladie.

Le but principal de ce changement était de relever le niveau de maintien dans l'emploi en favorisant une reprise de travail plus rapide du travailleur malade, ce qui se fait de plus en plus progressivement – les indemnités partielles de maladie ont été multipliées par quatre au cours des dernières années. Pour y parvenir, la procédure de suivi renforcé est complétée par de nouveaux outils de soutien et de nouvelles réglementations plus adaptés. Les municipalités sont censées mieux coordonner leurs procédures à la fois avec les employeurs et les médecins. Elles doivent informer l'employeur des actions prises en ce qui concerne la personne qui s'est fait porter malade. De nouveaux certificats médicaux pour les médecins généralistes, qui mettent l'accent sur les capacités fonctionnelles de la personne, ont été mis en place, ainsi qu'une formation à leur intention destinée à les aider à mieux comprendre ce que sont les capacités fonctionnelles. Parmi les outils plus adaptés, citons notamment une meilleure base de connaissances à l'intention des employeurs et des municipalités, avec de nouvelles statistiques sur les absences permettant aux employeurs de comparer les absences qu'ils enregistrent à la moyenne du secteur, et un nouvel instrument permettant aux municipalités de comparer leur propre bilan à celui d'autres localités. Enfin, les absences pour maladie font désormais partie de l'évaluation du risque sur le lieu de travail réalisée dans le cadre des services de santé professionnelle et des procédures de sécurité.

Il est trop tôt pour évaluer l'impact de ces changements. Les dernières informations disponibles laissent penser que les taux d'absence ont continué d'augmenter au moins jusqu'en 2006. Une grande partie de cette hausse n'a toutefois peut-être rien à voir avec les réformes des indemnités de maladie. Un arriéré de demandes de prestations d'invalidité et les exigences de preuves plus strictes pour l'ouverture des droits à un emploi flexible, qui ont débouché sur de plus fréquents prolongements de la période de prestations de maladie au-delà de la durée normale de un an, peuvent l'expliquer. Cependant, les premières évaluations des réformes indiquent un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre du changement. Il semble que les municipalités n'ont pas encore mis au point les outils adaptés de coopération avec les employeurs et les médecins, que la coopération entre les travailleurs sociaux municipaux et les médecins généralistes (qui ne sont pas sous le contrôle des municipalités) est limitée, et que les employeurs ne coopèrent pas avec les médecins généralistes non plus (et par conséquent, par exemple, ne demandent pas les nouveaux formulaires médicaux).

L'évolution décevante des absences pour maladie au cours des dix dernières années, parallèlement à une baisse du chômage, a débouché sur une nouvelle action dans ce domaine. Le 10 juin 2008, les pouvoirs publics ont présenté un plan d'action destiné à faire baisser les absences pour maladie de 20 % jusqu'en 2015. Les absences pour maladie sont

considérées comme une lourde charge pour l'économie danoise. Chaque jour, 150 000 personnes restent à la maison parce qu'elles sont malades ; cela correspond en gros à trois fois le nombre de chômeurs. Les propositions ont été examinées au niveau politique en 2008. Les principaux piliers de ce plan d'action, qui repose également sur de nouvelles connaissances révélant que dans de nombreux cas de maladie il est possible et bénéfique de venir au travail, sont les suivants :

- Prévention des absences pour maladie, notamment à l'aide d'outils plus adaptés pour les employeurs et d'une meilleure orientation et de meilleurs matériels d'information de la *Danish Working Environment Authority*.
- Intervention précoce, comprenant notamment un premier entretien au bout de quatre semaines entre l'employé malade et l'employeur ou, encore, entre le chômeur malade et l'organisme d'assurance chômage et l'élaboration d'un plan de maintien dans l'emploi en cas d'absence susceptible de se prolonger plus de huit semaines.
- Mesures d'activation pendant le congé de maladie, telles que l'amélioration des compétences et des subventions à l'emploi dès le départ pour favoriser une reprise rapide (progressive) du travail, des incitations financières accrues pour que les municipalités soutiennent et encouragent une reprise partielle du travail, et le versement d'indemnités de maladie par les municipalités (plutôt que par les employeurs) dès le premier jour de la maladie.
- Meilleure coordination de l'action en matière de santé et d'emploi, notamment par le remplacement du rapport médical existant qui porte sur l'incapacité de travail par un rapport sur la capacité, des formations à la prévention du stress pour les médecins généralistes, et des lignes directrices pour la coopération entre les municipalités et les médecins.

C. Réforme structurelle municipale de 2007

La réforme structurelle municipale, en 2007, suite logique des réformes précédentes, était destinée à renforcer le rôle des administrations locales dans les politiques de la maladie et de l'invalidité et dans d'autres domaines de la politique sociale et du marché de l'emploi. Premièrement, les comtés ont été supprimés et leurs responsabilités ont été transférées aux municipalités, qui sont maintenant en charge de la réadaptation spécialisée et de l'organisation et de la gestion des emplois protégés. Deuxièmement, de nombreuses municipalités plus petites ont été fusionnées de façon à créer des unités opérationnelles plus grandes (le nombre total de municipalités a été réduit, passant de 271 à 98).

L'un des principaux objectifs de la réforme était d'améliorer la coopération entre les municipalités et le service public de l'emploi (SPE), ce qui a été fait en créant les nouveaux *centres pour l'emploi* (dans chaque municipalité) dans lesquels sont regroupés tous les services de l'emploi. Le centre pour l'emploi, qui est dirigé conjointement par la municipalité et le SPE (remplaçant ainsi les anciens services indépendants des deux entités), est un point d'accès unique à l'ensemble des services de l'emploi pour tous ceux qui recherchent des services ou des travailleurs. Ce changement a entraîné une réorganisation institutionnelle du SPE au niveau national, régional et local, notamment par i) la mise en place de quatre régions d'emploi chargées d'assurer le suivi de l'évolution du marché du travail et des effets et résultats de l'action globale en termes d'emploi de l'ensemble des centres pour l'emploi par le biais d'un dialogue individuel avec chaque centre pour l'emploi ; et ii) la création de conseils pour l'emploi au niveau local et régional, qui ont un rôle consultatif, afin de garantir

la participation des partenaires sociaux au suivi des services de l'emploi et des marchés du travail.

L'un des objectifs qui sous-tend la création des centres pour l'emploi conjoints était de généraliser l'intégration des personnes présentant des problèmes de santé. Dans chaque centre pour l'emploi, un spécialiste de l'invalidité est nommé qui constitue le contact privilégié des personnes concernées et une ressource pour les collègues. Ce spécialiste doit diffuser ses connaissances dans tout le centre pour l'emploi et communiquer avec les personnes clés d'autres agences pour l'emploi afin d'assurer l'uniformité des connaissances à travers le pays. De plus, les travailleurs sociaux peuvent exploiter les connaissances techniques d'un centre pour l'emploi spécialisé qui compte huit spécialistes, basé à Vejle, et un réseau de connaissance mis en place récemment dirigé par le Conseil danois des organisations de handicapés (*Danish Council of Organisations of People with Disability*).

Au niveau politique la nouvelle structure était une solution de compromis. L'objectif d'origine était de transférer aux municipalités l'ensemble des responsabilités en matière d'aides à l'emploi, en plus de leur responsabilité en matière de protection sociale. Afin d'éprouver le potentiel d'une réforme aussi poussée, ou la capacité des municipalités à assumer l'entière responsabilité des services de l'emploi, 14 centres pilotes pour l'emploi ont été créés qui sont exclusivement dirigés par les municipalités sans aucune intervention du SPE. Reste à savoir si ces centres seront plus à même de résoudre simultanément les problèmes d'emploi et les problèmes sociaux.

Pour renforcer encore l'axe emploi des nouveaux centres, le Danemark a choisi une voie quelque peu inhabituelle : les questions de prestations ont été séparées des aides à l'emploi, pour rappeler que les travailleurs sociaux doivent se concentrer uniquement sur le potentiel d'emploi. C'est un choix inhabituel dans la mesure où les récents développements dans l'OCDE s'orientent vers des centres à guichet unique qui traitent toutes les questions. Au lieu de cela, au Danemark, des centres municipaux responsables des prestations ont été mis en place. En réalité, chaque municipalité compte maintenant trois centres responsables des prestations : l'un d'eux est dirigé par les institutions du marché du travail (qui gèrent les prestations de chômage des personnes assurées), et les deux autres sont dirigés par la municipalité – l'un est responsable des prestations de maladie et de l'aide sociale soumise à conditions de ressources pour les chômeurs non assurés, et l'autre s'occupe des prestations d'invalidité et des différents versements compensatoires liés à l'invalidité.

Reste à savoir quels seront les effets des nouvelles structures de gestion. Une vaste évaluation est en cours, qui vise en particulier à comparer les centres pour l'emploi gérés conjointement et les centres pour l'emploi pilotes dirigés par 14 municipalités. Il sera certainement intéressant pour de nombreux pays de voir quel est l'impact de la transition d'un service à guichet unique, à une situation dans laquelle les clients doivent passer du centre pour l'emploi au centre qui gère les prestations dont ils dépendent.

2.2. Finlande : s'éloigner de la retraite par le biais de l'invalidité

En Finlande, l'évolution de la situation pourrait être décrite comme caractéristique de nombreux autres pays. Le système relativement passif axé sur les prestations d'il y a 20 ans a laissé la place à des politiques de soutien de l'emploi progressivement étendues. Malgré l'importance croissante donnée à la réadaptation, l'idée selon laquelle de nombreuses

personnes présentant un problème de santé de longue durée ou une invalidité peuvent et devraient être intégrées dans le marché du travail n'a fait son chemin que très lentement. Le changement est né de la volonté de prévenir l'invalidité et de maintenir la capacité de travail des individus aussi longtemps que possible afin de retarder le départ en retraite. Les régimes de maladie et de retraite n'ont quasiment pas changé, ce qui a limité le potentiel des nouvelles politiques de l'emploi. Les débats sur l'impact de ce mode d'action mitigé n'ont commencé que récemment.

A. Réforme paramétrique permanente des pensions

En Finlande, comme dans bien d'autres pays de l'OCDE, les prestations d'invalidité font partie intégrante du système de pensions. Dans ces pays, la réforme des pensions influe automatiquement sur le régime d'invalidité. En 2005, la Finlande a procédé à une vaste réforme des pensions qui était de bien des manières un prolongement des réformes menées les années précédentes. Comme des changements antérieurs, le principal objectif de la réforme était de rendre le travail à un âge avancé plus attractif.

Pour y parvenir, une modification radicale des taux d'accumulation a été mise en place pour supprimer la pénalité qui était appliquée en cas de prolongement de la vie active (OCDE, 2004). Entre 63 ans et 67 ans, le taux d'accumulation est maintenant de 4.5 % par an, alors qu'il est de 1.9 % pour la tranche d'âge de 53-62 ans et de 1.5 % pour la tranche d'âge de 18-52 ans. Dans le même temps, le plafond de pension maximum – qui représente 60 % des revenus ouvrant droit à pension – a été supprimé afin de s'assurer que ce taux d'accumulation élevé à partir de 63 ans se traduit par des droits à prestations supérieurs. Cette politique faisait suite à un changement introduit en 1994, lorsque les taux d'accumulation pour les personnes âgées de 60 ans et plus ont été relevés de 1.5 % à 2.5 %. Le taux d'accumulation pour les années de service *accordées* entre l'apparition de l'invalidité et l'âge de 63 ans, lorsque la prestation d'invalidité est remplacée par une pension de retraite, est de 1.5 % jusqu'à 49 ans et de 1.3 % entre 50 et 62 ans. Cela représente une légère amélioration par rapport à la situation antérieure à 2005, lorsque ce taux était de 1.2 % entre 50 et 59 ans et de 0.8 % au-dessus de 60 ans².

Parmi les autres changements importants apportés par la réforme des pensions de 2005, on peut citer la suppression ou l'élimination progressive de certaines possibilités de retraite anticipée qui existaient jusqu'à cette date. En particulier, la retraite anticipée individuelle a été supprimée. Elle avait été introduite en 1986 en tant que prestation d'invalidité spéciale caractérisée par des critères médicaux moins stricts pour les personnes malades de plus de 55 ans. Pour pouvoir bénéficier de cette prestation, il suffisait que la capacité de travail soit réduite de façon permanente au point que la personne ne pouvait pas continuer d'occuper son emploi (capacité de l'employé à exercer son activité normale), en tenant compte des conditions de travail du moment. Contrairement à une prestation d'invalidité ordinaire, d'autres emplois ne seraient pas envisagés. Au vu de l'utilisation endémique du régime de retraite anticipée individuel peu après son introduction, l'âge minimum y donnant droit a été relevé et est passé à 58 ans en 1994 puis à 60 ans en 2000, son utilisation baissant rapidement par la suite puisqu'à partir de cet âge, d'autres voies de retraite étaient relativement plus intéressantes ou plus facilement accessibles.

L'impact à plus long terme de ces réformes sur le flux d'entrée dans le régime de prestations d'invalidité classique est complexe. Premièrement, nombre de ceux qui avaient droit auparavant à des pensions de retraite anticipée individuelle verront maintenant leur demande de prestation d'invalidité classique satisfaite, en particulier parce que la réforme

de 2005 a en même temps assoupli les critères médicaux donnant droit à ces prestations aux personnes âgées de plus de 60 ans. Les taux d'accumulation légèrement supérieurs pour les années accordées notamment pour les plus de 60 ans augmentent légèrement les droits (par exemple, le taux de remplacement pour une personne qui a commencé à travailler à 20 ans et obtient une prestation d'invalidité à l'âge de 50 ans a été relevé *de facto* de 59.4 % à 61.9 %), ce qui réduit quelque peu la différence avec le taux de remplacement potentiel de ceux qui continuent de travailler jusqu'à l'âge de 63 ans. Cependant, les personnes qui sont dans l'incapacité de travailler au-delà de 63 ans s'exposent à une pénalité importante par rapport à celles qui continuent de travailler jusqu'à 68 ans, qui pourraient relever leurs droits à pension d'un tiers en travaillant encore cinq ans.

Le transfert dans un régime d'invalidité pourrait également apparaître à moyen terme en raison de l'élimination progressive de la pension de chômage entre 2009 et 2014. Cette prestation est accessible à l'heure actuelle aux personnes nées avant 1950 qui ont atteint l'âge de 60 ans, ont été employées pendant une longue période et ont eu un emploi rémunéré pendant au moins cinq ans au cours des 15 dernières années. Cependant, l'impact de l'élimination progressive de ce régime sera probablement limité, car ce que ce qu'il est convenu d'appeler le *tunnel* du chômage – c'est-à-dire le versement ininterrompu de prestations de chômage jusqu'à l'âge de la retraite – est maintenu et prolongé jusqu'à 65 ans³.

Pour conclure, il semble que les réformes des pensions de 2005 aient favorisé de façon significative, mais en aucun cas suffisante, la réduction du recours à la retraite anticipée⁴. En particulier, l'utilisation des prestations d'invalidité a plus de chances d'augmenter que de baisser à l'avenir du fait des réformes.

B. Encourager la capacité de travail et renforcer la réadaptation

La réforme suivie des pensions ces 15 dernières années a été complétée par des efforts incessants des pouvoirs publics finlandais pour soutenir la santé, les compétences et la capacité de travail des travailleurs et pour améliorer les conditions de travail. Après la fin de la récession économique du milieu de années 90, une série de programmes a été introduite en ce sens, notamment le *Workplace Development Programme* et sa reconduction (1996-2003, 2004-09), le *National Programme on Ageing Workers* (1998-2002), et le *National Well-Being at Work Programme* (2000-03), le programme VETO (2003-07), le programme NOSTE (2003-09) et, plus récemment, le projet MASTO (lancé en 2008) qui vise à traiter le problème de la dépression à l'origine de l'incapacité de travail par la prévention, le traitement et la réadaptation.

Le fort intérêt porté à la capacité de travail résulte probablement de la longue tradition finlandaise de retraite anticipée pour cause d'invalidité. Les actions et les projets dans ce domaine sont assez variés. Le point commun de la plupart des actions est la place importante qu'elles donnent aux lieux de travail et à la participation de différents acteurs, qui incluent généralement une ou plusieurs instances de l'administration et les partenaires sociaux. Les éléments importants de ces actions sont la promotion des bonnes pratiques, la mise à disposition d'un soutien spécialisé aux entreprises s'efforçant d'apporter des améliorations à la vie active, et le développement d'une meilleure base de recherche. Le but ultime de tous ces programmes était, et est encore, que les travailleurs plus âgés puissent participer pleinement à la vie active et quitter le marché du travail plus tard qu'auparavant.

Les projets et actions comportent souvent des mesures douces, telles que des tentatives pour modifier les attitudes des travailleurs comme celles des employeurs, mais

leur impact est difficile à mesurer. Les évaluations des programmes ne révèlent que des améliorations relativement mineures des conditions de travail (OCDE, 2004). Cependant, à un niveau plus large, le taux de chômage des travailleurs âgés de 55 à 64 ans au cours des dix dernières années a augmenté beaucoup plus rapidement en Finlande que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

Des programmes consacrés au lieu de travail et à la capacité de travail viennent compléter un système très efficace de services de santé professionnelle (SSP), qui est assuré par l'employeur contre un remboursement partiel des frais par l'organisme d'assurance sociale. Tandis que les SSP ont été officialisés par la loi à la fin des années 70 pour traiter les problèmes du secteur des soins de santé primaires, les attributions des SSP ont été élargies en 2001 pour inclure le suivi sur le lieu de travail et la veille sanitaire, et les objectifs de ces services ont été considérablement clarifiés. Avec la réforme, l'accent mis sur l'élargissement de la couverture a fait place à l'amélioration de la qualité des SSP par le biais d'une meilleure coopération entre ces derniers et les employeurs et employés. De plus, un budget supplémentaire a été dégagé pour former un nombre suffisant de spécialistes des SSP (le nombre de médecins diplômés spécialisés en médecine du travail a quasiment doublé au cours des trois dernières années).

L'efficacité du système de SSP a été favorisée par une réforme parallèle, en 2004, du système de réadaptation professionnelle. Le but de la réforme était d'encourager une identification et une intervention plus précoce en faisant de la réadaptation un droit légal subjectif pour les travailleurs qui sont encore en poste mais qui présentent un risque de perte de capacité de travail. Rien n'a été fait en revanche pour remédier à la complexité institutionnelle et au morcellement du système de réadaptation. En 2007, le système d'intervention précoce a été encore renforcé avec la création d'une allocation partielle de maladie visant à faciliter la reprise du travail. Pour avoir droit à cette allocation, il faut à la fois un certificat médical et un contrat entre l'employeur et l'employé, afin de mettre en évidence la nécessité d'une reprise partielle, ou progressive, et la réduction réelle du temps de travail et du salaire (qui doivent être réduits de 40 à 60 %).

Les interventions axées sur le lieu de travail sont complétées par un système en place depuis longtemps de modulation des cotisations de l'employeur au régime de prestations d'invalidité ou au régime de prestations de chômage en fonction de ses antécédents. Les règles actuelles exonèrent les petites entreprises dont la masse salariale est inférieure à 1.5 million EUR, tandis que les frais incombant à l'employeur s'élèvent progressivement jusqu'à 80 % du coût des prestations pour les grandes entreprises dont la masse salariale est supérieure à 24 millions EUR (les seuils sont ajustés chaque année). Après l'harmonisation des règles, en 2000, les effets indésirables qui faisaient que les licenciements étaient la solution la plus intéressante pour les entreprises de plus de 525 employés, et les départs en retraite pour cause d'invalidité la solution la plus attractive pour celles qui comptaient entre 51 et 525 employés, ont disparu. Cependant, les désincitations à embaucher des travailleurs handicapés demeurent. C'est une des raisons de la récente réforme, en 2006, du programme de subventions salariales qui était très peu utilisé. Avec la réforme, entre autres choses, la durée pendant laquelle une subvention salariale peut être versée a été portée à deux ans pour les personnes handicapées embauchées par une entreprise classique et jusqu'à trois ans pour les personnes embauchées par une entreprise sociale.

C. Accroître la responsabilité des municipalités

Les municipalités finlandaises ont de vastes responsabilités en matière de services de santé et de services sociaux. Globalement, l'impôt sur le revenu local représente environ 60 % de l'impôt sur le revenu total en Finlande (OCDE, 2007b), et couvre également quelque 60 % des dépenses municipales totales. Sur les 40 % de dépenses municipales restants, un tiers est couvert par les budgets de l'État et 7 % par les redevances des citoyens. Cependant, les différences sont considérables d'une municipalité à l'autre, certaines d'entre elles étant confrontées simultanément à des recettes fiscales faibles et en baisse et à des besoins de dépenses élevés et en hausse.

Les réformes récentes ont été conçues pour renforcer la responsabilité des municipalités, pour améliorer l'adéquation entre les missions et les ressources et pour renforcer la coopération entre les autorités locales et nationales. Depuis 2006, la municipalité et l'État se partagent équitablement les frais liés aux prestations versées à la fois aux chômeurs de longue durée (personnes au chômage depuis plus de 500 jours) et aux allocataires de l'aide sociale municipale.

Un autre changement qui pourrait se révéler important a été la création, entre 2004 et 2006, d'un filet de sécurité de 39 Centres de service pour la main-d'œuvre (LAFOS), que l'on trouve maintenant dans 80 % du pays. Ils sont dirigés conjointement par la municipalité et le service public de l'emploi, avec la participation occasionnelle de l'organisme national d'assurance sociale. Le fonctionnement des LAFOS se caractérise par un processus en cinq étapes : i) déterminer quels sont les obstacles à l'emploi ; ii) travailler à la suppression de ces obstacles ; iii) offrir un soutien individualisé (réunions hebdomadaires) ; iv) poursuivre le soutien après le placement, en particulier en ce qui concerne les personnes qui bénéficient de subventions salariales ; v) si la solution de l'emploi échoue, trouver une solution parmi les pensions. Le plan consiste à fournir aux clients défavorisés des services d'emploi et d'aide sociale mieux intégrés, et de traiter les problèmes des personnes qui passent, ou sont ballotées, de l'emploi de courte durée, au chômage et à l'aide sociale. Les premiers résultats sur les parcours impliquant une intervention des LAFOS montrent cependant que l'objectif de 20 % d'emploi n'est pas atteint. Les effets sont notamment les suivants (des résultats multiples sont possibles) : 3 % de prestations d'invalidité, 78 % de consultations médicales, 17 % de réadaptation et de gestion de la vie courante (essentiellement des conseils en matière de dettes), 13 % de formation au marché du travail, 17 % d'emploi subventionné, 10 % d'emploi ouvert, et 15 % d'accompagnement à l'emploi.

Ces centres pourraient contribuer à réduire le flux d'entrée de chômeurs de longue durée ou d'allocataires de l'aide sociale dans les régimes de prestations d'invalidité, ce qui est important étant donné le « filtrage » organisé par les autorités du marché du travail et les autorités municipales et destiné à aider les gens à avoir accès aux prestations d'invalidité en cas d'incapacité de travail pour cause d'invalidité. Ce filtrage a débuté à la fin des années 90 et est devenu obligatoire après la réforme législative de 2002, qui a confié aux municipalités la responsabilité de l'organisation du travail et des autres activités des personnes handicapées. Les premières observations laissent toutefois supposer que les LAFOS sont confrontés à des obstacles institutionnels considérables : les municipalités et les services de l'emploi ont encore tendance à diriger deux services parallèles au sein d'un même organisme, chacun étant doté de son propre responsable et rendant compte à leur autorité « mère », au lieu de constituer un ensemble unifié d'aides.

De plus, les récents changements ne sont pas en mesure de résoudre certains des problèmes structurels. En réalité, de nombreuses petites municipalités ont de grandes difficultés à assurer les services dont elles sont responsables, même si elles peuvent choisir de les produire elles-mêmes, d'organiser des services en coopération avec des communautés voisines, ou tenter d'acheter des services auprès d'autres municipalités. Il y a 400 municipalités à l'heure actuelle, qui représentent une population globale d'un peu plus de cinq millions. Une réforme du système de l'administration locale doit être mise en œuvre entre 2007 et 2013, dans le but de mettre en place une base structurelle et financière saine pour les services municipaux. L'idée directrice est d'assurer le niveau de qualité, d'efficacité, de disponibilité et d'efficience des services et de se doter des avancées technologiques requises.

Dans l'idéal, les petites municipalités fusionneraient pour former des unités opérationnelles plus grandes, mais – contrairement au Danemark – il a été jugé impossible d'imposer un tel changement. Au lieu de cela, une législation-cadre a été mise en œuvre au titre de laquelle les municipalités sont tenues d'informer les pouvoirs publics de la manière dont elles vont modifier leurs services. Plus spécifiquement, des obligations de coopération sont envisagées de façon à atteindre la masse critique (d'environ 20 000 habitants) pour des services efficaces. Les premières tendances montrent que seules 13 des 400 municipalités n'ont pas respecté leur obligation de rendre des comptes ; cependant, si les municipalités coopèrent davantage en matière de services de santé, elles hésitent à le faire en ce qui concerne les services sociaux.

2.3. Irlande : vers un engagement systématique envers les demandeurs de prestations

La politique irlandaise de l'invalidité a été très peu évoluée jusqu'à une période relativement récente. Cela tient peut-être aux développements de l'économie irlandaise, qui était confrontée à d'autres problèmes plus urgents jusqu'à ce qu'elle décolle dans les années 90. Les réformes ont commencé à apparaître au milieu des années 90 lorsque l'intégration est devenue un objectif central dans les cercles politiques européens et que le *Report of the Commission on the Status of People with Disabilities in Ireland* a été publié. Cela a finalement conduit en 2004 à la formulation de la stratégie nationale en matière d'invalidité (NDS, *National Disability Strategy*) qui a modifié plus profondément la rhétorique politique. Il a été unanimement admis que d'autres réformes étaient nécessaires, même si leur teneur exacte n'a pas encore été déterminée.

A. Redistribution des responsabilités à la fin des années 90

Jusqu'au milieu des années 90, l'invalidité était considérée comme une question qui devait être traitée par un service spécialisé de l'administration (le ministère de la Santé et de l'Enfance, DHC, *Department of Health and Children*) et par des prestataires de services spécialisés. Aujourd'hui, du fait de cette vision des choses, l'Irlande est dotée d'un grand nombre de programmes différents de prestations liées à la santé et d'un système très complexe et différencié d'aides à l'emploi. Dans la deuxième moitié des années 90, l'objectif d'intégration des services publics a motivé les premières mesures importantes visant à homogénéiser ce système dispersé.

Premièrement, en 1996, le ministère des Affaires sociales et de la Famille (DSFA, *Department of Social and Family Affairs*) est devenu responsable du versement des prestations après que l'allocation d'invalidité (*Disability Allowance*, anciennement connue sous le nom

de *Disabled Persons' Maintenance Allowance*) lui a été transférée. Cette allocation était gérée auparavant par les offices de santé (*Health Boards*) régionaux et les règles d'admissibilité étaient souvent appliquées de façon irrégulière dans le pays. Depuis, les critères d'admissibilité ont été définis par la loi et sont maintenant appliqués uniformément dans toute l'Irlande. Deuxièmement, en 2000, la responsabilité de l'action en matière de formation professionnelle des personnes handicapées a été transférée au ministère du Commerce extérieur, des Entreprises et de l'Emploi (DETE, *Department of Enterprise, Trade and Employment*). Depuis, la *Training and Employment Authority (FÁS)*, le SPE irlandais, est officiellement responsable de la formation et des besoins d'aide à l'emploi de l'ensemble des chômeurs, y compris les personnes handicapées.

Cependant, les structures de responsabilité demeurent complexes. Le nombre de prestations de santé n'a pas changé, et certaines prestations continuent de relever du service de santé publique (HSE, *Health Service Executive*)⁵. La réforme en cours résoudra certains problèmes à moyen terme : des dispositions ont été prises dans la législation en 2008 pour le transfert d'autres versements au DSFA, un versement (*Infectious Disease Maintenance Allowance*) sera supprimé en 2009 et l'intégration des allocations restantes avec les allocations existantes du DSFA se poursuivra à la suite de leur transfert à ce dernier. Certains problèmes engendrés par la structure des aides à l'emploi risquent de perdurer encore longtemps. Premièrement, le DHC demeure responsable de la formation de réadaptation des personnes handicapées et des ateliers protégés. Deuxièmement, certaines des structures héritées n'ont pas été modifiées, malgré la redistribution des responsabilités ministérielles. Cela vaut en particulier pour le système d'aides à la formation spécialisée ; les prestataires privés à but non lucratif existants continuent de répondre à 80 % des besoins et de recevoir un financement global annuel, qui provient aujourd'hui de la FÁS.

Pour conclure, la redistribution des responsabilités amorcée pendant la deuxième moitié des années 90 n'est pas encore terminée. Les services généralisés sont à ce jour encore loin d'être une réalité pour tout le monde.

B. La National Disability Strategy de 2004

Le lancement de la *National Disability Strategy (NDS)*, en septembre 2004, était un effort concerté des pouvoirs publics irlandais pour favoriser la participation des personnes handicapées à la société. La NDS s'appuyait sur des précédentes lois en faveur de l'égalité (*Employment Equality Act* de 1998, *Equal Status Act* de 2000 et *Equality Act* de 2004) et poussait plus avant la politique de l'intégration. Un élément essentiel de la stratégie est la Loi sur le handicap (*Disability Act*) qui a suivi en 2005, un texte de loi transversal visant à améliorer l'accès aux services publics, y compris l'accès physique des personnes handicapées aux bâtiments et aux infrastructures publics. On peut également citer la législation destinée à transformer la politique de l'enseignement pour répondre aux besoins particuliers, et la législation mettant en place des services de représentation personnalisés pour les personnes handicapées.

Les éléments les plus importants de la NDS sont notamment les plans sectoriels qui ont été mis au point pour six ministères et qui décrivent de quelle manière ils fourniront des services spécifiques aux personnes handicapées. Ces ministères sont ceux des Affaires sociales et de la Famille, du Commerce extérieur, des Entreprises et de l'Emploi, de la Santé et de l'Enfance, des Transports, des Communications, de l'Énergie et des Ressources naturelles, et de l'Environnement, du Patrimoine et des Collectivités locales. Ces plans

définissent des objectifs et des actions. Certains d'entre eux incluent des objectifs quantitatifs, tels que celui du DETE qui est de faire passer le taux d'emploi des personnes handicapées de 37 % à 45 % d'ici 2016. Les plans comportent également des dispositions relatives aux plaintes, aux procédures de suivi et d'examen.

Les plans sectoriels exposent généralement en détail les dispositions proposées pour la mise en œuvre de certaines dispositions de la Loi sur le handicap. S'agissant du plan sectoriel du DHC, par exemple, cela concerne le droit légal des personnes handicapées à une évaluation indépendante de leurs besoins en termes de santé et d'éducation. En ce qui concerne le plan sectoriel du DETE, des services d'emploi accessibles sont un objectif essentiel, en enracinant davantage le concept d'intégration dans tout l'éventail de services assurés par le ministère et les organismes qui en dépendent. Un autre élément déterminant du plan du DETE est de mettre au point une stratégie globale pour l'emploi des personnes handicapées, dont un pilier essentiel est l'amélioration de l'efficacité des programmes pour l'emploi et la formation professionnelle. Les aspects les plus importants du plan sectoriel du DSFA traitent de certaines des grandes faiblesses du système irlandais actuel : l'absence d'engagement systématique auprès des demandeurs de prestations, le morcellement des programmes de prestations, les trappes à prestations et les désincitations à l'emploi, et les déficits d'information dus à des données insuffisantes.

Plus important, les plans sectoriels reconnaissent également la nécessité d'une coopération interministérielle pour pouvoir atteindre les buts fixés dans les plans, ce qui a conduit à la signature de protocoles spécifiques entre différents ministères. Un protocole de ce type a été conclu entre le DSFA et le DHC afin de s'assurer que les garanties de revenu et les prestations associées ne créent pas d'obstacles financiers pour les personnes handicapées qui prennent un emploi. Des protocoles servent également de cadre stratégique pour la coopération interministérielle et interorganismes entre le DHC, le DETE, le HSE et la FÁS visant à améliorer l'offre de formation professionnelle. Plus récemment, en janvier 2008, l'*Office for Disability and Mental Health* (organisme chargé du handicap et de la santé mentale) a été créé, témoignant de la volonté des pouvoirs publics de mettre au point une réponse plus cohérente et intégrée aux besoins des personnes handicapées, de faciliter la coopération interministérielle et interorganismes, et de renforcer l'orientation client des services.

C. D'une nouvelle rhétorique à une nouvelle politique

Les plans sectoriels du DSFA, du DETE et du DHC et les protocoles de coopération présentent un grand potentiel. Ils montrent en particulier que le besoin de réforme et les domaines essentiels qui ont besoin d'être réformés ont été identifiés et approuvés, ce qui est prometteur étant donné le caractère dispersé du système de soutien du revenu et de l'emploi. Cependant, reste à voir si des mesures seront prises, et avec quelle rapidité. Se mettre d'accord sur des objectifs est une première étape nécessaire, qui n'élimine pas les problèmes structurels que cachent certains échecs de l'action. Les obstacles à la mise en œuvre du changement et à la traduction des intentions en action réelle demeurent.

La réforme probablement la plus importante envisagée est la mise au point, dans le cadre du *National Development Plan 2007-2013* (programme de développement national 2007-2013) des pouvoirs publics irlandais d'un « *Social and Economic Programme – people of working age* » (programme social et économique, personnes d'âge actif) dont l'un des objectifs est de promouvoir la participation et l'intégration sociale par le biais de mesures d'activation destinées aux personnes d'âge actif. Ce programme implique un engagement

analogue auprès de toutes les personnes d'âge actif, qu'il s'agisse de chômeurs, de parents isolés ou de personnes handicapées. Le but est de les aider à avancer quel que soit le contexte qui les a conduits à avoir besoin de mesures de maintien des revenus. Le programme propose un système de gestion personnalisée active, qui favorisera la participation des bénéficiaires de prestations sociales de longue durée à l'enseignement, à la formation et à l'emploi. Cela consisterait à opérer un cloisonnement ou l'établissement du profil des clients au premier stade de l'engagement auprès du DSFA (généralement au moment du dépôt de la demande), une identification systématique du potentiel du client, une intervention précoce et active si nécessaire, le renvoi vers l'organisme le mieux placé pour répondre aux besoins du client, l'identification des besoins de formation et d'autres aides, et un suivi régulier des résultats.

Dans la même logique, fin 2006, le DSFA a également soumis une proposition intitulée « *Supporting Economic Participation by People with Disabilities* » (soutenir la participation économique des personnes handicapées) dans le but de mettre au point et de tester une stratégie globale de l'emploi pour la gestion personnalisée des cas de personnes handicapées bénéficiant de prestations sociales. Depuis, le financement de la proposition a été officiellement approuvé par l'ESF et elle sera bientôt testée dans la ville de Mullingar. Si cet essai pilote s'avère fructueux, il pourra servir de modèle d'intervention auprès de demandeurs de prestations d'invalidité dans d'autres lieux. Ces deux projets pourront exploiter l'expérience de précédents essais pilotes pour certains groupes de bénéficiaires ou catégories de maladie spécifiques, et identifier les raisons de l'échec partiel de certains d'entre eux. Un essai pilote de ce type est le *Midlands Project*, une action conjointe mise en œuvre par plusieurs organismes au cours de l'année 2005 pour éprouver la capacité d'une approche intégrée pour la fourniture d'aides à la formation et à l'emploi aux jeunes bénéficiaires de la *Disability Allowance*. Cette action a échoué dans la mesure où seule une petite partie du groupe cible a participé au programme facultatif. Un autre projet pilote intéressant est le *Renaissance Project*, mis en œuvre en 2003, qui s'est intéressé à l'impact de l'intervention précoce pour les personnes bénéficiaires de l'*Illness Benefit* chez qui avait été diagnostiquée une douleur dans le bas du dos. Dans ce cas, l'orientation précoce vers un bilan médical complet 4-6 semaines après la date de dépôt de la demande de prestation a montré qu'elle permettait de réduire considérablement l'entrée dans une phase chronique de la maladie⁶.

Les enseignements tirés de tous ces projets pilotes devront être pris en compte pour la poursuite du développement des plans sectoriels et des protocoles interorganismes. Si les projets pilotes sont une bonne manière de faire progresser l'action, il semble que le changement réel soit lent. La riche stratégie de formation de la FÁS est un bon exemple à cet égard. Peu après le transfert de nouvelles responsabilités à la FÁS, l'efficacité et l'efficience de cette nouvelle organisation ont été examinées. En 2003, un rapport d'évaluation indépendant assorti d'un grand nombre de recommandations a été établi ; il a entraîné la mise au point en 2006 de la nouvelle stratégie de la FÁS. Cette dernière fait maintenant partie intégrante du plan sectoriel du DETE ; elle est actuellement mise en œuvre par la FÁS, notamment par une modification de la souplesse avec laquelle la formation générale est assurée.

Un exemple de changement spécifique dans l'esprit du plan sectoriel du DSFA est l'amendement de la déduction de la *Disability Allowance*, en 2006, selon lequel la suppression des prestations pour les personnes qui prennent un emploi de réadaptation se fait de façon plus progressive. Depuis, le nombre de demandeurs qui se prévalent de la déduction a augmenté de plus de 40 % (passant de 6 500 à 9 300). Cependant, la part de

bénéficiaires qui travaillent n'est passée que de 8 % à un peu plus de 10 %, le nombre total de bénéficiaires ayant augmenté de 13 % au cours de la même période. Le changement est donc mineur étant donné les désincitations au travail inquiétantes et bien identifiées du régime de prestations irlandais.

2.4. Pays-Bas : des droits aux responsabilités individuelles

Les politiques de la maladie et de l'invalidité aux Pays-Bas ont connu une série de réformes sans précédent au cours des 15 dernières années. Le processus de consultation des partenaires sociaux (connu sous le nom de « modèle des polders » néerlandais) et les conseils du Conseil économique et social ont constitué des éléments déterminants dans ce processus. Pour résumer, les réformes se sont caractérisées par un déplacement des responsabilités vers les employeurs et les employés et par la sous-traitance/privatisation des services de l'emploi ainsi que d'une partie des prestations de maladie et d'invalidité. En dépit de vastes changements, pendant de nombreuses années les résultats sont restés décevants : le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a continué de frôler la limite symbolique du million. Au cours des cinq dernières années, cependant, les résultats ont rapidement évolué. Il faut maintenant faire en sorte que ce changement soit durable.

A. Accroître progressivement les responsabilités de l'employeur

Au début des années 90, il a été admis que pour réduire le recours au régime d'invalidité, des mesures visant à inciter les employeurs à ne pas utiliser le système comme un instrument d'ajustement de la main-d'œuvre devaient être prises. Dans un premier temps, la charge du coût des absences pour maladie a été progressivement réorientée vers les employeurs. En 1992, un système de modulation des cotisations au régime de prestations d'invalidité en fonction des antécédents a été créé. Puis, en 1994, les employeurs sont devenus responsables du versement des six premières semaines d'indemnités de maladie. Étant donné l'effet positif que ce changement a eu en termes de baisse des taux d'absence pour maladie, les employeurs se sont vu confier deux ans après seulement la totalité du coût de la période d'indemnités de maladie, qui était d'une année à l'époque.

Ce changement, intervenu en 1996, s'est accompagné d'une évolution plus générale vers la privatisation de la gestion de la maladie. Les employeurs ont été obligés de sous-traiter à des prestataires privés de services de santé professionnelle pour gérer l'absentéisme. Même si cela s'est traduit par une baisse de l'absentéisme pour maladie, cela n'a cependant pas été le cas des flux d'entrée dans le régime de prestations d'invalidité. Face à cette tendance, en 1998, un système de modulation des cotisations au régime d'invalidité en fonction des antécédents a également été créé pour les cinq premières années de prestations des nouveaux allocataires. Les employeurs avaient également la possibilité de sortir du système et d'assumer eux-mêmes directement les frais de ces cinq années, et pouvaient réassurer ce risque (voir plus bas).

Quelques années plus tard, il s'est avéré que ce changement avait réellement un impact très positif. Cependant, au début, les changements ont été minimes, également parce que les cotisations modulées en fonction des antécédents ont été progressivement instaurées sur une période de transition de cinq ans. C'est pour cela que d'autres changements plus poussés ont été introduits avec le système de *filtrage* en 2002, après quoi les responsabilités de gestion de la maladie sont devenues beaucoup plus réglementées. Deux ans plus tard, la période d'indemnisation de la maladie a été portée à deux ans,

comme l'a été la période pendant laquelle l'ensemble des responsabilités et des frais incombent à l'employeur. De plus, si l'employeur ne remplit pas ses obligations, la période d'indemnisation de la maladie à sa charge peut être prolongée pour une troisième année au maximum. Dans la pratique, un employeur sur huit dont un travailleur parvient à la limite de deux ans doit assumer les coûts plus longtemps que prévu.

Avec les changements intervenus en 2002 et 2004, l'employeur (ainsi que l'employé) doit maintenant rédiger un plan de réinsertion au bout de huit semaines, qui définit des activités et précise la date des évaluations périodiques ; au bout d'un an, un rapport d'évaluation donne les détails des activités pour la deuxième année de maladie ; et un rapport de réinsertion vers la fin de la période de deux ans résume les actions entreprises et les raisons de leur échec.

Avec le nouveau régime de prestations mis en place en 2006, les employeurs sont maintenant pleinement responsables de la réinsertion des travailleurs malades dont la perte de capacité est inférieure à 35 %, à savoir les travailleurs qui n'ont plus droit à une prestation d'invalidité. La modulation des taux de cotisation au régime de prestations d'invalidité en fonction des antécédents a également été renforcée pour les personnes présentant un handicap partiel ou temporaire, mais elle a été supprimée pour ceux dont le handicap est total et permanent. Les personnes présentant un handicap partiel (perte de capacité de gain de 35-79 %) ont également la possibilité de quitter le régime public, auquel cas l'employeur devient pleinement responsable de ces personnes, à la fois en termes de versement des prestations et de réinsertion professionnelle.

Tous ces changements ont contribué à la baisse remarquable du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité aux Pays-Bas au cours des dernières années. Cependant, il semble qu'ils aient également contribué à la baisse du taux d'emploi des personnes handicapées. Pour ceux qui sont au chômage, il est devenu plus difficile d'être embauché à un nouveau poste. L'évolution des pratiques en matière d'emploi – de plus en plus de personnes sont embauchées avec des contrats temporaires de façon à contourner la protection accrue de l'emploi en cas de maladie – est une autre réaction des employeurs. Pour traiter ces problèmes, les pouvoirs publics prévoient d'introduire en 2009 des subventions salariales pour l'embauche de bénéficiaires de prestations d'invalidité et des réductions supplémentaires de cotisations pour l'embauche de bénéficiaires plus âgés.

Les réponses antérieures au problème du faible emploi des personnes handicapées ont notamment consisté à mettre en place ce qu'il est convenu d'appeler la « politique du risque zéro » en 2003, qui a été prolongée par la suite en 2006. Le but est de faire en sorte qu'il soit plus intéressant d'embaucher des personnes qui ont des problèmes de santé ou présentent des risques accrus sur le plan de la santé. Par le biais de cette politique, pour un groupe prédéfini de travailleurs nouvellement embauchés, l'État (par le biais de l'autorité de l'assurance sociale) prend à sa charge la totalité des frais et assume toutes les responsabilités en cas de maladie. Dans la plupart des cas, cela vaut pour les cinq premières années d'un nouveau contrat de travail, pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité par exemple et, depuis peu, pour les employés dont l'invalidité a été évaluée à moins de 35 % au bout de deux ans d'absence pour maladie et qui ne sont pas capables de continuer de travailler pour leur employeur. L'exemption « zéro risque » n'est permanente que dans certains cas, par exemple pour les bénéficiaires de la prestation Wajong. La politique du risque zéro et la multiplication des contrats temporaires ont conduit à une augmentation importante ces dernières années du nombre de personnes qui, en cas de

maladie, sont prises en charge par l'autorité de l'assurance sociale. Cette nouvelle réalité devra être prise en compte plus énergiquement.

B. Renforcer l'accent mis sur le travail par le régime de prestations

Dès le début des années 90, les pouvoirs publics avaient conclu que les changements apportés aux incitations à l'employeur devaient être complétés par des changements dans les incitations aux travailleurs de façon à accroître la nature activatrice de l'ensemble du système. Pour ce faire, le régime de prestations d'invalidité a été modifié de fonds en comble en 1994. L'objectif principal était de réduire le niveau des prestations en fonction de l'âge. Les droits à prestations ont été divisés en deux périodes, la première durant laquelle les versements sont liés aux revenus du bénéficiaire et la deuxième durant laquelle ils sont en partie calculés par rapport au salaire minimum. La durée de la première période augmente avec l'âge. En 1994, il a également été décidé de procéder à la réévaluation d'un grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité sur la base de critères d'accès légèrement révisés à la suite de la suppression la même année de l'évaluation de la capacité de l'employé à exercer son activité normale.

Ces changements intervenus il y a près de 15 ans n'ont toutefois pas eu d'effet durable. Premièrement, la réforme des prestations a été largement compensée par des compléments correspondants des allocations versées par les employeurs prévus par les conventions collectives. Deuxièmement, si de nombreux bénéficiaires avaient perdu leurs droits après la réévaluation au milieu des années 90, nombre d'entre eux avaient – souvent avec succès – fait de nouvelles demandes les années suivantes, de sorte que les taux de bénéficiaires en 2000-02 ont retrouvé leur niveau d'avant la réforme.

Dix ans plus tard, on s'est donc à nouveau efforcé de modifier les incitations destinées aux travailleurs. En 2004, un nouveau cycle de réévaluations des personnes de moins de 50 ans (plus tard limité aux personnes de moins de 45 ans) a débuté et s'achèvera en 2009. Une fois encore, cela a été fait sur la base de critères d'accès plus stricts, notamment en accordant encore moins d'importance à la disponibilité réelle d'emplois. Les informations dont on dispose indiquent que les réévaluations conduisent à des réductions de prestations, voire à des suppressions, dans 40 % des cas. La difficulté est d'aider ces personnes – qui, suivant leurs antécédents professionnels, peuvent avoir droit à des prestations de chômage – à reprendre un emploi, pour éviter un grand nombre de demandes de prestations d'invalidité dans les années à venir.

En 2005, à la suite de l'extension de la période d'indemnisation de la maladie à deux ans, un accord visant à accroître les incitations pour que les travailleurs fassent de leur mieux pour retrouver un travail a été conclu avec les partenaires sociaux. Dans la grande majorité des conventions collectives, les prestations de maladie ne sont plus complétées pour atteindre 100 % du salaire pendant la période complète de deux ans. Au lieu de cela, une règle de 170 % a été mise en place : le taux de remplacement est maintenant de 170 % sur deux ans dans la plupart des cas (généralement 100 % la première année et 70 % la deuxième).

À partir de 2006, un nouveau régime d'invalidité a été décrété ; il avait été convenu deux ans plus tôt, et concernait donc toute personne se déclarant malade à partir du 1^{er} janvier 2004. Le but essentiel de cette réforme est d'identifier les personnes qui ne sont pas capables de travailler et de renforcer les incitations au travail pour celles qui le peuvent. Le premier groupe perçoit des prestations publiques supérieures, à condition que la perte de capacité soit permanente, et aucune tentative de réinsertion n'est faite. Le deuxième

groupe fait l'objet d'un certain nombre de changements destinés à exploiter plus efficacement leur capacité de travail résiduelle. Reste à savoir quel sera l'impact réel de la réforme, mais il est certain qu'elle présente un potentiel considérable.

Premièrement, au cours de la première période de versement de prestations, les droits du deuxième groupe seront forfaitaires, la référence étant le salaire minimum, à moins que la personne n'utilise au moins la moitié de sa capacité résiduelle. Dans le cas d'une perte de capacité de 60 %, par exemple, il faudrait que la personne travaille au moins 20 % (c'est-à-dire la moitié du potentiel résiduel de 40 %) qui lui donnerait droit à un complément de salaire couvrant 70 % de la perte de salaire⁷. L'une des faiblesses de cette réglementation, c'est qu'elle ne présentera un intérêt que pour ceux qui auparavant gagnaient considérablement plus que le salaire minimum. Deuxièmement, les personnes qui présentent des pertes de capacité de travail de l'ordre de 15 % à 34 % ne sont plus habilitées à percevoir une prestation d'invalidité. Troisièmement, les compléments des prestations d'invalidité ne sont plus aussi fréquents qu'avant. Les informations disponibles donnent à penser que les compléments sont courants dans une convention collective sur trois, et sont limités à une période se situant entre un et cinq ans, et ne garantissent quasiment jamais un complément équivalent à 100 % du précédent salaire.

C. Remaniement du paysage institutionnel

Les changements apportés aux incitations à l'employeur et à l'employé ont également été complétés par des modifications de l'environnement institutionnel. En 2002, une administration nationale chargée de la gestion des assurances des employés a été créée, qui est responsable des questions de prestations (qui demeurent) et de la plupart des dossiers de réinsertion. Cette institution, l'UWV, a remplacé les cinq organismes d'assurance privés spécialisés par secteur qui existaient auparavant, qui eux-mêmes n'avaient été fondés qu'en 1997 en remplacement de cinq organismes d'assurance des employés qui alors étaient contrôlés à 100 % par les partenaires sociaux. En résumé, la réforme institutionnelle a retiré, en deux étapes, la responsabilité de la gestion du système d'assurance sociale aux partenaires sociaux.

À l'occasion de la création de l'UWV, le service public de l'emploi a été démantelé. La plupart des services de l'emploi, qu'ils s'adressent aux travailleurs handicapés ou aux chômeurs classiques, ont été intégrés dans l'UWV. Seules des activités mineures relatives aux personnes pouvant être facilement placées sont demeurées dans une organisation du travail et du revenu (CWI) distincte sous le contrôle des partenaires sociaux. Les municipalités sont responsables de l'intégration des allocataires de l'aide sociale ainsi que des non-allocataires. Cette mission a été renforcée avec une réforme mise en œuvre en 2004, qui a séparé les budgets des administrations locales en deux flux : une composante emploi, qui ne peut être utilisée que pour des mesures d'activation, et une composante prestations, que la municipalité peut utiliser à sa guise.

Depuis 2002, différentes actions sont en cours pour mieux intégrer l'UWV et la CWI. Depuis 2002 déjà, la CWI fonctionne sous forme de guichet unique à la fois pour l'UWV et les municipalités et dans le cadre de cette fonction, par exemple, elle renvoie les demandeurs de prestations vers les organismes de gestion des prestations concernés. Ces dernières années, des locaux partagés ont été créés, qui regroupent également les trois organisations au niveau régional – dans la pratique, dans quelques cas, mais pas tous, avec une direction unique. Le but est d'accroître l'orientation client des services. Pour 2009, une fusion complète de l'UWV et de la CWI est prévue.

D. Orientation vers les prestataires privés de services et de prestations

L'évolution de la structure institutionnelle s'est accompagnée d'une sous-traitance accrue des services de l'emploi. À sa création en 2002, l'UWV était tenu de sous-traiter les services de réinsertion à des entreprises privées souvent à but non lucratif. C'est encore le cas aujourd'hui pour les personnes handicapées, tandis que pour les chômeurs classiques l'UWV est maintenant autorisé à fournir ses propres services. Les versements respectent le principe du « *no cure, less pay* » (ils sont proportionnels aux résultats obtenus), c'est-à-dire un premier versement de 20 %, 30 % au bout de six mois et 50 % après un placement réussi.

L'un des principaux objectifs des réformes de ces dernières années a été d'adapter les services de réinsertion aux besoins de chacun. Pour ce faire, en 2004 une nouvelle possibilité a été créée pour permettre aux personnes handicapées de concevoir leurs propres plans individuels de réinsertion (IRO). Le rôle de l'UWV est d'évaluer le contenu de l'IRO et, si elle l'approuve, d'organiser le plan avec une entreprise privée. Les IRO sont sous-traités un par un, et les versements dépendent du résultat obtenu par l'entreprise (habituellement 50 % au départ et 50 % lorsque la personne a un emploi pendant au moins six mois). Les premiers éléments laissent penser que les nouveaux IRO donnent de meilleurs résultats, même s'il reste à voir si cela tient ou non à des effets de sélection.

Des obligations de sous-traiter à des prestataires privés existent également pour les employeurs, y compris ceux qui quittent le régime public, comme décrit ci-dessus. De plus, le transfert des responsabilités en matière d'indemnités de maladie et d'une partie des responsabilités en matière de prestations d'invalidité aux employeurs a conduit à la création de nouveaux produits d'assurance privée. L'assurance maladie privée était florissante peu de temps après la réforme de 1996 (lorsque les employeurs sont devenus responsables d'une année complète d'indemnités de maladie). À l'heure actuelle, la plupart des petites entreprises disposent d'une forme ou d'une autre de réassurance privée pour les indemnités de maladie obligatoires, mais ça n'est pas le cas de la plupart des grandes entreprises (les taux de couverture varient de 86 % pour les entreprises de zéro à quatre employés à 10 % pour celles de plus de 100 employés). Les produits d'assurance vont de l'assurance traditionnelle, entièrement gérée par la société d'assurance, à l'assurance en excédent de pertes, qui ne couvre que les frais excessifs. Dans l'ensemble, le marché semble bien fonctionner.

Le marché de l'assurance invalidité a connu une hausse, quoique lente, depuis 1998, lorsque les employeurs ont été autorisés à quitter le régime public pour un certain laps de temps. On trouvait deux types de produits : les produits couvrant le risque pour les employeurs qui choisissaient de quitter le régime public, et les produits qui proposaient des versements complémentaires pour les employés. Depuis la dernière réforme des prestations en 2007, le marché de l'assurance invalidité est une fois encore en cours de transition. L'éventail des produits d'assurance s'élargit, notamment avec une nouvelle assurance complément de salaire pour les travailleurs souffrant d'un handicap mineur, c'est-à-dire les personnes qui ne sont pas suffisamment « handicapées » pour pouvoir prétendre à une prestation d'invalidité mais qui ne sont pas non plus capables de gagner le même salaire qu'avant. Reste à savoir quel sera l'impact à long terme de la dernière réforme sur le marché de l'assurance, ainsi que la réaction du marché sur les effets de la réforme elle-même. La privatisation partielle actuelle – avec possibilité de quitter le régime public en cas de handicap partiel et d'y rester en cas d'invalidité totale et permanente – pourrait bien exiger d'autres ajustements.

2.5. L'impact de la réforme récente et à venir

Les pays étudiés dans le présent rapport montrent que des résultats défavorables – tels qu'une dépendance excessive à l'égard des prestations d'invalidité – sont l'une des forces qui motivent le changement. En même temps, les réformes apportées depuis 20 ans à la politique de la maladie et de l'invalidité sont pour l'essentiel à la base des résultats actuels de chaque pays. Afin de pouvoir illustrer et comparer les politiques des différents pays et en dégager les grandes tendances, le rapport de l'OCDE (2003) présentait deux indices, l'un pour la *politique de l'insertion* et l'autre pour la *politique de l'indemnisation* (encadré 2.2).

Encadré 2.2. Illustration de l'approche retenue par les pays et tendances de la réforme

Lorsqu'on veut évaluer le concept global d'un système, le nombre d'éléments en jeu est si important qu'il est facile de se noyer dans les détails, en particulier lorsqu'on en examine les tendances au fil du temps. Pour avoir un aperçu raisonnable des politiques pratiquées par les pays et de leur évolution dans le temps, un indice regroupant les différents paramètres peut être utile.

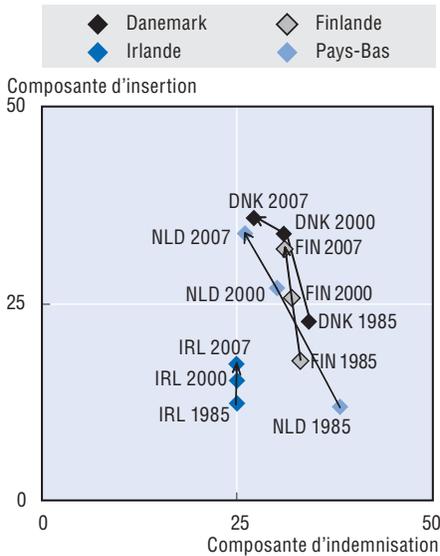
Des indices à deux dimensions ont été définis dans le rapport de l'OCDE de 2003. La première dimension est le niveau d'indemnisation. L'indice d'indemnisation prend en compte dix paramètres : i) la couverture du régime d'indemnisation ; ii) le niveau minimum d'incapacité ; iii) le niveau d'incapacité donnant droit à une indemnité à taux plein ; iv) le niveau maximum d'indemnisation par rapport à un salaire moyen ; v) la permanence des prestations ; vi) l'évaluation médicale ; vii) l'évaluation professionnelle ; viii) le niveau de l'indemnité maladie ; ix) la durée de l'indemnité maladie ; et x) le niveau et la durée de l'allocation chômage par rapport à l'allocation d'invalidité. Chaque pays est noté sur une échelle de 0 à 5 dans chaque catégorie. On ne cherche pas à classer ces catégories par importance ; elles ont toutes le même poids. Un pays dont la note totale est élevée pour la composante indemnisation est « généreux » pour les personnes handicapées qui ne travaillent pas.

La deuxième dimension est celle de l'insertion, qui prend également en compte dix paramètres : i) accès à des programmes différents ; ii) cohérence de la structure d'évaluation ; iii) responsabilité de l'employeur ; iv) programmes d'emploi aidés ; v) programmes d'emploi subventionnés ; vi) secteur des emplois protégés ; vii) programmes de réadaptation professionnelle ; viii) moment de la réadaptation ; ix) règles de suspension de la prestation ; et x) incitations au travail. Comme pour la composante indemnisation, chacune de ces catégories est notée de 0 à 5, avec un poids égal pour toutes. Un pays qui a un score d'insertion élevé pratique une politique plus active pour l'emploi des personnes handicapées. (On trouvera dans le rapport de l'OCDE de 2003, des précisions sur les différents aspects des politiques de 20 pays de l'OCDE en 1985 et 2000.)

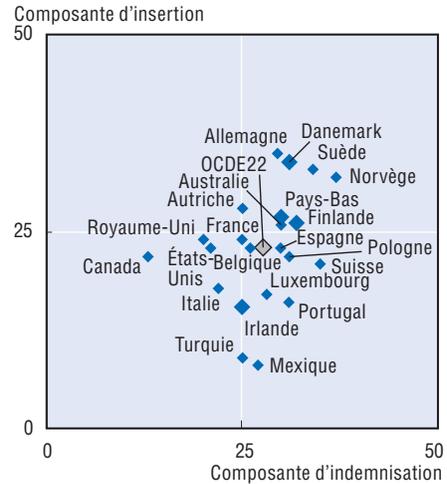
Selon cette typologie, par rapport à la moyenne OCDE pour 2000, le Danemark, la Finlande et les Pays-Bas présentaient tous des scores de réinsertion supérieurs à la moyenne, ce qui témoigne d'un ensemble plus solide de politiques d'activation. Cependant, les trois pays présentaient également des scores d'indemnisation supérieurs à la moyenne, ce qui indique un régime de prestations plus généreux et plus facilement accessible (graphique 2.1, partie B). Comme l'indiquait déjà le rapport de l'OCDE (2003), cela pourrait bien constituer un obstacle à de meilleurs résultats en termes de réinsertion. L'Irlande est un exemple inverse, les scores enregistrés pour les deux dimensions étant

Graphique 2.1. Comparaison entre pays et dans le temps des politiques de la maladie et de l'invalidité

Partie A. Typologie des politiques d'invalidité dans les quatre pays autour de 1985, 2000 et 2007



Partie B. Typologie des politiques d'invalidité dans 22 pays de l'OCDE vers 2000



Source : Mise à jour par le Secrétariat reposant sur les informations transmises par les autorités nationales et l'OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*.

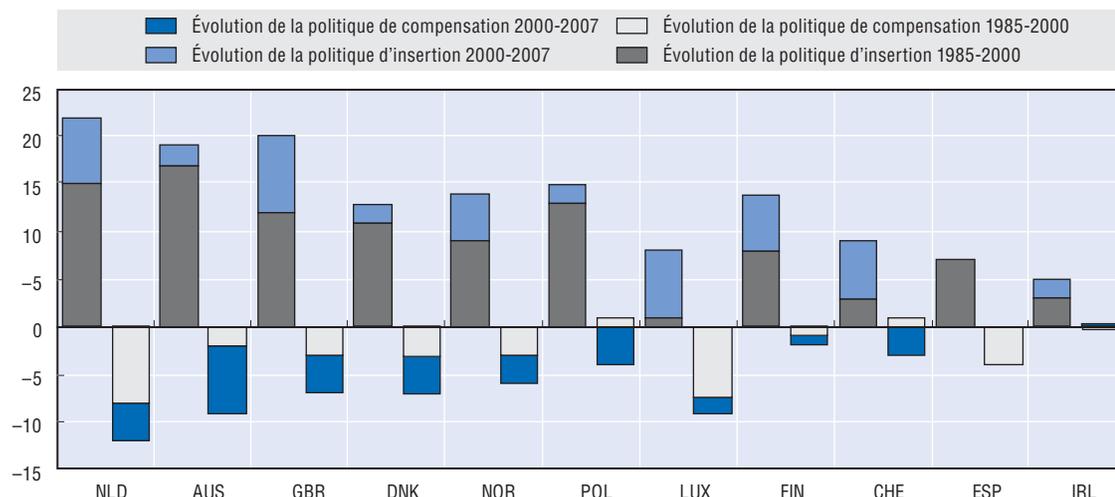
inférieurs à ceux du pays symbolique moyen de l'OCDE en 2000, et bien inférieurs à ceux des trois autres pays étudiés.

Le graphique 2.1 (partie A) représente également l'évolution de l'action, avant et après 2000. Globalement, dans les quatre pays, l'augmentation des scores de réinsertion (c'est-à-dire le renforcement des éléments de la politique de réinsertion) surpasse la baisse des scores en matière d'indemnisation, ce qui caractérise les réformes dans la plupart des pays de l'OCDE. L'Irlande n'a connu aucune réforme importante des prestations, notamment parce que le régime fait déjà partie des moins généreux et des moins accessibles. Par ailleurs, l'évolution vers l'activation a été mineure comparé aux trois autres pays étudiés, et en réalité à tous les autres pays. Les Pays-Bas ont connu la transformation la plus conséquente : doté au départ d'un système extrêmement généreux mais aussi passif en 1985, la politique actuelle de ce pays est autant axée sur l'intégration que celle des pays nordiques et le score du système de prestations aussi bas que celui de l'Irlande. En effet, l'intensité des réformes aux Pays-Bas a été beaucoup plus importante que dans tout autre pays de l'OCDE (graphique 2.2).

Plus que dans d'autres pays, aux Pays-Bas, les réformes du régime de prestations et de l'emploi se sont faites en parallèle, à la différence du Danemark où la réforme des prestations a suivi seulement après un profond élargissement des programmes de soutien à l'emploi. Cette chronologie des réformes a également été observée dans d'autres pays de l'OCDE, y compris l'Australie et la Pologne. Avec la récente réforme des prestations, toutefois, le Danemark a modifié plus profondément le régime de prestations que la plupart des autres pays de l'OCDE. Cela renforce l'orientation positive sur l'emploi que les gouvernements de la plupart des pays s'efforcent d'adopter et qui sert également les intérêts de la majorité des bénéficiaires. En Finlande au contraire, où l'orientation sur

Graphique 2.2. Les Pays-Bas sont le champion des réformes, tandis que peu de choses en changé en Irlande

Évolution des scores d'indemnisation et d'insertion, 1985-2000 et après 2000^a



a) Les pays sont classés en fonction de la somme décroissante des changements absolus entre 1985 et 2007.

Source : Estimations du Secrétariat reposant sur les informations transmises par les autorités nationales et l'OCDE (2006) et (2007a), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles* (vol. 1 et vol. 2), Paris.

l'intégration a été renforcée autant qu'au Danemark, une modification plus profonde de la dimension compensation n'a pas encore eu lieu.

Pour conclure, l'Irlande fait partie des pays de l'OCDE où les scores de la politique d'indemnisation dépassent de loin ceux de la politique d'insertion. En Finlande, le score de l'indemnisation reste élevé par rapport à celui de l'insertion – à noter, toutefois, que cette typologie en dit peu à la fois sur la mise en œuvre de la réglementation et l'efficacité des politiques. Une telle situation était caractéristique de la quasi-totalité des pays de l'OCDE en 1985, mais ils sont de moins en moins nombreux aujourd'hui. Cela donne à penser que d'autres changements d'orientation sont possibles dans ces deux pays en particulier, et spécialement en Irlande. Le Danemark et les Pays-Bas sont récemment devenus des exemples de pays affichant un score d'insertion supérieur à celui de l'indemnisation, c'est-à-dire une forte orientation vers l'emploi associée à un régime de prestations de plus en plus strict. Une telle approche présente un potentiel considérable d'amélioration future des résultats sur le plan de l'emploi.

Notes

1. Avant la réforme, il était non seulement plus facile de percevoir une prestation d'invalidité (le droit à une prestation pour une perte de capacité de 50 % a été supprimé) et de percevoir une subvention au titre d'un emploi flexible (le droit à une subvention pour une perte de capacité de un tiers a été supprimé), mais il existait également une zone de chevauchement entre la perte de capacité de un tiers et de deux tiers au titre de laquelle la municipalité pouvait « choisir » d'octroyer soit une prestation d'invalidité soit un emploi flexible.
2. Un autre changement apporté par la réforme des pensions de 2005 est le passage à l'utilisation des revenus à vie comme référence pour le calcul des droits à prestations. Ce changement a été complété par une indexation plus généreuse des revenus antérieurs, qui sont maintenant en grande partie indexés sur le salaire. Avant 2005, les revenus de référence étaient les dix dernières années de chaque contrat de travail, les droits étant calculés séparément pour chaque contrat de travail. Les revenus de référence pour les années octroyées, depuis la survenue de l'invalidité jusqu'à l'âge de la retraite, sont la moyenne des revenus des cinq années ayant précédé la

survenue du handicap. Avant 2005, les derniers revenus étaient pris en compte comme base de calcul pour ces années accordées. Enfin, la réforme a également introduit un coefficient d'espérance de vie le selon lequel les droits à prestations seront automatiquement adaptés en fonction de l'évolution de l'espérance de vie à compter de 2009.

3. On parle souvent de tunnel du chômage parce que les chômeurs de plus de 57 ans sont *de facto* confrontés à des exigences très limitées, voir inexistantes, en termes de recherche d'emploi. À compter de 62 ans, ils peuvent choisir de partir en retraite avec une pension de retraite sans réduction actuarielle.
4. Cette conclusion est étayée plus avant par le versement permanent de pensions généreuses aux travailleurs à temps partiel de 58 ans et plus, dont les revenus baissent à 35 % à 70 % de leurs précédents revenus à plein-temps et les horaires de travail à 16-28 heures par semaine. Le système de pension au titre d'un travail à temps partiel compense 50 % de la perte de revenu, et la personne a droit à sa pension de retraite comme si elle avait poursuivi son travail à plein temps.
5. Le service de santé publique (HSE, *Health Service Executive*) a été mis en place en janvier 2005 et est chargé de fournir les services de santé et les services sociaux individuels en Irlande dans la limite des ressources disponibles.
6. Pendant le projet pilote *Renaissance*, plus de trois demandeurs sur quatre ont quitté le régime de prestations après l'intervention, quelque 90 % d'entre eux reprenant un emploi rémunéré. Le projet pilote ayant donné de bons résultats, il a maintenant été étendu à 16 000 demandes (contre 1 600 dans le cadre du projet pilote) tandis que le DSFA envisage également d'étendre le processus d'intervention précoce qu'il utilise pour évaluer les demandeurs souffrant d'autres maladies, tels que ceux qui ont des problèmes de santé mentale.
7. À l'origine la réforme prévoyait que les personnes utilisent 100 % de leur capacité résiduelle pour avoir droit à un complément de salaire, mais cette disposition a été édulcorée au cours des négociations politiques. De la même manière, le groupe de ceux « qui ne sont pas capables de travailler » (qui ont droit à une prestation supérieure) est maintenant défini comme celui des personnes dont la capacité de gain est réduite de 80 % ou plus, plutôt que les personnes qui ne sont pas capables de travailler du tout.

Bibliographie

- OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité : promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005c), *Vieillesse et politiques de l'emploi : Finlande*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 1) : Norvège, Pologne, Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 2) : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Les impôts sur les salaires : 2005-2006*, OCDE, Paris.
- Polanczyk, G., M.S. de Lima, B.L. Horta, J. Biederman et L.A. Rohde (2007), « The Worldwide Prevalence of ADHD : A Systematic Review and Meta Regression Analysis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 164, n° 6, pp. 942-948.

Chapitre 3

Entrer dans un régime de prestations et en sortir : le rôle de l'État

Il est important d'agir précocement pour éviter que des problèmes de santé ne se transforment en pathologies graves, entraînant au final une demande de prestations d'invalidité. Si le Danemark et les Pays-Bas ont défini des directives pour le suivi des absences pour maladie des travailleurs, il n'existe pas de dispositif de ce type en Finlande et en Irlande. Les pays doivent en outre s'attacher à mieux identifier et aider les personnes présentant des problèmes de santé lorsque celles-ci sont sans emploi régulier ou au chômage. Les Pays-Bas sont le seul pays à avoir élaboré des directives spécifiques pour résoudre les obstacles au travail liés à la santé que rencontre ce groupe.

Parallèlement, des mesures de réinsertion efficaces sont nécessaires, car les personnes présentant une incapacité éprouvent d'importantes difficultés à sortir du régime d'invalidité et à trouver un emploi durable. Le Danemark a déployé des efforts considérables pour encourager l'emploi sur le marché du travail ordinaire à travers des subventions salariales, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour éviter une utilisation abusive de ces « emplois flexibles ». En revanche, une grande partie des personnes ayant des problèmes de santé restent dans des emplois protégés aux Pays-Bas. En Irlande comme en Finlande, un manque d'orientation systématique vers les services de l'emploi restreint les chances des personnes présentant une incapacité de reprendre une activité.

Ce chapitre s'intéresse aux politiques qui visent à freiner les flux d'entrée dans les régimes d'invalidité et à encourager les flux de sortie de ces systèmes. Le traitement des taux élevés, et parfois croissants, de bénéficiaires de prestations d'invalidité doit être abordé en deux temps : d'abord, en limitant les entrées dans ce type de régimes, puis en encourageant les sorties. Il est possible de s'attaquer aux flux d'entrée importants en améliorant la gestion de la maladie et la réadaptation et en veillant à appliquer des critères d'évaluation plus stricts. Le flux de sortie du régime d'invalidité est souvent faible, en partie à cause des difficultés de récupération des personnes qui ont des problèmes de santé et en partie à cause des efforts insuffisants de promotion de la réadaptation professionnelle et de l'emploi auprès des bénéficiaires.

Ce chapitre est principalement axé sur le rôle de l'État et sur ce que l'action publique accomplit et pourrait accomplir en termes de limitation des flux d'entrée et d'accroissement des flux de sortie. À ce titre, il ne présente pas en détail le rôle des autres acteurs, traité dans les chapitres suivants. Plus précisément, le rôle et les incitations des employeurs sont examinés au chapitre 4 et ceux des individus avec ou sans emploi sont développés au chapitre 5. Le chapitre 6 offre une analyse plus poussée des structures et incitations des institutions.

La structure du présent chapitre est la suivante : la première section fournit un aperçu, du point de vue de l'État, du processus de passage de la maladie à l'invalidité dans les quatre pays. Elle s'intéresse aux parcours qui aboutissent le plus fréquemment au versement de prestations d'invalidité, et aux politiques qui encadrent le suivi de l'absence pour maladie des travailleurs ou s'adressent aux personnes présentant des problèmes de santé et sans emploi. Suit une description de la manière dont l'invalidité est évaluée et de l'incidence de ces critères d'admission sur les entrées dans le régime. La deuxième section examine l'importance des mesures de réadaptation et d'activation pour mettre fin à la dépendance à long terme à l'égard des prestations. La dernière section résume les problèmes rencontrés par les quatre pays en termes d'action publique dans ce domaine.

3.1. Quitter le marché du travail pour un régime de prestations

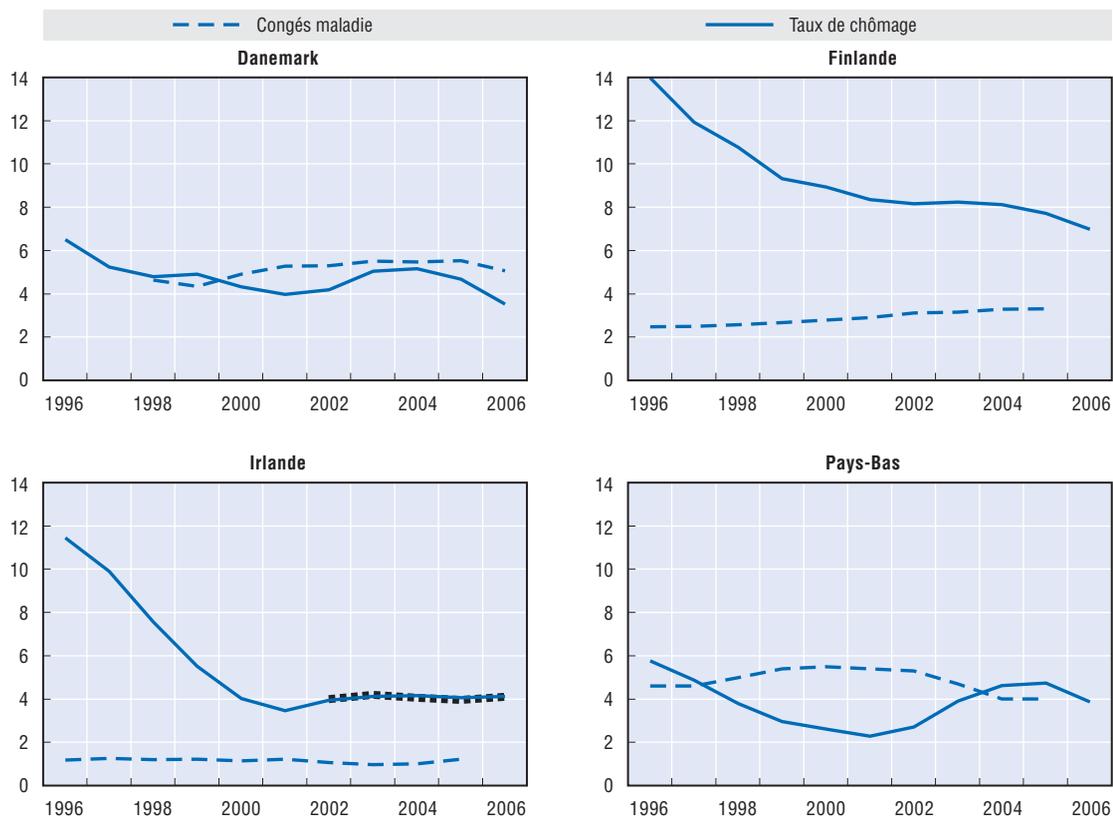
Cette section décrit les diverses méthodes de suivi de l'absence pour maladie dans les différents pays et étudie les actions possibles dans ce domaine, y compris en faveur des personnes qui sont au chômage au moment où elles tombent malades. L'examen des différents critères d'évaluation souligne les problèmes du contrôle de l'accès aux prestations d'invalidité, en particulier pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale.

A. Suivi de la santé et des absences des travailleurs malades

Les niveaux d'absence pour maladie sont autour de 4-5 % de la main-d'œuvre dans les quatre pays mesurés à partir de la première journée d'absence (3.3 % en Finlande, comme montré sur le graphique 3.1, une fois exclues les absences ayant une durée de moins de neuf jours). Les taux les plus importants, et légèrement supérieurs à la moyenne de l'OCDE,

Graphique 3.1. Il existe une relation inverse entre maladie et chômage, en particulier aux Pays-Bas

Part des travailleurs absents et part de la population active au chômage (en pourcentage), 1996-2006^a



- a) Pour obtenir le taux d'absence pour maladie, on calcule d'abord le nombre total de jours d'absence par an en multipliant le nombre de périodes d'absence par la durée moyenne de celles-ci. Le résultat est ensuite divisé par la population active, donnant le nombre moyen de jours de maladie par personne. Ce chiffre est ensuite divisé par le nombre réel de jours ouvrables (obtenu en éliminant les congés annuels minimums légaux et les jours fériés payés) dans chaque pays. Pour l'Irlande, la série des congés de longue maladie provient d'une estimation de l'UE-EFT, qui fournit la proportion de salariés absents en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une incapacité temporaire pendant la semaine entière précédant cette enquête. La série des congés de maladie de courte durée, uniquement disponible pour la période 2002-06 (ligne en pointillés noirs), est tirée d'enregistrements administratifs et mesure l'arrêt maladie à partir du premier jour d'absence, comme les données des trois autres pays.

Source : Pour le chômage, Base de données de l'OCDE sur les statistiques de la population active ; pour les données sur la maladie : Base de données DREAM du ministère de l'Emploi (Danemark) ; KELA (Finlande) ; UE-EFT (série EFT) et ministère des Affaires sociales et de la Famille (série administrative) (Irlande) ; et CBS (Pays-Bas).

sont enregistrés au Danemark et autour de 4 % dans les trois autres pays. Ces niveaux se sont montrés relativement stables au Danemark et en Irlande alors qu'ils ont diminué aux Pays-Bas. À l'inverse, les taux d'absence pour maladie ont augmenté de 20 % dans les dix dernières années en Finlande, et de 50 % pour ce qui concerne les absences de longue durée.

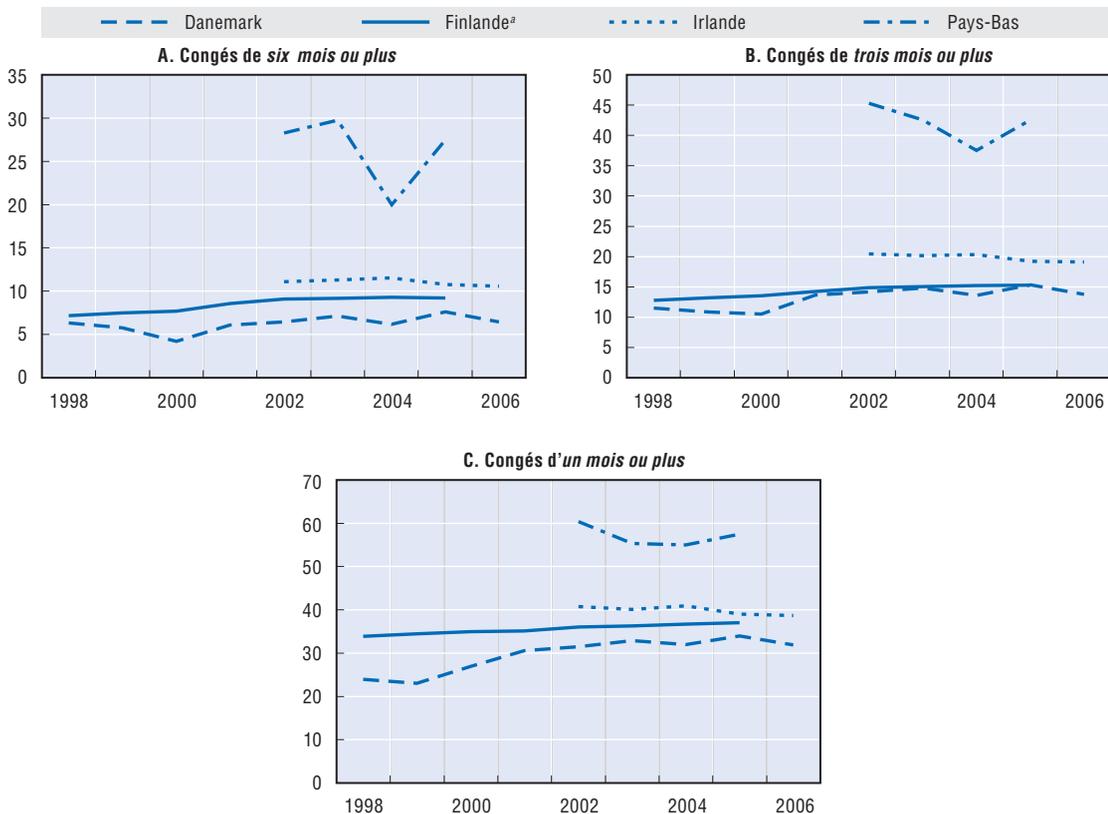
L'absence pour maladie évolue inversement à la conjoncture au Danemark, en Finlande et, de façon plus importante, aux Pays-Bas : elle croît pendant les périodes d'expansion économique et recule lorsque le taux de chômage est élevé (graphique 3.1). Aux Pays-Bas, on a constaté qu'une progression de 1 % du chômage entraînait une diminution de l'absence pour maladie de 0,25 % (Jehoel-Gijsbers, 2007). Plusieurs théories économiques offrent une explication de la relation entre chômage et absence pour

maladie : premièrement, dans les périodes de prospérité, les conditions de travail peuvent se détériorer (du fait d'une accélération des rythmes et d'une augmentation du stress au travail), entraînant davantage d'accidents et une détérioration de la santé ; deuxièmement, il est également possible que pendant ces phases, des personnes en marge du marché du travail, de santé plus fragile, rejoignent la population active ; enfin, un chômage élevé peut promouvoir une plus grande discipline chez les travailleurs en augmentant leur crainte d'être renvoyés.

La proportion d'absences de longue durée est similaire au Danemark, en Finlande et en Irlande, quelle que soit la définition retenue pour le terme « longue durée » (graphique 3.2). Les Pays-Bas se distinguent avec une proportion bien supérieure d'absences de longue durée, que l'on peut probablement attribuer en partie à une sous-déclaration des absences plus courtes (compte tenu du fait que l'on ne collecte plus de statistiques publiques sur les absences) et en partie au versement intégral des salaires pendant une période plus longue en cas d'absence. Au Danemark et surtout en Finlande, l'augmentation des niveaux globaux d'absence est largement due à une progression lente, mais constante, des absences de plus longue durée, notamment de celles comprises entre un et trois mois. Cette progression est elle-même probablement en partie liée à un effet de composition résultant de l'augmentation de l'emploi de groupes plus vulnérables,

Graphique 3.2. L'absence de longue durée est en progression au Danemark et en Finlande, mais reste particulièrement élevée aux Pays-Bas

Part des périodes d'absence pour maladie de longue durée dans l'ensemble des périodes d'absence, 1998-2006



a) Pour la Finlande, la période de référence est de 150 jours au minimum.

Source : Ministère danois de l'Emploi (Base de données DREAM) ; KELA (Finlande) ; ministère des Affaires sociales et de la Famille (Irlande) ; et CBS (Pays-Bas).

en particulier de personnes atteintes de maladies chroniques. Un autre facteur mis en évidence pour le Danemark est la proportion plus importante des emplois associés à un haut niveau d'absence, par exemple dans le secteur de la garde d'enfants, le secteur social et celui de la santé (Lund *et al.*, 2007). En Irlande, au contraire, la proportion d'absences de plus longue durée a récemment commencé à décroître.

Les pouvoirs publics devraient s'attacher à contrôler l'état de santé et la capacité de travail des personnes bénéficiant d'une prestation d'assurance maladie afin de déterminer les cas potentiellement à risque et d'éviter le transfert à un régime de prestations de plus longue durée. On a constaté aux Pays-Bas que des vérifications des droits d'accès aux prestations et une sélection plus stricte augmentaient les efforts de réintégration et les taux de reprise du travail en cours d'absence pour maladie (de Jong *et al.*, 2007). À l'opposé, en Suède, il a été établi qu'un suivi plus tardif, consécutif au report de la date à laquelle un certificat médical était exigé, augmentait la durée des arrêts maladie (Hesselius *et al.*, 2005). Le moment de l'intervention et un contrôle efficace des causes d'absence pour maladie apparaissent comme des éléments essentiels dans l'élaboration par les pouvoirs publics du processus de gestion de la maladie.

Pour freiner leur fort taux d'absence, le Danemark et les Pays-Bas ont mis chacun en place un processus d'intervention précoce et de suivi des absences, bien qu'ils l'aient confié à des acteurs différents. Aux Pays-Bas, les employeurs, ou plutôt les services de santé professionnelle de l'entreprise, sont responsables du suivi des maladies des travailleurs. Au Danemark, la responsabilité incombe avant tout aux municipalités, qui sont incitées à limiter les congés maladie de longue durée du fait que l'État ne rembourse plus ces coûts après 52 semaines ; au cours de la première année, l'État et la municipalité partagent les frais à parts égales¹. Aux Pays-Bas, il y a eu une évolution vers l'internalisation des coûts de la maladie, les employeurs ayant été rendus responsables depuis 2002 de la prévention de la maladie et de la réintégration des salariés arrêtés². Les employeurs doivent à présent payer les salaires des employés malades pendant un délai maximal de deux ans ; l'incitation économique à limiter les affections de longue durée est donc considérable. La gestion de la maladie des travailleurs sans employeur reste sous la responsabilité de l'Institut pour la gestion des assurances sociales des salariés, l'UWV (section 3.1.B).

En ce qui concerne les différentes étapes, les deux pays ont établi des directives appelant à mettre en œuvre un plan spécifique de reprise du travail, comprenant des activités et des dates d'évaluation, dans les deux à trois mois (tableau 3.1). Aux Pays-Bas, le plan est élaboré par l'employeur avec le salarié à la huitième semaine et des évaluations périodiques doivent avoir lieu toutes les six semaines. Au Danemark, depuis juillet 2005, le nouveau programme de réduction des absences pour maladie comprend une assignation des maladies en trois catégories, avec des formulaires d'information normalisés plus axés sur le travail et de nouvelles règles de suivi. La surveillance des absences pour maladie vise plus spécifiquement la catégorie la plus susceptible de se transformer en affection de longue durée et/ou de compromettre l'aptitude au travail. Le suivi est réalisé toutes les quatre semaines pour la catégorie la plus à risque (toutes les huit semaines pour les autres) et un plan de suivi doit être établi sous 16 semaines.

Au Danemark, des travailleurs sociaux municipaux sont chargés de coordonner la gestion de la maladie avec les employeurs et les médecins et ont à leur disposition un ensemble d'outils qui ne sont cependant pas toujours exploités systématiquement. Les tables rondes, instruments de dialogue avec les employeurs et les médecins, sont l'un des

Tableau 3.1. **Processus d'évaluation de l'évolution de la maladie en invalidité : dates clés et obligations à compter de 2008**

Chronologie	Danemark	Finlande	Irlande	Pays-Bas
<i>Une semaine</i>		Un certificat médical est exigé à partir du premier/ troisième jour de maladie.	Délai de carence de six jours ; le DFSA commence à verser les indemnités de maladie à réception du certificat médical.	L'employeur doit informer le médecin de la société sous une semaine
<i>Deux/trois semaines</i>	Les indemnités de maladie sont payées par l'employeur pendant les 21 premiers jours, puis par la commune.	Les neuf premiers jours (samedi compris), le salaire est intégralement payé par l'employeur, puis le KELA verse des indemnités de maladie.	Certificats médicaux hebdomadaires exigés	
<i>Quatre semaines</i>	Catégorisation du risque. Suivi toutes les quatre semaines pour les patients à risque et toutes les huit semaines pour les autres.	La plupart des conventions collectives prévoient le paiement d'un congé de maladie par l'employeur pendant plusieurs semaines		
<i>Huit semaines</i>		Après 60 jours, un congé de maladie partiel peut être demandé ; l'évaluation des besoins de réadaptation est réalisée par le KELA.		Un plan de réintégration doit être élaboré. Si le contrat prend fin avant deux ans, l'UWV en est averti et effectue le suivi.
<i>Trois mois</i>	Élaboration du plan de suivi après 16 semaines			L'employeur informe l'UWV. Déplacement en semaine 42 prévu.
<i>Six mois</i>		Consultation de KELA sur les besoins de réadaptation et la possibilité de demander une pension. Le système de pension des salariés est notifié d'une possible demande de pension.		
<i>12 mois</i>	Durée maximale des indemnités de maladie, sauf en cas d'affection chronique (deux ans au maximum).	Après 300 jours d'indemnisation (samedi compris) pour la même maladie, fin des indemnités de maladie	Après un an, la personne peut demander une pension d'invalidité	
<i>Un an et demi</i>				Demande de pension d'invalidité avec copie du rapport de réintégration en semaine 91.
<i>Deux ans</i>				Si les efforts de réintégration sont jugés suffisants, la pension est accordée ; sinon, l'extension d'un an du paiement des indemnités de maladie par l'employeur et/ou la réduction des indemnités sont possibles.

Source : Compilation par les auteurs des informations fournies par les autorités nationales.

moyens envisageables pour prévenir le risque de glissement vers l'absence de longue durée et pour surmonter les problèmes de confidentialité en cas de maladie. Il reste toutefois des problèmes de coordination du suivi des absences entre les médecins, les employeurs et les municipalités. Les municipalités danoises semblent notamment ne pas coopérer de façon suffisamment active avec les employeurs dans les domaines du maintien dans l'emploi et

de l'adaptation des postes de travail des salariés malades, en dépit d'efforts dans ce sens avec la réforme de 2005. De même, la coopération entre les travailleurs sociaux et les médecins traitants doit encore être améliorée (Damgaard et Boll, 2007).

Certains changements spécifiques de politique dans le domaine de la maladie et de l'invalidité ont apparu avoir une incidence considérable sur le niveau des absences. D'un point de vue historique, l'absence pour maladie aux Pays-Bas est aujourd'hui relativement faible : de son niveau record de 10 % en 1980, elle est passée à 4.6 % en 2006. Les changements mis en œuvre avant 1995, notamment une diminution du pourcentage de remboursement à l'employeur, avaient entraîné une baisse importante de ce type d'absences. La plupart des évolutions plus récentes (Loi sur l'amélioration de la détection, encadré 3.1) semblent avoir uniquement limité l'absence des femmes (Jehoel-Gijsbers, 2007), tout en constituant l'un des principaux facteurs de la chute du flux d'entrée dans le régime d'invalidité constatée dernièrement. Il est trop tôt pour évaluer l'incidence des changements récents des politiques danoises sur l'absence globale pour maladie dans ce pays, mais une étude sur un petit échantillon de salariés indique que les nouveaux modes d'évaluation organisés par les travailleurs sociaux municipaux chargés de la gestion des dossiers ont renforcé la probabilité que les personnes reprennent leur travail dans l'entreprise qui les employait avant leur congé de maladie (Hogelund et Holm, 2006).

L'absence pour maladie est plus importante dans la tranche d'âge très actif, sauf chez les hommes aux Pays-Bas. Ces constatations viennent démentir l'idée que les personnes plus âgées présentent un risque d'absence plus important en raison d'une santé statistiquement plus fragile (encore qu'il puisse aussi y avoir un problème de sélection, les travailleurs d'un certain âge encore en activité étant les personnes en meilleure santé). Se pose alors la question de déterminer les facteurs, en particulier ceux liés au travail, qui sont derrière ce phénomène et les actions que les pouvoirs publics peuvent entreprendre pour diminuer l'absence au sein de cette tranche d'âge. Dans les quatre pays, les femmes enregistrent des taux d'absence pour maladie plus élevés. Outre l'âge et le sexe, le niveau d'études, le type d'emploi et le secteur constituent de bonnes variables prédictives pour l'absence, notamment l'absence pour affection de longue durée. Aux Pays-Bas, on a constaté que certaines caractéristiques individuelles constituaient également d'excellentes variables explicatives de l'absence pour maladie, comme, logiquement, la santé de la personne, suivie du temps consacré aux tâches ménagères. Parmi les facteurs liés au travail, les variables les plus importants pour prédire l'arrêt maladie sont les facteurs psychosociaux, en particulier les relations avec la hiérarchie et les pratiques d'intimidation, ainsi que la pression professionnelle (Jehoel-Gijsbers, 2007).

Les Pays-Bas et la Finlande ont mis en place de nombreuses mesures pour exiger des employeurs qu'ils fournissent un environnement de travail sain afin de lutter contre l'absence pour maladie, les accidents du travail et d'autres problèmes de santé sur le lieu de travail. Dans ces deux pays, la législation contraint chaque société à mettre à la disposition de ses salariés des services de santé professionnelle (SSP). Aux Pays-Bas, le rôle de ces services (*Arbodienst*) est plus étendu qu'en Finlande et comprend des conseils de prévention, mais également la gestion de l'absence pour maladie et la prescription de traitements de réadaptation. En Finlande, la fourniture de ces services de santé professionnelle est également plus inégale, car les SSP peuvent relever de dispensaires municipaux ou de centres médicaux privés, ou encore de services intégrés dans l'entreprise (chapitre 4).

Encadré 3.1. **Gestion de la maladie aux Pays-Bas : la Loi sur l'amélioration de la détection**

La Loi sur l'amélioration de la détection d'avril 2002 visait à accroître la probabilité de réintégration en renforçant les responsabilités des employeurs et des salariés dans le processus. Les règles ont été revues après 2004, avec un allongement de la phase de maladie couverte par l'employeur, qui est passée de un à deux ans. La composante la plus importante de cette nouvelle mesure est le renforcement des obligations de réintégration. Parmi les nouvelles responsabilités de l'employeur figure la nécessité d'offrir au salarié un emploi approprié ou de procéder à l'adaptation nécessaire du lieu de travail. La loi confère également un rôle plus important au salarié dans la préparation du rapport de réintégration. En échange, le salarié doit accepter les offres d'aménagement raisonnables. En effet, si l'employé fait obstacle à son retour rapide au travail, l'employeur est en droit de suspendre le paiement des salaires.

Lors d'une demande de prestations d'invalidité, un rapport de réintégration doit récapituler les actions entreprises pour accélérer le retour au travail. Ce rapport fournit à l'UWV à la fois les informations médicales et les informations relatives au travail dont cet organisme a besoin pour évaluer les efforts de réintégration et décider de l'octroi de prestations d'invalidité. Si les efforts de réintégration décrits dans le rapport sont jugés insuffisants par l'UWV, des sanctions peuvent être décidées à l'encontre de l'employeur et du salarié. L'UWV peut notamment prolonger d'un an la phase de paiement obligatoire des salaires en cas de maladie. Selon les données de l'UWV, cela se produit dans 13 % des cas examinés. Le salarié peut également être sanctionné par la réduction de ses prestations d'invalidité.

La réglementation définit les étapes obligatoires et les efforts minimums attendus de l'employeur, du salarié et des services santé professionnelle. Les directives comprennent l'obligation pour l'employeur d'informer les services de santé professionnelle (*Arbodienst*) au cours de la première semaine. Ceux-ci, après consultation du salarié malade, fournissent aux deux parties un avis sur la reprise du travail. La huitième semaine, l'employeur et le salarié doivent définir le plan de réintégration, détaillant les étapes concrètes qui doivent mener à la reprise du travail et les conditions dans lesquelles les évaluations des progrès seront réalisées. Les directives actuelles prévoient des évaluations à intervalles de six semaines. Après la première année de maladie, un rapport d'évaluation est établi par l'employeur et le salarié afin de récapituler les efforts de réintégration et les étapes prévues pour la deuxième année de maladie. Un rapport de réintégration final est préparé entre les semaines 87 et 91 de la maladie, lors du dépôt d'une demande de prestations d'invalidité.

De tels services n'existent pas au Danemark, mais des réformes de la Loi sur l'environnement de travail (mettant notamment l'accent sur l'évaluation des risques et l'incidence de l'environnement de travail sur l'absence pour maladie) prévoient certaines obligations des entreprises en matière de suivi et gestion de cette catégorie de problèmes. Le service d'inspection (autorité danoise chargée des questions d'environnement de travail) visite les entreprises sans avis préalable et peut leur demander de faire appel à un conseiller pour résoudre les problèmes liés aux questions de l'environnement de travail. Si les infractions ne sont pas corrigées dans les six mois, des mesures plus drastiques peuvent être prises, notamment des sanctions financières ou des poursuites judiciaires. Les évaluations des entreprises sont en outre publiées, de même que toutes les infractions, sur le site Internet du service d'inspection. On prévoit également la possibilité de faire

bénéficier les employeurs de services de conseil sur la gestion de l'absence pour maladie et le maintien des salariés dans l'entreprise, dans le cadre des services de contrôle de l'autorité chargée des questions d'environnement de travail.

Les indemnités de maladie en Finlande sont payées par l'Institut d'assurances sociales (KELA) qui doit évaluer les besoins de réadaptation après 60 jours ouvrables en cas d'affection de longue durée (tableau 3.1). Cependant, du fait des conventions collectives qui étendent de plusieurs semaines le paiement des indemnités de maladie et du caractère rétroactif du remboursement des coûts de l'employeur, le KELA n'est pas toujours informé. Cet organisme n'est donc pas toujours en mesure de réaliser le suivi et l'évaluation des besoins de réadaptation de manière précoce. En cela, le KELA ne semble pas très bien placé pour jouer un rôle actif dans le suivi de la maladie. Ce suivi est laissé au soin des employeurs, ce qui crée un clivage entre les acteurs sur lesquels repose la responsabilité financière et ceux qui gèrent l'absence pour maladie. Une intervention précoce pourrait être encouragée en assurant une coordination plus étroite entre les employeurs et les différents acteurs du processus au premier stade de la maladie : médecins fournissant les certificats médicaux, services de santé professionnelle, instituts privés de gestion des pensions et KELA.

Potentiellement, les autorités irlandaises auraient les moyens d'intervenir de bonne heure dans le processus de suivi des absences pour maladie des travailleurs et d'éviter une progression vers l'incapacité chronique, mais elles n'y parviennent pas. Des certificats médicaux hebdomadaires doivent en effet être envoyés au ministère des Affaires sociales et de la Famille (DSFA, *Department of Social and Family Affairs*) et les prestations sont immédiatement suspendues en cas de manquement. De plus, des critères de sélection prédéfinis sont utilisés pour déterminer les cas nécessitant un examen médical. Les possibilités du système sont mises en lumière par l'initiative *Renaissance Project* qui vient de s'achever. Ce projet a ciblé un petit nombre d'allocataires de l'assurance maladie souffrant de douleurs lombaires en les invitant à se soumettre à une évaluation médicale quatre à six semaines après la date de leur demande d'indemnisation. L'examen a permis de déterminer que 67.4 % des personnes étaient en état de travailler (Cleech, 2004). Malheureusement, du fait des capacités limitées, de nombreuses demandes de prestations ne sont pas examinées directement par les experts médicaux du ministère des Affaires sociales et de la Famille. Il n'existe pas de renvoi automatique vers des conseillers à des dates précises, assorti d'un plan d'action spécifique en vue de la reprise du travail. Pour cette raison, les personnes souffrant d'une incapacité de travail en raison de problèmes de santé sont souvent détectées trop tardivement, au moment de leur demande de prestations d'invalidité.

B. Suivi de la santé des chômeurs et des inactifs

Pour élaborer des mesures adaptées face au nombre élevé d'entrées dans le régime d'invalidité, il importe de mieux connaître les parcours qui y mènent. Malheureusement, ces parcours sont mal documentés. Peu d'informations existent en Irlande sur l'origine des demandeurs de prestations d'invalidité. Globalement, si une grande partie des bénéficiaires de ces prestations sont d'anciens travailleurs en congé maladie (60 % en Finlande et aux Pays-Bas, et 40 % au Danemark), les informations limitées dont on dispose soulignent l'importance des cheminements vers l'incapacité provenant de statuts autres que l'emploi.

En fait, au Danemark et en Finlande, une forte proportion de personnes entre dans le régime d'invalidité après divers parcours sans activité professionnelle (tableau 3.2).

Tableau 3.2. **Le congé de maladie est la voie la plus fréquente d'entrée dans le régime d'invalidité, suivi du chômage**

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

Danemark	2003	2006	Finlande ^a	2004	Pays-Bas	2006
Salarié	11	7	Salarié	4	Congé maladie de l'employeur	62
Indemnités maladie	44	39	Allocation maladie	60	Prestation de maladie UWV	38
Emploi « flex »	3	3	Chômeur	26	dont :	
Allocation d'attente	2	9	Bourse d'études	1	Travailleurs intérimaires	4
Réadaptation	3	3	Allocation de réadaptation	8	Contrats temporaires	17
Assistance sociale	31	34	Allocation parentale	1	Chômeurs	15
Autre	6	4			Autre	3
Total	100	100	Total	100	Total	100

UWV : Institut pour la gestion des assurances sociales des salariés (Pays-Bas).

a) Pour la Finlande, les données se rapportent uniquement aux prestations du KELA.

Source : Ministère des Affaires sociales (Danemark) ; KELA (Finlande) ; et UWV (Pays-Bas).

Au Danemark, une forte proportion des bénéficiaires de prestations d'invalidité percevaient auparavant des prestations en espèce. Cette catégorie inclut non seulement les allocataires de l'aide sociale à proprement parler, mais également les personnes sans travail et sans couverture chômage et les chômeurs de longue durée (qui n'ont plus droit aux allocations de chômage). Un groupe similaire est constitué de ceux qui attendent un emploi flexible et perçoivent une indemnité d'attente dans l'intervalle. Le nombre de bénéficiaires de prestations en espèces et d'indemnités d'attente a progressé ces dernières années. Les transferts directs des allocations de chômage aux prestations d'invalidité sont particulièrement fréquents en Finlande : les estimations longitudinales indiquent que, parmi les nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité, une grande partie était au chômage (plus d'un tiers) au cours des cinq années précédentes et un nombre important avait également reçu des prestations d'aide sociale à un moment donné.

Outre l'entrée dans le régime d'invalidité de personnes sans emploi, il existe aux Pays-Bas d'autres parcours professionnels atypiques. Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité provenant directement d'emplois temporaires a fortement augmenté dans ce pays au cours des dix dernières années (bien qu'il se soit stabilisé récemment). Les cheminements professionnels atypiques incluent les travailleurs qui n'ont pas d'employeur régulier car leur contrat à durée limitée a pris fin pendant leur maladie. En Finlande également, la progression du nombre de travailleurs temporaires et de personnes occupant des emplois irréguliers accroît la probabilité que de tels travailleurs connaissent des périodes de chômage et entrent dans le régime d'invalidité alors qu'ils sont sans emploi. Ces évolutions montrent l'importance du suivi de la maladie, non seulement des travailleurs, mais également des personnes sans emploi qui perçoivent d'autres prestations (chômage, aide sociale) ou des travailleurs sans employeur régulier.

Les Pays-Bas se sont dotés de règles spécifiques de suivi de la maladie chez les travailleurs sans employeur régulier ou sans emploi (les « *vangnetters* »). En effet, les employeurs étant normalement responsables du paiement des salaires pendant le congé maladie et des mesures de réinsertion, ce groupe nécessite des dispositions spéciales.

L'UWV est alors chargé du paiement des indemnités de maladie et de l'élaboration d'un plan de réadaptation selon les mêmes directives que celles applicables aux travailleurs disposant d'un employeur régulier. Toutefois, ce groupe reste de fait défavorisé, car la réinsertion la plus efficace semble être celle qui s'effectue dans le cadre d'un travail à temps partiel ou aménagé au sein de l'entreprise même du travailleur. De nouvelles règles ont pour cette raison été établies fin 2006 afin d'augmenter les possibilités de réinsertion, exigeant de l'UWV des plans plus solides dans ce domaine. Une définition plus stricte des concepts de maladie et de travail adapté a été établie afin de limiter l'accès direct aux prestations d'invalidité. Des projets pilotes tentent en outre de mettre en place une coopération avec des agences de travail temporaire qui pourraient aider à trouver des postes pour les personnes malades ou avec un handicap.

En Finlande, au Danemark et en Irlande, le processus de gestion de la maladie devrait théoriquement être similaire pour les travailleurs et les sans-emploi. Pour cela, les personnes sans emploi qui tombent malades feraient l'objet d'un transfert automatique au régime d'assurance maladie, avec action immédiate lors de ce transfert. Au Danemark, les municipalités ont récemment adopté une procédure de suivi rigoureuse, ce qui devrait améliorer la surveillance de la maladie pour ce groupe. En Irlande, les chômeurs qui tombent malades sont exemptés de toute obligation liée aux mesures d'activation et reçoivent des indemnités de maladie jusqu'à ce qu'un médecin certifie qu'ils sont aptes au travail. En Finlande, ce transfert vers le régime d'assurance maladie peut n'avoir lieu qu'à un stade tardif de la période de chômage en raison de l'absence d'obligations de recherche active d'emploi pendant les 500 premiers jours de chômage. Il est également probable que les niveaux relatifs de prestations limitent l'incitation pour les chômeurs à demander des indemnités de maladie. Globalement, à l'exception des Pays-Bas, les pays semblent porter peu d'intérêt à ce groupe et ne pas avoir d'approche structurée sur les modalités de suivi des absences pour maladie de ces personnes. Au Danemark, une récente proposition qui n'a pas encore été mise en œuvre vise à remédier au défaut de gestion de la maladie des sans-emploi en imposant aux organismes d'indemnisation du chômage d'organiser un entretien la quatrième semaine de maladie afin de déterminer à quel moment le chômeur sera de nouveau prêt à entrer sur le marché du travail. De la même manière, on discute actuellement de projets qui obligerait les bénéficiaires d'autres prestations à signaler une maladie dès le premier jour de manière à permettre aux municipalités de réaliser un suivi plus efficace.

C. De la maladie à l'invalidité

Dans tous les pays, une demande de prestations d'invalidité est souvent précédée d'une longue période d'indemnisation de la maladie. Aux Pays-Bas, la phase de maladie a été étendue à deux années, alors qu'elle est plus courte (un an) au Danemark et en Finlande. L'Irlande n'a pas défini de limite de durée des indemnités de maladie, ce qui est très inhabituel au sein de l'OCDE³. Le tableau 3.1 résume les principales étapes entre le moment où une personne tombe malade et celui où des prestations d'invalidité lui sont accordées. Tous les pays, à l'exception de l'Irlande, prévoient l'obligation de réadaptation professionnelle avant que des prestations d'invalidité ne puissent être envisagées. De plus, au Danemark, si les efforts de réadaptation ne permettent pas à une personne de reprendre un emploi ordinaire, un emploi flexible doit être considéré avant des prestations d'invalidité. La réadaptation vise à restaurer les capacités après une maladie. Tandis que la réadaptation médicale est axée sur le rétablissement de la santé et des capacités

fonctionnelles, la réadaptation professionnelle s'attache à lever les barrières à l'emploi dressées par des problèmes de santé. Il arrive cependant que la démarcation soit floue. La réadaptation professionnelle peut comprendre un accompagnement, une formation, un travail à l'essai/un placement et une adaptation du poste de travail.

Plusieurs pays séparent le financement de la réadaptation médicale du traitement, ce qui engendre des difficultés dans l'attribution de la responsabilité des résultats ainsi que des problèmes de coopération (chapitre 6). En Finlande et aux Pays-Bas, la réadaptation médicale est réalisée par des centres de santé et des hôpitaux qui ne participent ni au financement des prestations de réadaptation ni à celui des indemnités de maladie, et qui ne sont pas nécessairement axés sur la reprise du travail. De même, en Irlande, la réadaptation médicale relève de la responsabilité des services de santé publique du HSE (*Health Service Executive*) tandis que la réadaptation professionnelle est assurée par les services de l'emploi de la FÁS. Un programme de liaison est actuellement à l'étude pour encourager le cheminement des personnes de la réadaptation médicale à la réadaptation professionnelle. En outre, tous les pays présentent des goulets d'étranglement, se traduisant par des listes d'attente, qui peuvent prolonger l'absence pour maladie, mais dont d'autres acteurs (employeurs, assurance sociale et contribuables) assument les conséquences en termes de coûts.

Un problème supplémentaire se pose en Finlande car, selon la nature de la maladie et la durée de cotisation de la personne, il peut y avoir l'intervention de prestataires de l'assurance pension, du KELA, des services publics de l'emploi et des autorités sanitaires municipales (c'est-à-dire des différents fournisseurs de services de réadaptation). Les médecins doivent fournir des informations détaillées sur la réadaptation en cas de longue maladie, mais le processus de prise de décision entre les différents acteurs peut être long et retarder les interventions de réadaptation. Le Danemark, en revanche, a transféré aux municipalités⁴ à la fois le soutien financier en période de réadaptation et la plus grande partie du traitement de la réadaptation médicale.

Bien que les prestations d'invalidité soient censées être le dernier recours, une fois que toutes les possibilités de conserver son emploi ou d'en trouver un ont été épuisées, dans la pratique, de nombreux facteurs limitent la réadaptation avant l'octroi de ces prestations. Au Danemark, une intervention précoce est parfois rendue impossible du fait que les personnes ne peuvent avoir accès à la réadaptation si une incapacité n'a pas été établie. Les agences pour l'emploi constatent que seuls des emplois à l'essai sont possibles pendant la période de maladie et souhaiteraient offrir un ensemble de solutions plus étendu, comme c'est le cas pour les chômeurs indemnisés ou les personnes bénéficiant de l'aide sociale. C'est pour cette raison que des possibilités plus intéressantes seront ménagées dans un proche avenir afin que les bénéficiaires d'indemnités de maladie puissent recevoir des offres d'accès à l'emploi. Aux Pays-Bas, le fait que l'évaluation de l'invalidité ait lieu après deux années de maladie engendre une série d'obstacles à la réadaptation. Les salariés sont notamment peu enclins à accepter un nouveau poste à un salaire inférieur, car ils craignent l'incidence de ce changement de situation sur leurs allocations (les prestations d'invalidité étant calculées sur la capacité restante pour gagner sa vie, voir ci-dessous). En Finlande, la participation aux activités de réadaptation se fait sur une base volontaire et ne constitue pas une condition préalable nécessaire à l'obtention des indemnités de maladie, bien qu'elle le soit pour les prestations d'invalidité. De plus, dans ce pays, la réadaptation professionnelle, comme la réadaptation médicale, sont assurées par des acteurs différents et, bien qu'il existe une loi sur la coopération entre

ceux-ci, des conflits sont possibles lorsqu'il s'agit de décider qui est responsable du financement de la réadaptation, du suivi d'un patient et du maintien dans l'emploi.

Au Danemark et en Finlande, un congé partiel de maladie a été créé afin de faciliter une reprise progressive du travail. En Finlande, ce congé partiel n'est possible qu'après une période de 60 jours d'arrêt complet pour maladie. Le nouveau plan d'action du gouvernement danois attache une grande importance à maintenir le lien avec le marché du travail et encourage la reprise progressive de l'activité, dès huit semaines d'absence, via le congé de maladie partiel. Des chiffres récents font état pour le Danemark d'une augmentation importante de l'absence partielle (de 10 000 à 40 000 cas) dont le moteur semble être la progression des congés de longue maladie.

Évaluation de l'incapacité

L'évaluation de l'incapacité nécessite de porter un jugement sur la gravité, le caractère curable et la permanence d'une pathologie ainsi que sur les limitations qu'elle occasionne. Les médecins traitants jouent un rôle crucial dans le passage de la maladie à la prestation d'invalidité dans trois des quatre pays étudiés (tous à l'exception des Pays-Bas) en raison de leur participation au diagnostic à un stade précoce et au processus de demande de prestations d'invalidité. Outre le diagnostic, les certificats de maladie pour les absences de longue durée au Danemark et en Finlande doivent fournir des informations sur les capacités fonctionnelles et sur les possibilités de reprise du travail. Le débat reste largement ouvert sur le fait de devoir s'appuyer en grande partie sur un avis médical, car les médecins traitants n'ont pas toujours connaissance des questions liées au travail. Néanmoins, il est possible de passer outre la décision d'un médecin traitant en demandant l'avis d'un spécialiste au Danemark ou en faisant réaliser un examen par les experts médicaux du ministère des Affaires sociales et de la Famille en Irlande. Aux Pays-Bas, au contraire, le diagnostic de maladie est effectuée par les médecins du travail, spécialistes de la santé professionnelle et bien informés des difficultés rencontrées au travail. Ils sont également mieux placés pour discuter des possibilités d'adaptation et de modification des postes de travail et pour jouer un rôle de médiateur entre l'employeur et le salarié.

L'Irlande et les Pays-Bas élaborent actuellement des directives et des protocoles médicaux pour encourager une reprise anticipée après un arrêt maladie et uniformiser davantage les évaluations de l'incapacité. Aux Pays-Bas, les directives visent à améliorer la coopération entre les médecins traitants et les médecins des services de santé professionnelle en sensibilisant les généralistes (et les spécialistes intervenant dans le traitement) à l'importance du concept de capacité de travail et d'un objectif de reprise du travail. Les protocoles sont utilisés par les médecins de l'Institut pour la gestion des assurances sociales des salariés (UWV) lors de l'évaluation de l'incapacité. Ils fournissent des données scientifiques sur le lien entre pathologie, traitement et capacité de travail et garantissent une approche plus harmonisée des évaluations. Pour le moment, il n'existe des protocoles que pour un nombre limité d'affections, mais de nouveaux protocoles sont progressivement élaborés pour d'autres maladies. De même, des protocoles seront utilisés par les experts médicaux en Irlande.

Outre le rôle des médecins dans le processus d'évaluation, les critères utilisés pour évaluer le droit à des prestations d'invalidité restent l'objet de nombreux débats. Dans trois des quatre pays, les motifs invoqués pour octroyer ces prestations ne sont pas toujours d'ordre médical : les facteurs sociaux et les ressources sont également pris en compte (avec, de nouveau, l'exception des Pays-Bas). Parallèlement, alors que le Danemark examine la

capacité de travail globale pour tout type de poste, en Finlande et pour l'allocation d'invalidité (*Disability Allowance*) en Irlande, on s'intéresse également aux qualifications et perspectives professionnelles antérieures, autorisant ainsi une interprétation plus large et des critères moins stricts pour la détermination des droits. Les Pays-Bas adoptent une position intermédiaire. Comme au Danemark, toutes les orientations professionnelles sont envisagées ; toutefois, par l'introduction d'un critère de capacité de gain, les niveaux de qualification antérieurs, autrement dit les revenus, sont pris en compte.

Au Danemark et aux Pays-Bas, un changement récent de politique a déplacé l'axe d'évaluation : au lieu de s'intéresser à ce que la personne n'est plus en mesure de faire, on considère plutôt ce qu'elle est capable de faire et quelles sont les ressources disponibles pour rester sur le marché du travail. L'évaluation de l'incapacité repose sur les fonctions perdues, celles qui restent et les emplois que la personne peut encore occuper. Au Danemark, l'incapacité est mesurée à l'aide d'un profil de ressources constitué de douze éléments, au nombre desquels l'expérience du marché du travail, le réseau social et la santé. La santé n'est donc que l'un des nombreux aspects pris en compte dans la décision, bien qu'il s'agisse d'un facteur déterminant dans environ 95 % des nouveaux cas. Les limitations engendrées par l'état de santé sont évaluées par un médecin généraliste ; un expert médical de la municipalité examine les informations communiquées par celui-ci et peut demander à un spécialiste de fournir un deuxième avis. La décision finale sur l'évaluation de l'incapacité reste du ressort du travailleur social municipal chargé du dossier. Récemment, une étude pilote à grande échelle sur l'évaluation de la capacité de travail par une équipe pluridisciplinaire a été lancée.

En dépit d'une logique similaire, les critères d'évaluation de l'incapacité sont très différents aux Pays-Bas, car ils reposent sur la capacité de gain. L'incapacité est mesurée par des médecins spécialisés de l'assurance sociale et des experts de l'orientation professionnelle, qui commencent par déterminer si le plan de réintégration élaboré par l'employeur et le salarié montre que tout a été mis en œuvre pour la réinsertion de la personne quoique celle-ci ne soit pas parvenue à reprendre le travail. Depuis fin 2004, une procédure de double évaluation est possible pour certaines pathologies : l'avis d'un deuxième médecin de l'assurance sociale, sans lien avec le premier, est sollicité⁵. Les capacités fonctionnelles restantes sont ensuite mises en rapprochement avec les compétences requises pour un poste afin de déterminer la capacité de gain résiduelle. Cette recherche d'adéquation est réalisée en référence à des emplois théoriques, et non à des emplois réels disponibles, et des changements dans les conditions requises, comme la récente diminution (de dix à trois) du nombre minimal d'emplois de référence et la prise en compte insuffisante de la disponibilité d'emplois réels à temps partiel et de travail posté, ont suscité certaines critiques. Une personne a droit à des prestations d'invalidité si la blessure ou le problème de santé dont elle souffre entraîne une perte de gain d'au moins 35 % par rapport au salaire que cette personne percevait auparavant. Ce critère désavantage les salariés peu qualifiés et faiblement rémunérés, qui peuvent éprouver de sérieuses difficultés à assurer leur travail bien que leur perte de revenu potentielle soit inférieure à 35 %. La nouvelle loi (WIA) a durci les critères car, auparavant, une personne pouvait prétendre à des prestations d'invalidité avec une perte de gain de 15 %. De plus, ces salariés (présentant une perte de capacité de moins de 35 %) pourraient courir davantage de risques de perdre leur emploi après leur congé maladie de deux ans, avec peu de chances d'en retrouver un autre par la suite⁶. Les perspectives d'emploi de ce groupe sont néanmoins encourageantes : récemment, les taux d'emploi sont passés de 46 % en 2007 à 62 % début 2008.

La Finlande et l'Irlande ont chacune deux types de procédure et de critères d'évaluation différents pour les prestations d'invalidité : d'une part des prestations liées à la rémunération préalable et d'autre part une pension d'invalidité nationale (en Finlande) ou une allocation d'invalidité (en Irlande). Les deux dernières font appel à des critères moins précis et plus larges, qui peuvent donner lieu à des incohérences. La définition des prestations d'invalidité liées à la rémunération préalable en Finlande requiert notamment une capacité de travail réduite temporairement ou définitivement d'au moins 40 %. Pour la pension d'invalidité nationale (sous conditions de revenus), la définition de l'invalidité est associée à l'incapacité à occuper un emploi rémunéré suite à une maladie ou à un accident⁷. Outre les facteurs médicaux, on prend en compte la capacité de gain de la personne afin de lui garantir des revenus raisonnables en fonction de son âge, de ses qualifications professionnelles et d'autres particularités, ce qui va à l'encontre de la tendance dans la plupart des pays, où l'incapacité est évaluée en fonction non pas seulement de l'emploi d'une personne, mais de tout type d'emploi, sans considération du niveau d'études. De même, en Irlande, une personne a droit à une allocation d'invalidité si, du fait d'une incapacité, elle a moins de chances d'occuper un travail susceptible de lui convenir compte tenu de son âge, de son expérience et de ses qualifications. Aux Pays-Bas, les prestations d'invalidité destinées aux personnes qui ont été frappées d'une incapacité avant l'âge de 17 ans (allocation Wajong) sont associées à des critères d'évaluation différents de ceux pris en compte pour les personnes dont l'incapacité s'est déclarée à l'âge adulte⁸. Dans le cas de l'allocation Wajong, une personne a droit à des prestations si l'incapacité a entraîné une perte de gain d'au moins 25 % par rapport au salaire brut minimum (des jeunes).

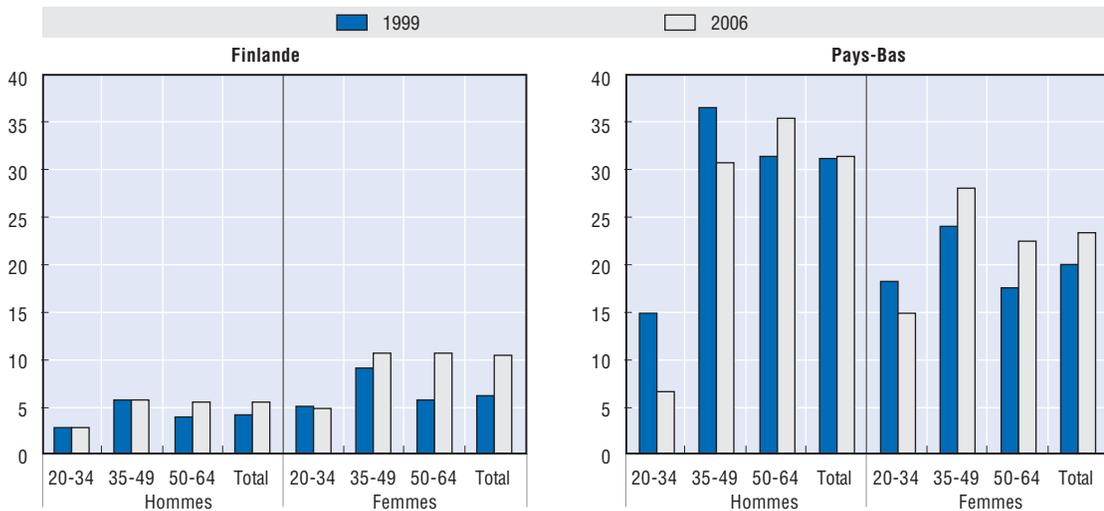
L'existence de prestations partielles et de prestations temporaires est une autre différence capitale entre les pays. Au Danemark, les prestations d'invalidité ne sont actuellement ni partielles, ni temporaires, bien que des indemnités partielles en fonction du niveau de réduction de la capacité de travail aient existé par le passé⁹. En Irlande, des prestations temporaires sont possibles, car l'incapacité à travailler doit subsister pour une durée minimale d'une année. Au moment où les prestations sont octroyées, on décide également si l'incapacité doit être réévaluée après 12 ou 24 mois, ou si elle est permanente.

En Finlande et aux Pays-Bas, des prestations partielles et temporaires sont possibles (les indemnités partielles en Finlande existant uniquement pour la pension liée à la rémunération et non pas pour la pension nationale). En pratique, toutefois, on dénombre peu de cas d'indemnisation partielle de l'invalidité en Finlande (graphique 3.3)¹⁰. Par ailleurs, la part des prestations partielles dans l'ensemble des pensions d'invalidité a augmenté pour les hommes et les femmes, en particulier dans la tranche d'âge supérieure (50-64 ans). La proportion de prestations partielles d'invalidité est bien plus importante aux Pays-Bas, même si elle reste inférieure à celle des pays dotés de systèmes comparables, tels que la Suisse (OCDE, 2006). De plus, on a constaté une forte baisse de l'incapacité partielle parmi les jeunes, qui bénéficient généralement d'une allocation Wajong : les prestations d'invalidité étant fondées sur le salaire minimum et les bénéficiaires de l'allocation Wajong présentant généralement des limitations fonctionnelles qui leur permettent difficilement d'occuper un emploi, l'invalidité partielle est rare dans ce groupe.

De plus, en Finlande, 50 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité à taux plein perçoivent des prestations temporaires associées à un plan de réadaptation spécifique ; toutefois, 80 % des paiements temporaires sont maintenus indéfiniment. Aux Pays-Bas, le nouveau régime d'invalidité (WIA) a entraîné des modifications dans la répartition des

Graphique 3.3. Les prestations partielles d'invalidité sont plus courantes aux Pays-Bas qu'en Finlande

Part des allocataires de prestations partielles dans l'ensemble des bénéficiaires de prestations d'invalidité par tranche d'âge et par sexe, 1999 et 2006^a



a) Pour la Finlande, les données se rapportent uniquement aux prestations liées aux gains antérieurs. Les données pour les Pays-Bas excluent les bénéficiaires du nouveau régime WIA.

Source : ETK (Finlande) et UWV (Pays-Bas).

prestations permanentes et temporaires. Selon les nouvelles règles du régime WIA, l'incapacité est évaluée en fonction de sa gravité et de son caractère permanent : il existe un régime pour les personnes présentant une perte de capacité d'au moins 80 % sans récupération possible (pension IVA) et un autre pour les personnes dont la perte de capacité se situe entre 35 et 80 %, ou qui souffrent d'une incapacité totale mais sont susceptibles de se remettre (pension WGA). Avec ce nouveau régime, du fait de la difficulté d'évaluer le caractère permanent de l'incapacité et l'éventualité d'une récupération, les prestations sont généralement (dans 79 % des cas) octroyées à titre temporaire dans un premier temps. Les caractéristiques des personnes qui perçoivent des pensions permanentes sont très différentes : elles sont généralement plus âgées (80 % ont plus de 45 ans), avec une probabilité supérieure d'être atteintes de pathologies plus graves et en phase terminale (Berendsen *et al.*, 2007). Toutefois, comme en Finlande, les premiers résultats laissent penser que la majorité des demandes de prestations temporaires se transformeront en une indemnisation permanente au fil du temps.

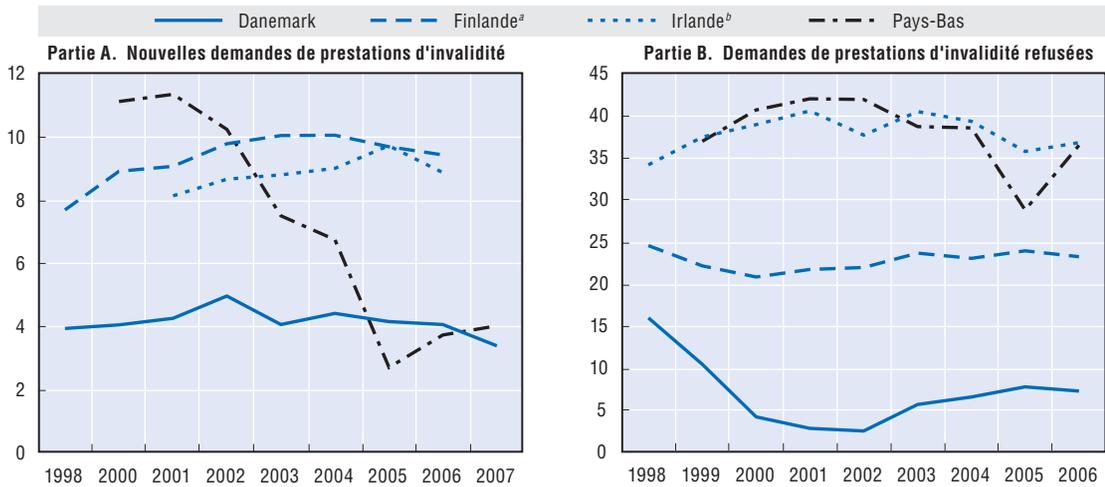
D. Entrées dans les régimes de prestations de longue durée liées à la santé

Aujourd'hui, le taux annuel d'entrée dans le régime d'invalidité se situe autour de 4 % au Danemark et aux Pays-Bas et de 8 à 9 % en Finlande et en Irlande (graphique 3.4, partie A). De tels écarts reflètent en partie les divergences des politiques de gestion de la maladie et d'évaluation de l'incapacité. On observe des taux d'entrée dans le régime d'invalidité relativement constants dans le temps au Danemark, et en déclin rapide aux Pays-Bas (à partir d'un niveau de pratiquement 12 % en 2001). En Irlande et en Finlande, les taux d'entrée n'ont cessé d'augmenter depuis le milieu des années 90, mais cette progression s'est récemment arrêtée.

Les grands écarts constatés sur les taux annuels d'entrée ne se retrouvent pas dans le taux de bénéficiaires du régime d'invalidité, qui est comparable dans tous les pays,

Graphique 3.4. Les écarts entre les taux d'entrée ne sont pas liés aux taux de refus

Taux d'entrée dans le régime d'invalidité (pour 1 000 personnes de la population d'âge actif) et taux de refus des prestations (en pourcentage du total des demandes de prestations), 1998-2006



a) Pour la Finlande, les données couvrent uniquement le régime légal de pension liée aux gains antérieurs et les tranches d'âges de 25 à 64 ans.

b) Données pour l'Irlande : le taux de refus se rapporte uniquement à l'allocation d'invalidité.

Source : Ministère des Affaires sociales (Danemark) ; ETK (Finlande) ; DSFA (Irlande) ; et UWV (Pays-Bas).

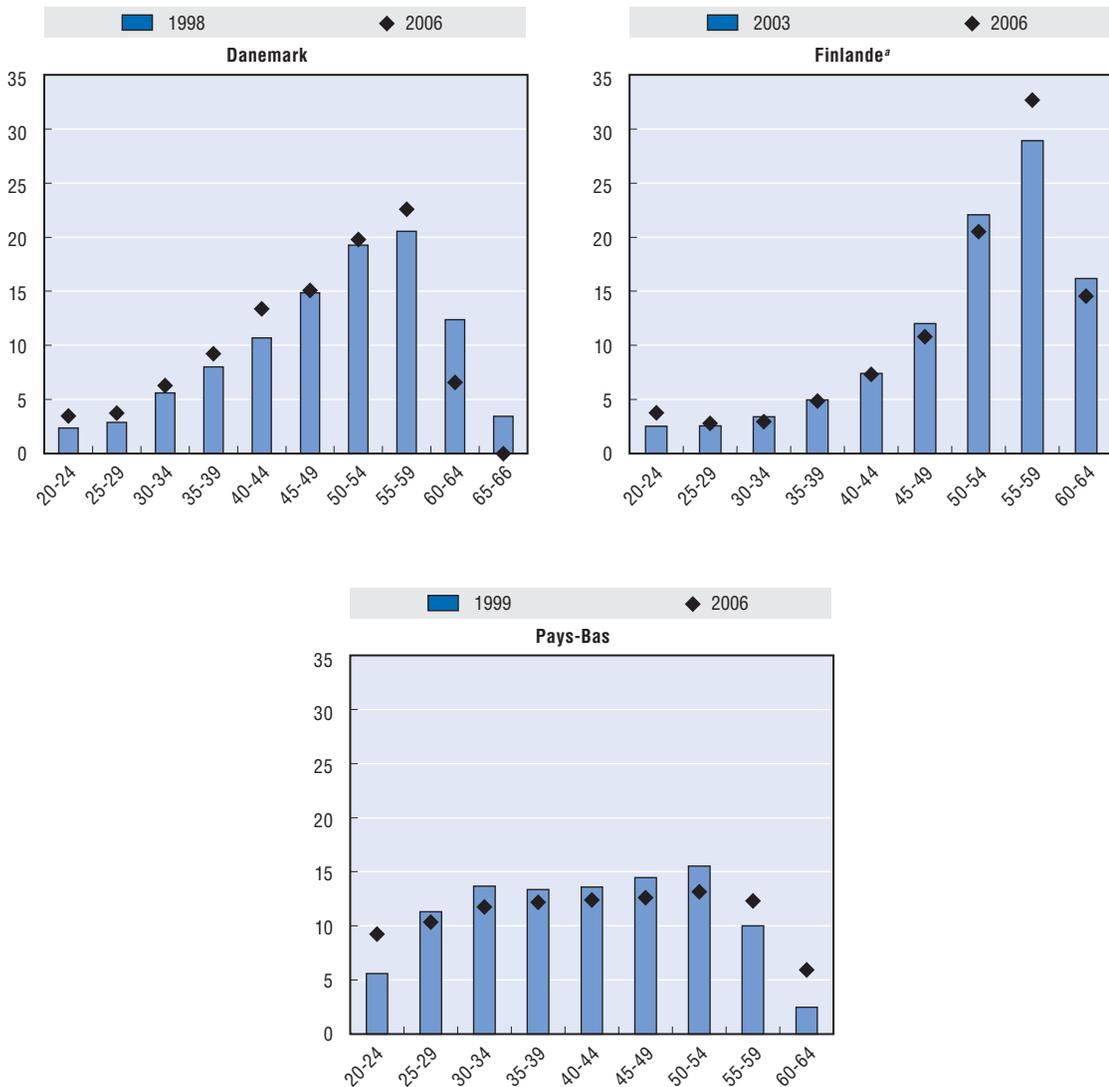
quoique plus bas en Irlande et plus élevé aux Pays-Bas (chapitre 1). L'explication de l'énigme irlandaise réside dans le faible taux de bénéficiaires observé 15 ans en arrière. Actuellement, l'Irlande rattrape rapidement le niveau des autres pays. Le taux d'entrée élevé de la Finlande est dû à un flux beaucoup plus important chez les travailleurs les plus âgés, lesquels ne restent que quelques années dans ce régime en attendant l'âge de la retraite, à 65 ans. Les travailleurs âgés de 55 à 64 ans représentent pratiquement 50 % du total des entrées en Finlande, contre moins de 30 % au Danemark et moins de 20 % aux Pays-Bas (graphique 3.5). De plus, l'âge moyen des nouveaux bénéficiaires tend à s'élever en Finlande et aux Pays-Bas, alors qu'il s'abaisse au Danemark.

Les données disponibles pour les quatre pays ne font apparaître aucune corrélation étroite entre les entrées dans le régime d'invalidité et les refus de prestations (graphique 3.4, partie B). Les taux de refus sont particulièrement élevés en Irlande et aux Pays-Bas, où près de 40 % des demandes ne sont pas acceptées avec peu de fluctuations dans le temps, et sont très faibles, plus faibles qu'il y a dix ans, au Danemark¹¹. Ces différences ne se retrouvent pas dans les niveaux de taux d'entrée et leur évolution dans le temps : les écarts observés sur les taux de demandes de prestations (entre l'Irlande et le Danemark, par exemple) sont même plus importants que ceux constatés sur les taux d'entrée. De même, la réduction spectaculaire des flux d'entrée aux Pays-Bas n'est pas due à une forte augmentation du nombre de refus. Les taux d'entrée et de refus sont également plus élevés en Finlande qu'au Danemark.

Le cas des Pays-Bas montre l'incidence des changements de politique sur le nombre d'entrées dans le régime d'invalidité. Jusqu'en 2001, on a assisté à une augmentation des entrées, puis à une forte diminution après une série de réformes dans les années 2000. Le recul depuis 2001 a été plus marqué pour les femmes, notamment celles atteintes de maladies psychiques, mais de même ordre pour tous les niveaux d'invalidité (Jehoel-Gijsbers, 2007). Les estimations de l'incidence des différents changements des politiques relatives à la maladie et à l'invalidité sur l'évolution du flux d'entrée laissent penser que les principaux facteurs de réduction ont été la Loi

Graphique 3.5. On constate d'importantes variations de structure des âges d'entrée dans le régime d'invalidité selon les pays

Entrées dans le régime d'invalidité par tranches d'âges, en pourcentage du total des entrées, autour de l'an 2000 et en 2006



a) Pour la Finlande, les données se rapportent uniquement au régime légal de pension liée aux gains antérieurs (soit 80 % des entrées).

Source : Ministère des Affaires sociales (Danemark) ; ETK (Finlande) ; et UWV (Pays-Bas).

sur l'amélioration de la détection (responsabilité renforcée des employeurs quant à la réintégration des salariés malades) (-42 %), suivie de la loi portant la durée de paiement des indemnités de maladie par l'employeur de un à deux ans (entre -25 et -35 %). La procédure de double évaluation par deux experts médicaux indépendants a contribué à limiter les entrées pour raison de santé mentale chez les personnes d'âge très actif ainsi que chez les travailleurs plus âgés.

Au Danemark, le niveau des entrées dans le régime d'invalidité est resté constant au cours de la dernière décennie (bien qu'il ait diminué par rapport au début des années 90) en dépit de toutes les réformes, qui ont engendré une forte augmentation du nombre de personnes orientées vers des emplois subventionnés, c'est-à-dire attendant ou occupant

un emploi flexible¹². Les municipalités ne documentent pas toujours suffisamment les demandes de prestations d'invalidité – dans à peu près 20 à 25 % des cas. Il existe également des écarts importants entre les municipalités en termes de nombre de dossiers d'invalidité en cours (chapitre 6). Ces deux points pourraient expliquer en partie pourquoi on ne parvient pas à faire diminuer le nombre de prestataires. De récents changements de politique permettront peut-être de limiter les entrées en traitant ces deux problèmes par un renforcement de l'harmonisation des informations et une analyse comparative par rapport à des pratiques optimales. Un nouvel outil, actualisé chaque mois, a été récemment mis en ligne au Danemark afin de faciliter les comparaisons entre les agences pour l'emploi en termes de nombre de bénéficiaires des différentes prestations ainsi qu'en termes de durée et de coûts. En outre, des études du Conseil national d'appel révèlent de lentes améliorations dans le traitement et la documentation des cas depuis la récente réforme.

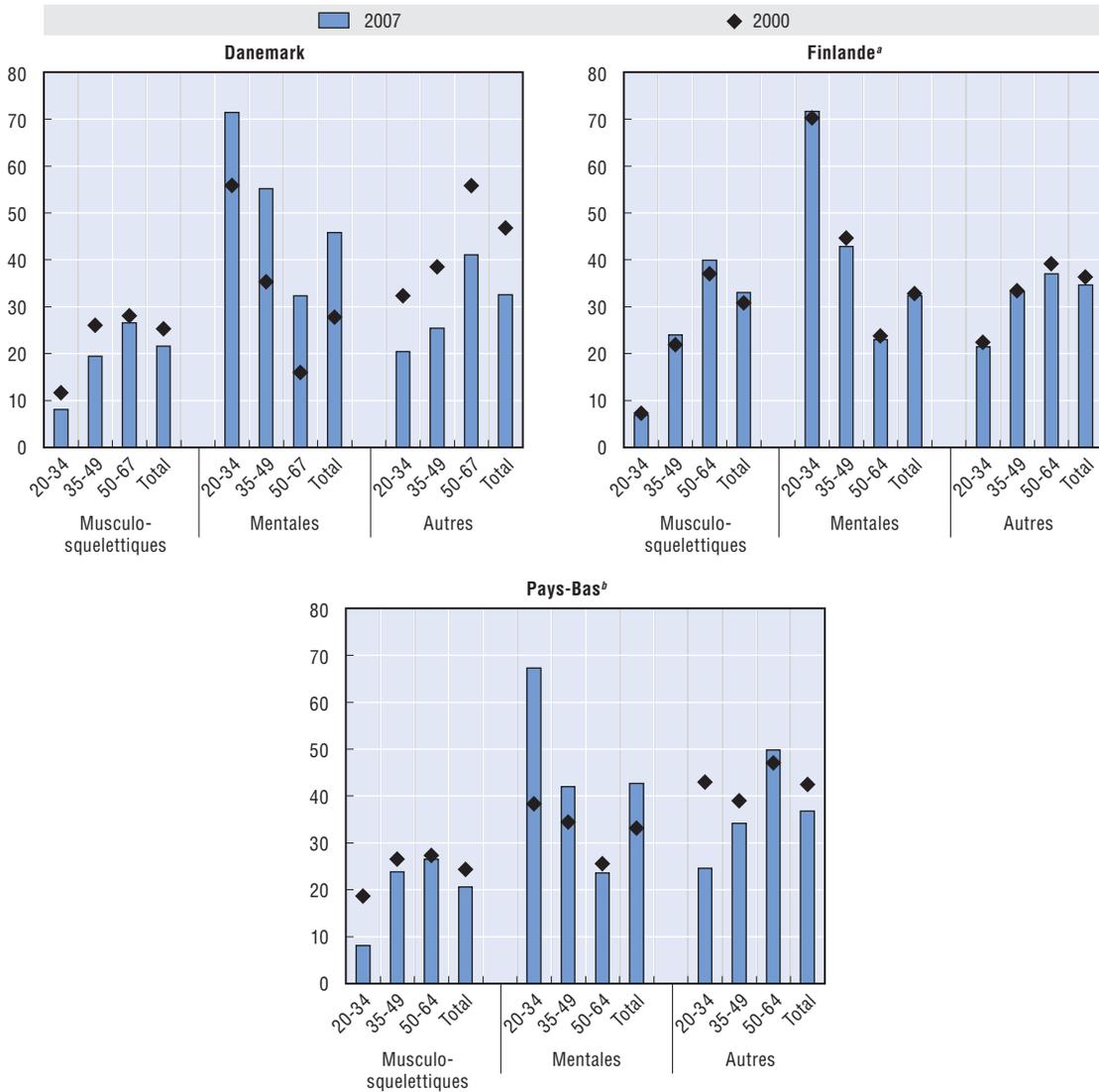
L'Irlande et la Finlande ne se sont guère préoccupées de limiter les entrées dans le régime d'invalidité, mais cela n'explique qu'en partie l'augmentation des flux d'entrée. D'autres changements ont en revanche largement contribué à ce phénomène. En Finlande, le nombre d'entrées dans le régime d'invalidité est lié aux modifications de l'administration des allocations de chômage et, plus récemment, à la réforme des pensions. En effet, le large recours aux allocations de chômage lors de la récession qui a précédé le milieu des années 90 a limité de fait le besoin de prestations d'assurance maladie et d'invalidité. À l'inverse, vers la fin des années 90 et le début des années 2000, une administration plus stricte des allocations de chômage (notamment des mesures d'activation pour les bénéficiaires) et le lancement de programmes spéciaux pour aider les chômeurs de longue durée présentant des problèmes de santé à obtenir des prestations d'invalidité (Gould, 2003) ont entraîné une progression des entrées dans ce dernier régime. En Irlande, l'augmentation notable du nombre de bénéficiaires de l'allocation d'invalidité s'explique en partie par des modifications des conditions d'administration et d'admission après le transfert de responsabilité du ministère de la Santé et de l'Enfance au ministère des Affaires sociales et de la Famille.

Maladie mentale

C'est dans le cas des pathologies mentales, qui sont devenues l'une des principales causes d'entrée dans le régime d'invalidité, que l'importance de critères d'admissibilité plus stricts apparaît la plus évidente. Plus de 40 % des entrées dans le régime des prestations d'invalidité au Danemark et aux Pays-Bas, et près d'un tiers en Finlande, sont motivées par des troubles mentaux (graphique 3.6). Dans ces trois pays, la proportion des maladies mentales est systématiquement plus élevée chez les plus jeunes et les personnes d'âge très actif, et plus particulièrement dans la tranche d'âge 20-34 ans : dans ce groupe et pour les trois pays, des problèmes de santé mentale sont à l'origine de près de 70 % des entrées dans le régime d'invalidité. On constate une augmentation des entrées pour troubles mentaux dans les tranches d'âge les moins élevées pour les trois pays et dans toutes les tranches d'âge au Danemark. L'ampleur de cette progression au Danemark a suscité un débat sur la possibilité de n'octroyer que des prestations temporaires aux jeunes présentant de tels troubles. Toutefois, d'autres possibilités sont également envisagées, comme la réévaluation de la situation des bénéficiaires de prestations d'invalidité tous les cinq ans ou la mise en place de nouvelles prestations de réadaptation. Un projet visant à améliorer l'intégration des jeunes présentant un risque de troubles mentaux a en outre été lancé.

Graphique 3.6. Les entrées dans le régime d'invalidité motivées par une maladie mentale sont plus courantes chez les jeunes

Distribution des entrées dans le régime d'invalidité par type de pathologie et par âge, vers 2000 et en 2007 (en pourcentage ; total dans chaque tranche d'âge = 100)



a) Les données se réfèrent à 2003 et à 2007.

b) Les données se réfèrent à 1999 et à 2007.

Source : Conseil national d'appel, ministère des Affaires sociales (Danemark) ; ETK (Finlande) ; et UWV (Pays-Bas).

Plusieurs explications, qui varient d'un pays à l'autre, sont possibles pour mesurer l'importance des entrées pour des problèmes liés à la maladie mentale. Dans une certaine mesure, elles comprennent la difficulté à évaluer les maladies mentales, l'évolution des diagnostics et de l'acceptation de la maladie mentale, l'échec des mesures d'aide à la reprise du travail pendant la maladie et certains autres facteurs institutionnels, en particulier aux Pays-Bas. Certaines études révèlent que le traitement des maladies mentales est généralement trop tardif. Les données pour la Finlande montrent que les personnes souffrant de troubles mentaux, et notamment de dépression, bénéficient moins souvent de mesures de réadaptation et que leur retour au travail après réadaptation est également moins facile. De même, en cas de dépression, les prestations d'invalidité sont

moins souvent octroyées sur une base partielle (Gould et al., 2007). Aux Pays-Bas, des incitations institutionnelles peuvent également conduire les municipalités et le secteur de l'enseignement spécialisé à encourager les jeunes à demander des prestations d'invalidité (voir l'encadré 3.2 pour plus d'informations).

Encadré 3.2. **Wajong : progression de l'incapacité due à des troubles mentaux chez les jeunes Néerlandais**

Les Pays-Bas ont constaté récemment une forte hausse du nombre de bénéficiaires de l'allocation Wajong, une prestation d'invalidité spécifiquement élaborée pour les personnes frappées d'une incapacité à un jeune âge. Les chiffres ont doublé entre 2001 et 2006 et, actuellement, un jeune de 18 ans sur vingt finit par percevoir la prestation d'invalidité Wajong, 25 % seulement de ces personnes occupant un emploi (SER, 2007). Pour 80 %, ces entrées sont dues à des troubles mentaux. Plus spécifiquement, au cours des dernières années, les pathologies telles que l'autisme et le TDAH (trouble déficit de l'attention/hyperactivité) ont fortement progressé (Einerhand, 2008), tandis que les nouvelles pensions octroyées pour retard mental, quoique constituant toujours le principal diagnostic, progressaient à un rythme moins rapide (surtout parmi les handicaps mentaux légers).

On pense qu'une partie de l'augmentation des allocations Wajong est à mettre sur le compte de l'évolution des diagnostics et d'un dépistage plus large de ce type de maladies (expliquant 20 % de la hausse constatée), de changements de la société, qui requiert désormais une plus forte capacité de communication, ainsi que d'incitations institutionnelles au sein du système scolaire, du système de santé et du régime de prestations encourageant la dépendance à l'égard des allocations. En 1990, la plupart des entrées étaient liées à des handicaps physiques, alors qu'aujourd'hui, la majorité est motivée par des problèmes psychologiques, ce qui soulève des questions sur l'évolution des diagnostics, mais aussi des préjugés à l'encontre des troubles psychiques, ou sur la plus grande intolérance face aux problèmes comportementaux. On a également procédé à des modifications budgétaires au niveau municipal. Depuis 2004, les municipalités répondent de leur propre budget et ont tout intérêt à encourager les jeunes souffrant d'une incapacité et pris en charge dans le cadre de l'aide sociale (dont les municipalités sont financièrement responsables) à demander une allocation Wajong ; cette incitation financière semble expliquer 20 % de l'augmentation du nombre de ces allocations. Les personnes présentant une incapacité ont également une raison financière de passer sous le régime Wajong, puisque cette prestation est plus élevée que l'aide sociale. Il existe également des incitations à demander une allocation Wajong plutôt que des prestations normales d'invalidité du fait que ce régime est associé à un seuil d'entrée plus bas (perte de capacité de gain de 25 % au lieu de 35 %) et n'exige pas d'occuper un emploi à temps partiel.

Par ailleurs, 40 % des bénéficiaires du régime Wajong viennent d'établissements d'enseignement spécialisé et on a constaté une forte augmentation des entrées par cette voie (31 %). Pour commencer, les prestations destinées aux enfants ont été révisées en 2000 afin d'en permettre l'accès à un plus large public, et les parents d'enfants handicapés sont mieux informés de leur existence. Cet élargissement de l'accès aux prestations d'invalidité pour les enfants fait croître le groupe cible du régime Wajong. En outre, du fait de la coopération renforcée entre l'UWV et le secteur de l'enseignement spécialisé, l'allocation Wajong devient mieux connue. Les critères d'évaluation plus stricts définis en 2004 n'ont eu qu'une incidence limitée sur le nombre de bénéficiaires de cette prestation, ce qui laisse penser que le type des limitations et le manque de diplômes réduisent les possibilités de trouver un emploi.

Encadré 3.2. **Wajong : progression de l'incapacité due à des troubles mentaux chez les jeunes Néerlandais** (suite)

Le gouvernement a mis en place une approche holistique qui doit inclure, outre des modifications du régime de prestations, un renforcement de la prévention et la promotion d'une meilleure transition entre l'école et le monde du travail. Les solutions possibles envisagées sont liées à des améliorations du système éducatif, en vue d'augmenter, pour les jeunes présentant une incapacité, les chances d'occuper un emploi. En outre, le recours à des stages de longue durée en entreprise et à des emplois spéciaux sera encouragé. À cet effet, un nouveau centre de l'UWV pour les employeurs va ouvrir ses portes, afin de gérer les demandes spécialisées dans le cadre du régime Wajong. Les nouvelles mesures comprendront également, après l'évaluation de l'incapacité, une démarche davantage axée sur le travail. Les jeunes concernés seront tenus de participer à des activités d'insertion et pourront perdre leurs droits à prestations s'ils refusent ces activités ou des offres d'emploi. Les prestations accordées aux bénéficiaires de allocations Wajong garderont un caractère temporaire, jusqu'à l'évaluation finale réalisée à un stade ultérieur (plus précisément, à l'âge de 27 ans si le versement des prestations a commencé à 18 ans, sinon plus tard). En revanche, la recommandation de modifier les responsabilités budgétaires de sorte que les municipalités aient également à répondre des allocations Wajong (CPB, 2007) a été abandonnée, car on considère que les municipalités ne disposent pas des compétences nécessaires à l'insertion de jeunes présentant une incapacité.

3.2. Recommencer à travailler et sortir d'un régime de prestations

Conscients des difficultés que les personnes présentant une incapacité ont à trouver un emploi et de la nécessité de les aider à revenir sur le marché du travail, les pays ont mis en place un certain nombre de mesures de soutien à l'emploi et de réadaptation. Les différentes mesures se répartissent différemment selon les pays, certains favorisant l'accès à un emploi régulier alors que d'autres accordent plus d'importance à la réadaptation professionnelle. Ces programmes actifs du marché du travail tendent à avoir un succès limité, ce qui s'explique en partie par les faibles niveaux d'engagement en faveur des personnes présentant une incapacité, du moins dans certains pays, et en partie par la conception même de ces mesures.

A. Sortie des régimes de prestations de longue durée liées à la santé

Dans les quatre pays, une très faible proportion de bénéficiaires quitte les régimes d'invalidité pour des raisons autres que le décès ou le départ à la retraite. Au Danemark, les taux de sortie sont pratiquement nuls, car seuls sont enregistrés les retraits des prestations et les pertes de droits. Quelque 260 bénéficiaires par an seulement suspendent leurs prestations d'invalidité ; sur ce total, en 2006, 90 avaient commencé un travail flexible et 170 étaient devenus autonomes. Les taux de sortie sont généralement plus élevés chez les jeunes en Finlande et aux Pays-Bas, à l'exception des plus jeunes Néerlandais, qui reçoivent dans la plupart des cas une allocation Wajong (tableau 3.3). Atteignant 3,5 % en 2003 (3 % en 2006), le taux de sortie du régime d'invalidité est relativement élevé aux Pays-Bas en comparaison d'autres pays étudiés précédemment (OCDE, 2006, 2007). On a estimé que sur le nombre de Néerlandais récemment entrés dans le régime, 43 % des nouveaux bénéficiaires¹³ ne perçoivent plus les prestations six à sept ans plus tard (Jehoel-Gijsbers, 2007). Dans ce pays, le taux de sortie est resté relativement constant dans le temps, et on a constaté que les femmes, les plus jeunes et les personnes présentant une incapacité d'ordre psychologique avaient de plus grandes chances de quitter le régime.

Tableau 3.3. Les sorties du régime de l'invalidité sont relativement rares
Flux de sortie du régime d'invalidité en pourcentage du total des bénéficiaires de prestations d'invalidité^a

			20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	Total
Finlande	2006	Total	6.0	4.2	3.0	2.2	1.5	1.0	0.7	0.2	0.0	0.5
		Hommes	6.1	4.1	2.9	2.1	1.3	0.9	0.6	0.2	0.0	0.4
		Femmes	5.9	4.5	3.1	2.3	1.8	1.1	0.8	0.3	0.0	0.5
Pays-Bas ^b	2003	Total	5.2	8.5	8.5	6.8	5.5	4.3	2.8	1.5	0.4	3.5
		Hommes	3.4	5.6	6.4	5.6	4.4	3.4	2.2	1.3	0.4	2.4
		Femmes	7.0	10.5	9.9	7.8	6.6	5.3	3.5	1.9	0.4	4.8
	2006	Total	3.0	6.1	9.6	9.9	8.9	5.3	0.4	0.2	0.1	3.0
		Hommes	1.9	3.5	6.6	7.7	7.6	4.5	0.4	0.2	0.1	2.1
		Femmes	4.4	8.4	11.8	11.7	10.0	6.1	0.3	0.1	0.0	4.1

a) Tous les flux de sortie, à l'exception des décès et des transferts vers les pensions de vieillesse.

b) Les données sur les flux de sortie se rapportent aux bénéficiaires dont les droits à prestations d'invalidité ont été réévalués.

Source : ETK (Finlande) et UWV (Pays-Bas).

La destination des personnes est un point important à considérer lorsqu'on s'intéresse aux flux de sortie : quittent-elles le régime pour un emploi ou d'autres prestations ? ; ou vont-elles revenir dans le régime d'invalidité après quelques années ? Malheureusement, comme pour les parcours menant à l'invalidité, on ne dispose que de peu d'informations sur ce sujet. Les données disponibles aux Pays-Bas semblent indiquer que la majorité des sorties correspondent à un retour au travail (63 % des flux de sortie), tandis que 11 % des personnes passent sous un autre régime et 9 % quittent le marché du travail (Jehoel-Gijsbers, 2007). Les personnes présentant une incapacité totale sont moins susceptibles de quitter le régime pour occuper un emploi et leurs chances de travailler se sont amoindries ces dernières années. Par ailleurs, la majorité de ceux qui sortent du régime d'invalidité pour travailler (85 %) avaient toujours conservé un lien avec le marché du travail, généralement à travers un emploi à temps partiel. Il est avant tout important de noter que la reprise du travail ne s'accompagne pas toujours d'une stabilité : 17 % des personnes ayant quitté le régime d'invalidité pour un emploi ont perdu celui-ci dans l'année (Jehoel-Gijsbers, 2007). Au Danemark et en Finlande, les seules informations disponibles concernent le type de prestations vers lesquelles les personnes sont transférées lorsqu'elles sortent du régime d'invalidité (pour entrer dans un autre), mais on ne sait rien de la proportion de ces transferts dans les flux de sortie. Dans le cas de la Finlande, une grande majorité (près de 60 %) quitte le régime pour être au chômage (soit avec une allocation de chômage du KELA, soit avec d'autres prestations de chômage), alors qu'au Danemark, une plus grande proportion des flux de sortie est dirigée vers l'aide sociale ou d'autres prestations de diverses natures.

Réévaluation des droits à prestations aux Pays-Bas

Les taux de sortie plus élevés aux Pays-Bas s'expliquent principalement par la réévaluation systématique des droits des bénéficiaires. Une réévaluation régulière existait déjà sous l'ancien régime d'invalidité, mais les chiffres montrent que 95 % des bénéficiaires conservaient leurs prestations. Depuis fin 2004, une vaste opération de réévaluation est en cours aux Pays-Bas pour réexaminer les droits de 340 000 bénéficiaires de prestations d'invalidité âgés de moins de 45 ans en fonction des nouvelles règles du régime. Avec les

nouveaux critères de réévaluation, pas moins de 40 % des allocataires ont été considérés comme aptes au travail ou comme présentant une plus faible incapacité (c'est-à-dire une moindre perte de capacité de gain) qu'auparavant¹⁴. Dans l'ensemble, il apparaît que les bénéficiaires qui perdent leurs droits à prestations à l'issue des réévaluations sont le plus souvent les plus jeunes, les femmes à bas revenus et les personnes présentant un faible taux d'invalidité. L'UWV propose des plans de réinsertion aux personnes qui ne travaillent pas et dont la réévaluation entraîne une perte de droits ou une réduction des prestations d'invalidité. Les personnes réévaluées qui n'ont pas droit à des allocations de chômage peuvent également percevoir des prestations de transition pendant un an. Elles peuvent aussi bénéficier d'un « emploi relais » associé à une subvention salariale de 50 % pendant un an.

Les résultats de l'opération de réévaluation aux Pays-Bas ont soulevé des inquiétudes, tout comme le fait que les personnes réévaluées pourraient simplement se voir transférées vers d'autres régimes. Une étude qui a suivi un grand nombre de personnes ayant fait l'objet d'une réévaluation indique que 50 % d'entre elles travaillent après 18 mois ; toutefois, seules 30 % des personnes qui ne travaillaient pas auparavant occupent un emploi après le réexamen de leurs droits (Deursen, 2007). Celles qui travaillent présentent généralement un meilleur état de santé, mais n'ont pas d'emploi fixe à temps complet : elles occupent souvent des emplois temporaires à temps partiel. En outre, 35 % des personnes qui ne travaillent pas ne sont pas à la recherche d'un emploi, pour la plupart en raison de problèmes de santé, 38 % perçoivent des allocations de chômage et 10 % des prestations temporaires de réinsertion. Une forte proportion, six sur dix, s'est déclarée insatisfaite des services de l'UWV, leur principal grief touchant à l'accompagnement.

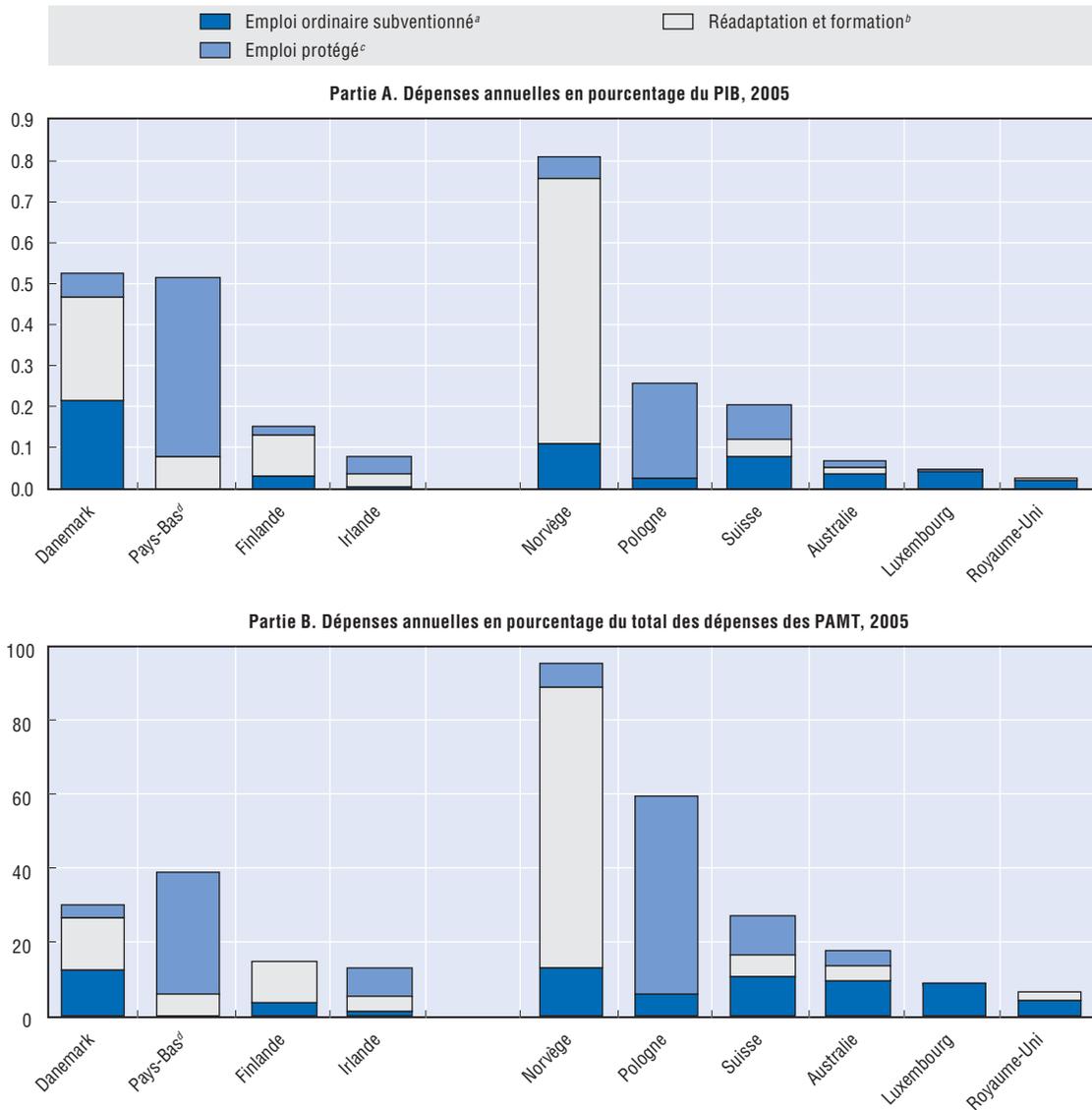
Dans l'ensemble, il apparaît que le Danemark, l'Irlande et la Finlande pourraient largement optimiser la réévaluation des droits des allocataires actuels, en réfléchissant activement aux moyens de les aider à réintégrer le marché du travail. En même temps, les réévaluations à grande échelle telles que celle réalisée aux Pays-Bas peuvent se heurter aux réglementations sur les droits à prestations. C'est le cas en Suisse, par exemple, où le retrait des droits à prestations doit être appuyé par des preuves très précises de l'amélioration substantielle de l'état de santé du bénéficiaire.

B. Programmes actifs du marché du travail pour les personnes présentant une incapacité

Les programmes actifs du marché du travail (PAMT) visent à stimuler l'insertion sur le marché du travail (et donc, plus généralement, l'insertion sociale) des personnes présentant des problèmes de santé ou une incapacité. Selon les pays, différentes options ont été prises pour dynamiser la demande de main-d'œuvre, comme le montrent les dépenses publiques qui sont allées aux PAMT consacrés aux personnes présentant une incapacité. Ces données font apparaître de grandes disparités entre les pays, à la fois dans le montant des dépenses annuelles et dans la répartition de celles-ci (graphique 3.7). En part du PIB, les dépenses du Danemark et des Pays-Bas sont comparativement élevées, alors que celles de l'Irlande et de la Finlande sont très faibles, en dépit du fort taux d'entrée dans le régime d'invalidité observé dans ces deux pays. En pourcentage du total des dépenses des PAMT, les Pays-Bas arrivent en tête pour les dépenses consacrées aux personnes présentant une incapacité (près de 40 %), suivis par le Danemark (30 %), l'Irlande fermant la marche (environ 12 %).

Au Danemark, les dépenses des PAMT consacrées aux personnes présentant une incapacité vont principalement aux emplois (classiques) subventionnés, contrairement

Graphique 3.7. Les dépenses des PAMT consacrées aux personnes présentant une incapacité sont relativement élevées au Danemark et aux Pays-Bas



PAMT : Programmes actifs du marché du travail.

- L'emploi classique subventionné recouvre les dispositifs suivants : au Danemark, les emplois flexibles ; en Finlande, les subventions à l'emploi, la rotation dans l'emploi, les incitations à l'emploi, les incitations à la création directe d'emplois et à la création d'entreprises ; en Irlande, le système de subventions salariales (*Wage Subsidy Scheme*) et le programme d'emplois assistés (*Supported Employment Programme*).
- Les mesures de réadaptation et de formation recouvrent les dispositifs suivants : au Danemark, la réadaptation et la pré-réadaptation ; en Finlande, la réadaptation et la formation professionnelles ; en Irlande, les prestations proposées par les prestataires de formation spécialisés ; aux Pays-Bas, les activités dans le cadre de la Loi sur l'insertion/la réinsertion sur le marché de l'emploi des personnes présentant une incapacité professionnelle (REA).
- Les mesures en faveur de l'emploi protégé recouvrent les dispositifs suivants : au Danemark, l'emploi protégé ; en Finlande, les activités de soutien à l'emploi des communes ; en Irlande, le programme d'emploi communautaire ; aux Pays-Bas, la Loi sur l'emploi protégé (WSW).
- Les données ne prennent pas en compte les mesures d'aide à l'accès à un emploi classique.

Source : Statistics Denmark (Danemark) ; Ministère du Travail (Finlande) ; rapports annuels de la FÁS (Irlande) ; UWV (Pays-Bas). Pour les autres pays, voir OCDE (2006) et OCDE (2007).

aux autres pays, où moins de 10 % des dépenses sont orientées vers l'emploi sur le marché du travail régulier. Les Pays-Bas et l'Irlande consacrent la majeure partie de leurs dépenses aux emplois protégés (85 % et près de 60 %, respectivement). La Finlande cible ses mesures pour l'emploi sur la réadaptation principalement. Les mesures de réadaptation occupent également une place importante au Danemark, mais une grande part des dépenses dans ce domaine concernent les prestations de réadaptation professionnelle (comme c'est le cas en Norvège).

L'accent placé par le Danemark sur la réadaptation et les mesures de soutien à l'emploi régulier se traduit par une proportion approximativement semblable de participants à ces dispositifs (tableau 3.4). En outre, le Danemark est le seul des quatre pays à compter un nombre réel de participants supérieur au nombre d'allocataires des prestations d'invalidité. En Finlande, où la part des dépenses de réadaptation (64 %) est relativement élevée et celle de l'emploi subventionné bien inférieure (22 %), la proportion de participants aux dispositifs de cette deuxième catégorie est environ la même qu'au Danemark. Aux Pays-Bas, une grande partie des dépenses va à l'emploi protégé, bien que celui-ci ne concerne que la moitié des participants aux programmes PAMT, alors qu'en Irlande, la part consacrée à l'emploi protégé correspond proportionnellement au nombre de participants.

Dans les quatre pays, les services pour l'emploi ont été intégrés, même si les Pays-Bas et l'Irlande font coexister un processus totalement intégré et des services partiellement spécialisés. Dans les agences pour l'emploi danoises, tous les dossiers de personnes présentant une incapacité sont traités par un responsable spécialement désigné ; lorsque des connaissances plus spécialisées sont nécessaires, l'agence régionale peut fournir des

Tableau 3.4. Les dispositifs de formation et d'emploi protégé prédominant chez les participants à des programmes PAMT

Participation à des mesures actives du marché du travail par type de programme (total et répartition), 2006

	Danemark ^b	Finlande	Irlande ^c	Pays-Bas
Nombre de participants aux programmes	285 897	19 272	11 986	174 766
<i>Dont : (%)</i>				
Emploi ordinaire subventionné	32.9	30.5	13.2	3.1
Emploi protégé	4.3	18.3	59.4	53.4
Réadaptation professionnelle et formation	47.9	51.2	27.4	38.7
Coach professionnel/ Accompagnement	14.9	..	..	2.4
Autres	..	..	..	2.4
<i>Pour comparaison :</i>				
<i>participants aux programmes par rapport aux bénéficiaires de pension d'invalidité</i>	123.0	7.2	7.7	20.6

PAMT : Programmes actifs du marché du travail.

a) Les données se rapportent à 2005.

b) Les participants aux dispositifs d'emploi protégé correspondent à des « démarrages » et l'emploi classique comprend 1 254 participants pour 2004 en raison du manque de données plus récentes.

c) Les définitions des types de programmes sont identiques à celles du graphique 3.7.

Source : Ministère du Travail (Finlande) ; FÁS et rapport Indecon (Irlande) ; base de données DREAM du ministère de l'Emploi (Danemark) ; UWV (Pays-Bas).

conseils. Il n'existe pas de conseillers spéciaux pour les demandeurs d'emploi présentant une incapacité en Irlande et en Finlande, encore que les services publics pour l'emploi finlandais mettent à la disposition de tous leurs usagers des psychologues spécialisés dans l'orientation professionnelle et des conseillers en réadaptation ; on peut donc penser que ces spécialistes sont raisonnablement informés des mesures susceptibles d'être utiles aux personnes souffrant d'une incapacité. En Irlande, les allocataires sont souvent orientés vers des sociétés externes qui fournissent des services spécialisés, puisque 90 % de la formation est externalisée et assurée par des prestataires de formation spécialisés, et la FÁS ne parvient pas à renforcer le taux d'insertion des personnes présentant une incapacité dans un environnement de formation classique. Par ailleurs, les services intégrés ont été accusés en Finlande de ne pas conduire à des emplois sur le marché du travail non protégé en raison du nombre de dossiers à suivre et de lacunes dans le soutien spécifique indispensable aux personnes présentant une incapacité une fois celles-ci réintégré dans un emploi.

C. Réadaptation professionnelle

Dans tous les pays à l'exception du Danemark, la réadaptation professionnelle est généralement confiée à des prestataires privés. La multiplication des fournisseurs de formation augmente le risque d'opacité et de disparités dans la qualité des services. En Finlande, le KELA ne fournit pas directement les services de réadaptation, mais les achète auprès de 60 centres de réadaptation différents. En outre, la primauté accordée à la réadaptation professionnelle est peut-être en partie motivée par le fort attachement au principe selon lequel chaque personne a droit à une réadaptation. Cela tient partiellement au fait que le service public de l'emploi ne participe pas dès le départ à l'élaboration des stratégies de retour au travail des personnes présentant une incapacité. La plupart des activités de réadaptation en Irlande (80 %) sont confiées à des prestataires de formation spécialisés financés à la capitation par stagiaire en équivalent temps plein (ETP).

Aux Pays-Bas, la réadaptation est également assurée par des prestataires privés pour le compte de l'UWV. Les modes de financement sont très différents de ceux adoptés en Irlande, car les activités de réadaptation constituent un « quasi-marché » sur lequel les prestataires transmettent des offres de services à l'UWV. Une grande partie des prestataires est organisée au sein d'une association sectorielle, BoraBorea, qui joue le rôle de groupe de pression et décerne un label de qualité. La réadaptation est sous-traitée soit par l'intermédiaire d'un appel d'offres général pour des groupes entiers d'allocataires et de services, soit par personne pour les plans individuels de réinsertion (IRO) ; le nombre de ces derniers a beaucoup augmenté et représente aujourd'hui 70 % des parcours de réinsertion. Les prestataires de services assument un risque du fait du système de financement en fonction des résultats obtenus (« *no cure, less pay* ») ainsi que des résultats obtenus précédemment.

Les plans individuels de réinsertion se sont révélés plus efficaces, premièrement en termes de satisfaction des allocataires, mais également, ce qui est plus important, en termes de résultats. Cela peut être en partie dû à un effet de sélection, les allocataires plus proches du marché du travail étant davantage susceptibles d'opter pour un IRO. Les IRO ont été lancés en 2004 aux Pays-Bas pour essayer de mieux adapter les activités de réinsertion et d'offrir aux personnes la possibilité de décider des meilleures options pour leur propre réinsertion. De tels dispositifs offrent davantage de liberté dans le choix du prestataire à utiliser en fonction des besoins spéciaux de l'allocataire et davantage de possibilités de formation complémentaire.

D'un autre côté, les IRO sont associés à une limite de durée (deux ans) et à un coût total maximal. Selon l'évaluation de l'UWV, les parcours individuels semblent être plus satisfaisants pour les allocataires, mais ils sont également plus onéreux et exigent un soutien plus intensif, ce qui n'est pas toujours possible en raison du manque d'accompagnateurs de réinsertion. En outre, si le taux de réussite est deux fois plus élevé pour les personnes qui optent pour un IRO, celles-ci présentent souvent un niveau d'études plus élevé et un moindre degré d'incapacité.

Bien que le suivi et l'évaluation des services de réinsertion aient été considérablement perfectionnés, on constate un manque de connaissances sur l'efficacité des prestataires privés néerlandais et une sous-utilisation des méthodes de référence. Des améliorations sont à noter dans les procédures, ainsi que dans le choix des participants et le ciblage des personnes les plus difficiles à placer (SZW, 2007). L'absence de concurrence adéquate reste un problème toutefois, car le développement respectif des sociétés qui obtiennent de bons résultats et de celles dont les performances sont médiocres n'évolue pas toujours en faveur des premières (Groot *et al.*, 2006). En outre, le mécanisme d'appel d'offres est accusé d'entraîner une course au moins-disant qui aboutit à priver les sociétés sélectionnées des moyens de placer les personnes et les contraint souvent à offrir des parcours de second ordre. L'UWV a tenté d'inverser la tendance en concluant des contrats à long terme pour permettre aux sociétés de services de réadaptation d'investir (SZW, 2007). Dans le même temps, les IRO ont permis à une multitude d'entreprises d'entrer sur ce marché, engendrant une croissance considérable des sociétés spécialisées dans la réinsertion (Maandblad Reintegratie, 2005).

De façon générale, la réadaptation professionnelle donne des résultats mitigés en termes d'augmentation des chances des salariés malades de reprendre le travail. En Irlande, les résultats restent médiocres : un participant sur deux ne va pas au bout de sa formation ou enchaîne simplement avec une autre formation ; moins d'un tiers des participants trouvent un emploi à l'issue de la réadaptation, et seuls 6.6 % d'entre eux intègrent le marché du travail non protégé (tableau 3.5). De plus, en partie du fait de la structure des prestations, les mesures de réadaptation pâtissent du manque d'importance accordée aux aspects professionnels : il serait possible d'offrir davantage d'occasions de formation par alternance ainsi que des programmes passerelles. En Finlande, en revanche, 65 % des personnes qui participent à un programme de réadaptation dans le cadre du régime de pension contributive occupent un emploi par la suite, alors qu'au Danemark, une grande partie va grossir les rangs du chômage. De même, aux Pays-Bas, le taux de placement reste faible. Dans une certaine mesure, les bons résultats de placement obtenus en Finlande semblent être partiellement dus à des effets d'écémage ou de sélection, car le nombre de personnes admises dans les programmes de réadaptation est assez limité, bien que sans commune mesure avec l'Irlande. Il est possible qu'une forte proportion des participants aux programmes de réadaptation professionnelle (dans le cadre du régime de pension contributive) aient occupé (et occupent) un emploi sur le marché du travail classique, et généralement sous contrat à durée indéterminée, avant (et pendant) la phase de réadaptation¹⁵.

De nombreuses études ont examiné les retombées de la réadaptation et ont conclu à des différences selon le type de mesures. Celles liées à la formation semblent avoir une incidence limitée sur le retour au travail en raison des effets négatifs de la coupure avec le monde du travail (recherche d'emploi moins intensive pendant la réadaptation), qui annulent l'apport en termes de capital humain constaté à l'issue de la réadaptation (Hogelund et Holm, 2003). D'un autre côté, des évaluations récentes

Tableau 3.5. **Sauf en Finlande, la réadaptation professionnelle ne mène qu'une minorité de participants à l'emploi**

Résultats obtenus en matière d'emploi rapportés au total des participants à des activités de réadaptation, 2006

Résultats		20-34	35-49	50-64	Total	Hommes	Femmes	
Danemark	Emploi	35.6	36.7	24.5	34.8	39.1	32.0	
	Chômage	41.4	40.1	39.6	40.6	37.1	42.9	
	Préretraite et "petits boulots"	4.4	5.0	11.9	5.5	6.1	5.1	
	Éducation	4.8	1.6	0.2	2.9	2.6	3.1	
	Emploi flexible	4.6	7.3	16.2	7.1	7.7	6.7	
	Allocations journalières maladie et maternité	6.8	7.6	5.9	7.0	5.0	8.3	
	Autres	2.4	1.7	1.7	2.1	2.4	1.8	
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Résultats		< 35	35-44	45-54	55-67	Total	Hommes	Femmes
Finlande	Emploi	73.3	72.1	64.1	53.4	65.9	66.0	65.9
	Éducation ou chômage	4.3	5.8	5.5	4.7	5.4	5.9	5.0
	Pension invalidité complète	7.5	7.4	10.8	14.9	10.0	9.9	10.1
	Pension invalidité partielle	2.4	3.3	7.5	9.9	6.1	5.8	6.3
	Autres	12.5	11.4	12.0	17.0	12.6	12.5	12.7
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Résultats						Total		
Irlande	Emploi	30.0
	<i>Dont :</i>							
	Emploi ordinaire	6.6
	Emploi protégé	23.4
	Autres études/formation	32.0
	Arrêt dû à un problème médical	18.0
	Autres	20.0
	..	..	..	..	100.0	..	..
Résultats		20-34	35-49	50-64	Total	Hommes	Femmes	
Pays-Bas	Emploi	44.6	46.5	40.3	44.7	46.1	43.1	
	Chômage	43.5	43.1	48.6	44.4	41.2	48.0	
	Service de réadaptation professionnelle, sans succès	3.0	2.3	2.3	2.5	2.9	2.0	
	Service de réadaptation professionnelle, avec succès	8.9	8.1	8.8	8.4	9.8	6.8	
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Source : Autorité du marché du travail (Danemark) ; ETK (Finlande) ; « Study of Efficiency and Effectiveness of Vocational Training Services and Rehabilitative Training Services for People with Disabilities provided by Specialist Training Providers », Indecon (Irlande) ; et UWV (Pays-Bas).

qui analysent les effets à long terme de la formation révèlent des résultats positifs dans différents pays européens, bien que dans ce cas l'échantillon examiné ne soit pas limité aux personnes présentant une incapacité (Kluve, 2006). Cela étant, on a constaté que la réadaptation avait davantage d'effets positifs sur les personnes les plus éloignées du marché de l'emploi, alors que l'aménagement du lieu de travail semblait la solution la plus efficace pour permettre la reprise des salariés en arrêt maladie (Frolich *et al.*, 2004).

D. Mesures de soutien à l'emploi régulier

Si l'on excepte le Danemark, l'utilisation de mesures de soutien pour aider les personnes présentant une incapacité à accéder au marché de l'emploi non protégé est peu répandue. Les pays devraient envisager d'étendre les programmes incitatifs en

direction du secteur privé, qui se sont révélés plus efficaces que les programmes de formation en matière de multiplication des perspectives d'emploi (Kluve, 2006). La plupart des pays disposent d'une palette de mesures visant à favoriser l'emploi classique : accompagnement dans la recherche d'emploi, subventions salariales compensant le déficit de productivité et/ou l'aménagement des horaires, subventions pour l'aménagement du lieu de travail, le transport et l'aide personnalisée, entre autres. L'Irlande n'a toutefois pas mis en place de dispositifs de soutien spécifiques pour répondre aux besoins d'aide personnalisée sur le lieu de travail des salariés présentant une incapacité. Du fait des multiples acteurs impliqués dans les rapports avec les personnes présentant une incapacité, la répartition des responsabilités en matière d'aide personnalisée reste floue : les auxiliaires personnels sont financés par le ministère de la Santé et de l'Enfance alors que les mesures liées au travail devraient être assumées par le ministère du Commerce extérieur, des Entreprises et de l'Emploi et qu'aucun financement n'est prévu pour ces activités.

La Finlande et les Pays-Bas ont uniquement prévu des systèmes de subventions salariales temporaires pour les personnes présentant une incapacité. Cette démarche va dans le sens des conclusions de recherches antérieures, qui montrent que les subventions salariales ciblées temporaires (par opposition aux subventions salariales générales) semblent plus efficaces en termes de création d'emplois (Martin et Grubb, 2001). Aux Pays-Bas, il n'existe pas de système de subventions salariales à proprement parler pour les personnes dont l'incapacité entre dans le cadre de la loi WIA : les prestations d'invalidité pour les personnes présentant une incapacité partielle (WGA) deviennent en substance un complément de salaire qui compense la différence entre le salaire antérieur et le revenu réel tiré de l'activité professionnelle. Les personnes bénéficiant de l'ancien régime d'invalidité ou d'une allocation Wajong ont également droit à un complément de salaire pendant une durée limitée. En outre, une subvention salariale spéciale d'une année au maximum a été créée pour les personnes dont l'incapacité a été réévaluée. Des subventions salariales sont accordées pour deux ans par les services publics de l'emploi en Finlande dans le cas d'une personne présentant une incapacité (ou pour trois ans si la personne occupe un emploi dans une entreprise sociale). Le faible taux d'utilisation du dispositif a été mis sur le compte d'un manque de souplesse du financement, et le système a été réformé en 2006 pour être simplifié. La subvention se compose actuellement d'une aide de base équivalant à l'allocation de chômage et à une aide supplémentaire comprise entre 60 et 90 % de l'aide de base pour les personnes difficiles à placer. Le taux de maintien dans l'emploi semble faible et les personnes perdent leur travail après le retrait de la subvention.

La politique danoise est fortement orientée vers l'emploi sur le marché du travail ordinaire. Pour faciliter les placements, une initiative visant à fournir des certificats de travail aux personnes présentant une incapacité a été mise en place : l'objectif est de décrire ce que ces personnes sont capables de faire dans un contexte professionnel et d'indiquer les mesures compensatoires disponibles. Le taux d'utilisation du dispositif de subventions salariales (emplois flexibles) est élevé et a fortement augmenté ces dernières années (de plus de 200 % depuis 2003). Pour avoir droit à une subvention salariale, la personne doit présenter un handicap permanent limitant sa capacité à travailler et ne pas être en mesure de conserver un emploi dans des conditions normales. En outre, elle doit avoir épuisé toutes les mesures de réadaptation et d'activation à sa disposition. Il y a des raisons de penser que la popularité des emplois flexibles masque des problèmes de substitution par des emplois classiques, car tous les acteurs (employeurs, salariés et

communes) tirent parti du transfert des personnes vers le système des emplois flexibles. En effet, les salariés travaillent moins tout en percevant un salaire complet, les employeurs bénéficient d'une subvention qui peut être utilisée pour embaucher une personne supplémentaire, et les municipalités sont généreusement remboursées par l'État. La majorité des emplois flexibles ont été attribués à des personnes qui travaillaient auparavant dans l'entreprise et n'ont pas donné lieu à l'embauche d'une personne extérieure. C'est pour cette raison que le programme d'emplois flexibles a été modifié en 2006 : une limite de salaire a été définie et il a été demandé aux municipalités de fournir un dossier avant d'attribuer un poste de ce type¹⁶. En outre, pour réduire le nombre de personnes percevant une indemnité d'attente d'emploi flexible, des contacts actifs avec l'agence pour l'emploi sont exigés et, après un an, il est possible de faire appel à des prestataires privés pour trouver un emploi adapté. Le taux de passage de l'emploi flexible à l'emploi classique reste faible (moins de 1 %).

En Irlande, en revanche, une très faible proportion de personnes présentant une incapacité occupe des emplois subventionnés. Le système de subventions salariales (*Wage Subsidy Scheme*) comprend une aide destinée à compenser la productivité inférieure du salarié, ainsi qu'une indemnisation de l'employeur pour les coûts supplémentaires de gestion et de supervision. Les effets dissuasifs sont en partie liés au système de prestations (chapitre 5), mais également au manque de clarté dans la conception du programme. Les subventions salariales ne permettent pas de continuer à percevoir des prestations d'invalidité (à l'exception de l'allocation de retour au travail – *Back to Work Allowance*), et de nombreuses personnes présentant une incapacité ne participent pas au programme de peur de perdre leurs prestations secondaires, surtout la carte médicale (qu'elles peuvent conserver pendant trois ans au maximum). La subvention dépend du niveau de déficit de productivité, mais la définition du terme « productivité » n'est pas très claire et n'est pas liée à l'évaluation de l'incapacité (comme cela est le cas aux Pays-Bas), ce qui complique la détermination de ce niveau. En outre, la subvention salariale ne tient pas compte du fait que le travail puisse nécessiter des conditions spécifiques telles que des horaires réduits ou un travail posté, et exige 21 heures de travail hebdomadaire au minimum.

Pour faciliter le placement des personnes présentant une incapacité, des initiatives réunissant plusieurs organismes ont été mises en place en Irlande et en Finlande, mais il reste des problèmes de conception à régler afin d'améliorer les résultats. Le projet pilote de la région du Midlands en Irlande a mis en évidence des problèmes liés au manque d'orientation et de partage d'informations entre organismes : l'échec des mesures d'activation était dû au fait que les services proposés n'étaient pas adaptés à la situation ni aux aspirations des personnes. Ce manque de succès est imputable à des problèmes d'adéquation : le projet de la région Midlands montre que les personnes n'étaient pas intéressées par les mesures d'activation, car elles avaient l'impression que le service public de l'emploi n'avait rien à offrir (FÁS, 2006)¹⁷. Des centres de services pour la main-d'œuvre (LAFOS, *Labour Force Service Centres*) ont été créés en Finlande depuis 2002 avec du personnel provenant à 50 % des services publics de l'emploi et à 50 % des municipalités. Ils sont censés se focaliser sur les personnes sans emploi qui sont difficiles à placer et qui pourraient tirer profit d'une approche multidisciplinaire et de réunions plus rapprochées que ce n'est le cas au sein du service public de l'emploi. Par ailleurs, du fait du caractère restrictif des critères de sélection retenus, de nombreuses personnes défavorisées, comme

les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ne sont pas prises en charge par les centres LAFOS.

E. Emploi protégé

Dans les quatre pays, les dispositifs d'emploi protégé sont gérés de manière décentralisée, au niveau local, bien que l'on observe des différences importantes en termes de taille et d'organisation. En effet, l'emploi protégé représente le programme actif du marché du travail le plus important aux Pays-Bas en termes de dépenses comme de nombre de participants, alors qu'il est relativement peu développé en Finlande et au Danemark (faible nombre de participants). Aux Pays-Bas, la plupart des participants sont employés dans des entreprises de travail adapté (78 %), mais on a constaté ces dernières années une forte hausse des emplois protégés aménagés dans des sociétés classiques (d'environ 37 % en 2006). L'emploi protégé et l'emploi communautaire (*Community Employment*, CE) constituent les principales mesures mises en œuvre en Irlande. Une différence essentielle entre ces deux types de programmes réside dans le fait que l'emploi protégé ne privilégie aucunement l'objectif de réinsertion sur le marché de l'emploi standard, alors que l'emploi communautaire le met au premier plan et se concentre davantage sur les problèmes de chômage de longue durée.

Les sociétés et ateliers protégés sont souvent gérés au niveau des collectivités locales dans tous les pays, car ils sont traditionnellement chargés de tâches d'intérêt communautaire et la nature des travaux réalisés dépend de la demande locale. Avant la réforme municipale, la responsabilité de l'emploi protégé au Danemark était répartie entre les municipalités et les régions, mais depuis 2007, la gestion en est intégralement assumée à l'échelon municipal. En Irlande, l'emploi protégé et l'emploi communautaire sont tous deux issus des services rendus par les organisations associatives et communautaires. Ils s'appuient donc fortement sur le bénévolat pour la gestion de l'entreprise et la participation à la production et sont à but non lucratif (O'Hara et O'Shaughnessy, 2004). Le financement et la responsabilité globale de l'emploi protégé reviennent au ministère de la Santé et de l'Enfance, tandis que le budget de l'emploi communautaire relève de la FÁS. Aux Pays-Bas et en Finlande, l'emploi protégé était financé principalement par l'État, et les municipalités devaient couvrir les pertes financières si l'aide réglementaire était insuffisante. Depuis 2008, aux Pays-Bas, dans un souci de simplification du financement et de limitation des listes d'attente, le budget est déterminé en fonction du nombre de personnes orientées vers l'emploi protégé, au lieu d'être constitué d'une aide fixe par placement.

Pour avoir droit à un emploi protégé, les personnes doivent être dans l'incapacité d'occuper un emploi classique. Le placement est généralement effectué sur une base volontaire, sans structure systématique d'engagement. Aux Pays-Bas, le groupe cible comprend les personnes qui, en raison de déficits physiques, mentaux ou psychologiques, ne peuvent travailler que dans des environnements adaptés. Les demandes sont examinées par le Centre pour le travail et le revenu, et non par les municipalités¹⁸, dans un double objectif : garantir l'impartialité de l'évaluation et permettre la prise en compte d'autres possibilités sur le marché du travail classique. Malgré un débat autour du manque d'information sur les possibilités d'emploi protégé et l'absence d'orientation systématique, le système reste sur une base volontaire. Aucune sanction n'est prévue si les personnes ne demandent pas à travailler ou si elles refusent un placement alors qu'elles figurent sur la liste d'attente (ce refus entraîne simplement leur retrait du programme). Au contraire, on

constate un renforcement des droits des personnes avec l'obligation faite aux municipalités de proposer un emploi approprié dans un délai d'un an. Au Danemark et en Irlande, il est également possible d'admettre des personnes faisant face à des difficultés sociales qui les empêchent de conserver un emploi régulier. En Irlande, les personnes expriment leur intérêt pour le programme à la FÁS ou aux services locaux pour l'emploi, et l'admissibilité est déterminée en fonction de l'âge et de la durée pendant laquelle des prestations (chômage, invalidité, aide sociale) ont été perçues.

La composition et l'évolution des groupes engagés dans des programmes d'emploi protégé varient selon les pays. De manière générale, le nombre de participants semble avoir légèrement augmenté. Aux Pays-Bas toutefois, on note une stagnation depuis la réforme municipale de 2004 : après une augmentation de 1 à 2 % par an entre 1998 et 2004, la hausse s'est limitée à 0.1 % en 2006. Simultanément, la liste des personnes en attente d'un placement s'est allongée pour atteindre 20 000 demandeurs. En Irlande, bien que les taux globaux de participation aux programmes d'emploi communautaire aient notablement diminué, la proportion de personnes présentant une incapacité y est passée de 7.4 % en 1998 à 23 % en 2007. De même, on note une diversité des sources de revenus chez les participants. Aux Pays-Bas, la participation aux dispositifs d'emploi protégé est régie par des conventions collectives spéciales et les participants perçoivent un salaire équivalent à celui d'un emploi en milieu ordinaire (supérieur au salaire minimum) ; il en va de même dans les entreprises sociales en Finlande. Le plus souvent, en Irlande et au Danemark, les personnes qui travaillent dans des ateliers protégés vivent principalement de leurs prestations d'invalidité, le salaire qu'ils perçoivent étant considéré comme un complément. En outre, le statut juridique de ces travailleurs en Irlande reste sujet à controverse, car ils ne bénéficient d'aucune garantie de salaire minimum, ni de contrat de travail légal ou de protection de l'emploi.

De manière générale, on se désintéresse des ateliers protégés pour se tourner vers d'autres formes d'emploi adapté, en externe, par exemple, ou dans des entreprises sociales. De même, tous les pays centrent leurs efforts sur l'accès progressif des travailleurs au marché du travail non protégé et accordent plus d'attention aux compétences acquises et aux formations utiles suivies durant la période d'emploi protégé. En Irlande, le programme d'emploi communautaire a élaboré à cet effet une démarche plus structurée qui inclut, depuis peu, une composante de formation donnant lieu à la délivrance d'un certificat de qualification professionnelle. Le ministère du Commerce extérieur, des Entreprises et de l'Emploi irlandais cherche également à déterminer comment les ateliers protégés pourraient développer un potentiel plus commercial. Aux Pays-Bas, les réformes mettent l'accent sur le droit à un emploi protégé mieux adapté, et les municipalités recevront une prime pour les emplois protégés qui sont faits sous la forme d'un accompagnement par des sociétés classiques. De même, au Danemark et en Finlande, la tendance est à l'aménagement d'emplois protégés dans des entreprises du marché du travail ordinaire ; la réforme finlandaise de 2007 augmentant les subventions salariales pour les entreprises sociales doit être envisagée dans cette optique¹⁹.

L'emploi protégé a été considéré comme un tremplin pour accéder au marché du travail ordinaire, mais en réalité, les progrès sont très lents dans la plupart des pays. Le taux d'accession totale à un emploi classique, par exemple, est estimé à moins de 10 % en Irlande (à partir du programme d'emploi communautaire) et à 4 % aux Pays-Bas. L'Irlande a défini des limites de durée de participation au programme d'emploi communautaire afin d'encourager la transition, mais les personnes se voient souvent proposer un autre type de

d'emploi communautaire. D'aucuns ont avancé que le système agit peu en faveur du développement des perspectives d'emploi des participants et que la formation pourrait se révéler une meilleure option pour augmenter les chances d'obtenir un emploi standard (O'Connell, 2001). Toutefois, la question reste de savoir dans quelle mesure ce système peut constituer une forme d'emploi de transition pour les personnes présentant une incapacité et si une forme de marché secondaire du travail est nécessaire. Dans une certaine mesure, les objectifs d'évolution peuvent être difficilement conciliés avec les critères mêmes d'admissibilité à un emploi protégé, c'est-à-dire l'incapacité à travailler sur le marché du travail ordinaire. La deuxième question est de déterminer si, dans un contexte concurrentiel, la production dans des ateliers protégés est compatible avec le travail de réadaptation ou l'insertion sociale. En effet, il apparaît qu'une sélection est effectuée aux Pays-Bas pour éviter les pertes financières, et que les personnes présentant les plus forts degrés d'incapacité restent plus longtemps en liste d'attente.

3.3. Conclusion

Tandis que la politique néerlandaise s'attache davantage à promouvoir le maintien dans l'emploi et à diminuer les flux d'entrée dans le régime d'invalidité, celle du Danemark est plus axée sur les dispositifs d'activation destinés aux personnes présentant une incapacité et sur la mise à disposition de différents types de mesures en faveur de l'emploi avant l'octroi de prestations d'invalidité. La question de l'insertion de ces personnes reste préoccupante en Irlande et en Finlande, dans la mesure où un grand nombre d'entre elles n'ont pas l'occasion de participer aux mesures PAMT intégrées. Ces deux pays ont une approche plus passive de l'emploi des personnes présentant une incapacité, avec toutefois un certain accent sur la réadaptation et l'acquisition de compétences.

L'abandon par l'Irlande du rôle traditionnel qui consiste à fournir une garantie de revenu aux personnes présentant une incapacité est récent, et ce pays commence seulement maintenant à élaborer une approche intégrée de l'activation, associée à une évaluation systématique du potentiel d'emploi, en confiant les options d'orientation à des facilitateurs du ministère des Affaires sociales et de la Famille (*Social and Economic Participation Programme*, programme de participation économique et sociale). Ce programme a les moyens de porter remède au défaut d'engagement systématique auprès des personnes présentant une incapacité, lesquelles ne participent aux programmes actifs du marché du travail que si elles décident de contacter directement les différents organismes impliqués. Actuellement, le suivi à l'issue des programmes n'est pas très développé et la surveillance des progrès totalement absente. Cette situation est due en partie au manque de ressources, et en partie à la division des responsabilités en matière de réadaptation et au fractionnement de la réadaptation professionnelle entre différents prestataires de formation spécialisés. Il est important qu'un tel morcellement n'entrave pas la transition entre réadaptation médicale et professionnelle et n'empêche pas les personnes présentant une incapacité d'acquérir les compétences dont elles ont besoin pour réussir à accéder au marché du travail. De même, les outils nécessaires à l'évolution et les cibles liées à l'emploi doivent être en place pour fournir une surveillance adéquate.

En Finlande également, les personnes présentant une incapacité ne sont pas systématiquement orientées vers les services publics de l'emploi. Les centres de services pour la main-d'œuvre (LAFOS), caractérisés par une coopération pluridisciplinaire entre l'agence pour l'emploi et la municipalité (avec un certain degré de participation de l'organisme de sécurité sociale), associent différents services et solutions de soutien et

auraient les moyens d'aider à la réinsertion de ces personnes. Or, ces centres sont principalement axés sur les chômeurs de longue durée présentant des problèmes sociaux. L'une des institutions chargées d'élaborer les politiques en matière de maladie et d'invalidité devrait assumer le rôle de chef de file pour l'orientation des personnes présentant une incapacité vers les organismes appropriés et le suivi des progrès sur la voie de la réadaptation professionnelle et de l'emploi (chapitre 6). Cette démarche est particulièrement importante dans le cas de la réadaptation, car de nombreux acteurs participent à la détermination des besoins et du montant des prestations. Comme dans le cas de l'Irlande, des cibles quantitatives de résultats et de taux de placement devraient être envisagées pour les personnes présentant une incapacité. En effet, l'amélioration de la mesure des résultats et du niveau d'exclusion des clients reste une condition préalable au ciblage.

Le Danemark et les Pays-Bas ont mis en place des incitations et des mécanismes pour proposer des PAMT aux personnes présentant une incapacité, mais il reste une marge d'amélioration en termes d'évaluation et d'efficacité. Les agences pour l'emploi danoises disposent d'un grand potentiel de suivi des résultats des actions, avec un outil d'analyse comparative des communes et des cibles, qui pourrait être étendu à ces personnes. Aux Pays-Bas, l'objectif de résultat associé aux paiements pourrait être renforcé et des efforts supplémentaires pourraient être déployés pour garantir le contrôle de la qualité des prestataires. En outre, malgré toutes les réformes innovantes et tous les efforts pour intensifier les incitations à travailler, l'emploi protégé reste très présent dans ce pays, or bien d'autres initiatives pourraient renforcer l'emploi des personnes présentant une incapacité sur le marché du travail classique.

Notes

1. On envisage dans de futures réformes d'inciter les municipalités à promouvoir une politique plus active, en augmentant notamment leurs taux de remboursement de 50 % à 65 % si la personne malade s'est partiellement remise ou a accepté une offre de plus de dix heures par semaine dans le cadre des mesures d'activation ; dans le cas contraire, le remboursement est réduit à 35 %.
2. La responsabilité a été transférée aux employeurs en 1996, mais s'est considérablement renforcée en 2002 (protocole sur l'amélioration de la détection), en 2003 (sociétés de réinsertion recherchant un travail chez un autre employeur) et en 2004 (paiements des indemnités de maladie pendant deux années – voir le chapitre 2 pour plus d'informations).
3. Les données empiriques indiquent qu'un bénéficiaire d'indemnités de maladie sur cinq en Irlande touche ces prestations pendant plus d'un an.
4. La réadaptation spécialisée relevait auparavant de la responsabilité des régions. Avec la réforme municipale (qui a pris effet au 1^{er} janvier 2007), cette responsabilité a été transférée aux municipalités.
5. La liste des pathologies est établie par l'UWV et le ministère des Affaires sociales et comprend entre autres les douleurs dorsales chroniques, les troubles psychologiques, les traumatismes cervicaux, les TMS et le syndrome de fatigue chronique.
6. Le groupe caractérisé par une diminution inférieure à 35 % de sa capacité de gain est assez important, avec 17 315 personnes en 2006 en comparaison des 18 007 bénéficiaires d'une allocation IVA ou WGA en 2006.
7. Les deux institutions procédant en parallèle à leur propre évaluation, un processus de coopération a été mis en place afin d'éviter qu'une décision différente ne soit prise pour les deux types de prestations.
8. L'allocation néerlandaise pour incapacité à un jeune âge (Wajong) est destinée aux personnes qui ont été frappées d'une incapacité soit avant l'âge de 17 ans, soit entre 17 et 30 ans, et qui ont eu le statut d'étudiant pendant au moins six mois de l'année précédant l'incapacité professionnelle.

9. Les deux niveaux d'allocation d'emploi flexible au Danemark (à hauteur de la moitié ou des deux tiers du salaire antérieur) remplissent en partie le rôle des prestations partielles d'invalidité dans d'autres pays.
10. Le faible pourcentage des prestations partielles d'invalidité en Finlande s'explique en partie par le fait que, le nombre d'emplois à temps partiel restant limité, les autorités qui octroient ces prestations se soucient de l'impossibilité de vivre avec les seuls versements partiels.
11. L'explication des faibles taux de refus au Danemark tient en partie au fait que les chiffres n'incluent pas les personnes pour lesquelles une pension d'invalidité n'est pas envisagée, ces personnes n'ayant pas encore épuisé toutes les possibilités liées aux mesures d'activation, de réadaptation, de traitement et autres, et ne pouvant donc pas encore demander de prestations.
12. Le nombre de travailleurs occupant des emplois flexibles est passé de 13 000 en 2003 à 41 500 en 2006. Sur cette même période, le nombre de personnes en attente d'un emploi flexible a progressé de 1 400 à 12 700.
13. Les 43 % correspondent aux flux de sortie des nouveaux bénéficiaires sur une période récente de sept ans, y compris les transferts vers le régime de pension de retraite, tandis que les 3 % se rapportent à la part des sorties annuelles pour l'ensemble des bénéficiaires actuels, à l'exclusion des transferts vers des pensions de vieillesse.
14. La réévaluation des droits des bénéficiaires du régime d'invalidité pourrait donc générer des taux de sortie plus importants dans d'autres pays, notamment en Irlande, où les droits ne sont pas réexaminés systématiquement ; on estime que 35 % environ des personnes convoquées pour une réévaluation ont été considérées comme aptes au travail.
15. Les chiffres pour la Finlande incluent uniquement les participants aux mesures de réadaptation professionnelle de l'ETK, car on ne dispose pas de statistiques comparables pour le KELA, les assurances accidents du travail et accidents de la route ou d'autres prestataires.
16. Selon le conseil d'appel danois, 50 % des cas n'étaient pas bien documentés avant cette réforme.
17. Le projet pilote irlandais a également montré que le fait d'octroyer une allocation d'invalidité avant toute évaluation de la capacité de récupération avait un effet démotivant considérable, les bénéficiaires devenant dépendants des prestations et réticents à participer à un programme par peur de les perdre.
18. Auparavant, l'admission dans les programmes d'emploi protégé néerlandais était gérée par des commissions au niveau municipal, et on constatait que les critères n'étaient pas appliqués de manière uniforme dans toutes les municipalités. En outre, certains s'inquiétaient du fait que les municipalités pouvaient influencer sur les décisions.
19. Pour être considérée comme une entreprise sociale en Finlande, une société doit employer au moins 30 % de personnes présentant une incapacité ou sortant d'une période de chômage de longue durée. La législation a été modifiée en 2007 pour faciliter l'emploi dans les entreprises sociales : le montant maximal de la subvention salariale a été augmenté de 60 % et la durée maximale prolongée d'une année. Les derniers changements semblent avoir stimulé la création d'entreprises sociales, dont le nombre était très faible au départ (deux nouvelles entreprises sociales voient le jour chaque semaine).

Bibliographie

- Berendsen, E., H. Mulders et J. van Loo (2007), « Het eerste jaar WIA », *ESB*, vol. 92, n° 4505, pp. 132-135.
- Damgaard, B. et J. Boll (2007), « Opfølgning på sygedagpenge. Kommuners, lægers og virksomheders erfaringer med de nye regler », rapport SFI n° 07:01, Copenhague.
- De Jong, P.R., M. Lindeboom et B. van der Klaauw (2006), « Screening Disability Insurance Applications », document de travail de l'IZA n° 1981, Bonn.
- Deursen, C.G.L. (2007), *Herbeoordeeld...En Dan ? Stand van zaken vier maanden na de uitslag, 2005 en 2006*, AStri, Leiden.
- Frölich, M., A. Heshmati et M. Lechner (2004), « A Microeconomic Evaluation of Rehabilitation of Long-term Sickness in Sweden », *Journal of Applied Econometrics*, vol. 19, n° 3, pp. 375-396.
- Gould, R. (2003), « Disability Pensions in Finland », in C. Prinz (dir. pub.), *European Disability Pensions Policies*, European Centre à Vienne, Ashgate.

- Gould, R., H. Grönlund, R. Korpiluoma, H. Nyman et K. Tuominen (2007), « Miksi masennus vie eläkkeelle ? », *Eläketurvakeskuksen raportteja* 2007:1.
- Groot, I., D. Hollanders, J. Hop et S. Onderstal (2006), « Werkt de reïntegratiemarkt ? », publication SEO n° 946, Amsterdam.
- Hesselius, P., P. Johansson et L. Larsson (2005), « Monitoring Sickness Insurance Claimants : Evidence from a Social Experiment », Working Paper Series n° 2005:15, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU), Uppsala.
- Hogelund, J. et A. Holm (2006), « Case Management Interviews and the Return to Work of Disabled Employees », *Journal of Health Economics*, vol. 25, n° 3, pp. 500-519.
- Jehoel-Gijsbers, G., dir. pub. (2007), *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*, Sociaal en Cultureel Planbureau, La Haye.
- Kluve, J. (2006), « The Effectiveness of European Active Labor Market Policy », document de travail de l'IZA n° 2018, Bonn.
- Leech, C. (2004), *Renaissance Project. Preventing Chronic Disability from Low Back Pain*, ministère des Affaires sociales et de la Famille, Gouvernement irlandais, Dublin.
- Lund, T., M. Labriola et E. Villadsen (2007), « Who Is at Risk for Long-term Sickness Absence ? A Prospective Cohort Study of Danish Employees », *Work : A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, vol. 28, n° 3, pp. 225-230.
- Maandblad Reïntegratie* (2005), Themanummer, IRO, n° 5.
- Martin, J.P. et D. Grubb, (2001), « What Works and for Whom: A Review of OECD Countries' Experiences with Active Labour Market Policies », Working Paper Series n° 2001:14, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – vol. 1 : Norvège, Pologne et Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – vol. 2 : Australie, Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni*, OCDE, Paris.
- O'Connell, P.J. (2002), « Are They Working ? Market Orientation and the Effectiveness of Active Labour-Market Programmes in Ireland », *European Sociological Review*, vol. 18, pp. 65-83.
- O'Hara, P. et M. O'Shaughnessy (2004), « Work Integration Social Enterprises in Ireland », document de travail de l'EMES, n° 04/03, Liège.
- SER (2007), *Meedoen zonder beperkingen. Meer participatimogelijkheden voor jonggehandicapten*, Conseil économique et social (SER), La Haye.
- Suijker, F. (2007), « Verdubbeling van de instroom in de Wajong: oorzaken en beleidsopties », document du CPB n° 156, La Haye.
- SZW (2008), *Beleidsdoorlichting re-integratie: Een doorlichting van het SZW begrotingsartikel 23*, Werkdocument n° 361, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, pp. 62-64.
- WRC (2006), *Evaluation of the Midlands Pilot*, Work Research Center, FÁS, Dublin.

Chapitre 4

Maintien dans l'emploi et recrutement : mobiliser les employeurs

Les taux d'emploi des personnes présentant une incapacité sont très inférieurs à ceux des personnes valides. Ce phénomène est dû en partie au faible taux d'embauche lié à une inadéquation de leur qualifications et au fait que les employeurs peuvent être incités à encourager les salariés de santé fragile à sortir du marché du travail. La législation sur la protection de l'emploi (LPE), qui vise à protéger les travailleurs, peut avoir des effets dissuasifs supplémentaires pour les entreprises susceptibles de les embaucher. En Finlande et aux Pays-Bas, la LPE plus stricte risque ainsi de contribuer à la dualité du marché du travail et à l'abaissement du taux d'embauche des personnes présentant une incapacité. Ce contexte contraste avec celui du Danemark et de l'Irlande où les employeurs ont moins d'obligations quant au maintien des salariés, mais où le marché du travail facilite le retour à l'emploi.

Différentes formes d'incitations financières destinées aux employeurs ont été mises en place dans les quatre pays étudiés. Les subventions salariales ont permis d'accroître le taux d'emploi en Finlande, mais elles semblent avoir créé des effets de substitution au Danemark. Aux Pays-Bas, les entreprises sont dispensées de la prise en charge des prestations d'invalidité et du versement des salaires pendant les arrêts de travail en cas d'embauche d'une personne présentant une affection de longue durée. Dans l'ensemble, les employeurs sont souvent découragés par les obstacles administratifs et une action pourrait être entreprise dans les quatre pays pour remédier à cette situation.

Les taux d'emploi des personnes présentant une incapacité restent faibles en dépit des efforts déployés pour les améliorer. Favoriser le travail de ces personnes au moyen d'obligations plus strictes et d'incitations financières, tout en élargissant les programmes d'activation, risque de ne pas suffire pour changer cet état de fait. Le rôle des entreprises est tout aussi déterminant pour développer l'emploi des personnes présentant une incapacité, et il est nécessaire de convaincre les employeurs de l'importance d'embaucher ces personnes ou de les maintenir à leur poste. Or, dans bien des cas, les obligations non négligeables incombant aux employeurs de travailleurs présentant une affection de longue durée ou une incapacité, de même que les craintes de répercussions sur la productivité et les coûts pour l'entreprise que suscite l'emploi de ces personnes, sont autant de facteurs dissuasifs.

Ce chapitre s'intéresse au défi que constitue la promotion de l'emploi des personnes dont la capacité de travail est réduite, principalement du point de vue des employeurs. Dans un premier temps, l'analyse portera sur les groupes de personnes que les entreprises gardent ou recrutent ou non dans leurs effectifs, en prêtant une attention particulière aux jeunes et aux travailleurs âgés. Ensuite, nous étudierons les systèmes en place pour imposer le maintien à leur poste des salariés présentant des problèmes de santé ainsi que l'effet de ces mesures sur les sociétés. Nous nous attacherons notamment à décrire le dilemme entre embauche et maintien dans l'emploi. La dernière section abordera les possibilités de surmonter ce dilemme à travers différentes actions menées avec le concours des entreprises pour améliorer les chances de conservation des emplois et d'embauche.

4.1. Demande de main-d'œuvre et inadéquation des qualifications

Malgré les pénuries de main-d'œuvre dans une partie des pays étudiés, on observe un taux élevé d'inactivité chez les personnes déclarant une incapacité, mais qui souhaitent travailler et qui pourraient combler certaines insuffisances du marché du travail. Cette section présente les caractéristiques d'emploi des personnes présentant une incapacité et explique en quoi leur manque de qualifications rend leur embauche moins attrayante aux yeux des employeurs. L'inadéquation des qualifications est surtout problématique pour les jeunes, mais elle l'est aussi pour les travailleurs âgés, qui ne sont plus en mesure de s'adapter aux exigences et à l'évolution du marché du travail. Cette section examine également comment les désincitations du système de sécurité sociale dissuadent les entreprises d'embaucher ou de garder les travailleurs âgés ayant des problèmes de santé.

A. Le faible taux d'emploi des personnes présentant une incapacité résulte-t-il d'une embauche insuffisante et d'un bas niveau de qualification ?

Le taux d'emploi des personnes présentant une incapacité est bien inférieur à celui des personnes valides dans tous les pays (chapitre 1 et tableau 4.1). La différence est particulièrement marquée en Irlande et aux Pays-Bas où ce taux est presque deux fois moins élevé que celui des personnes valides, contre 70 % en Finlande. En outre, l'écart se creuse encore pour la tranche d'âge supérieure (50-64) dans tous les pays. Les taux de

chômage des personnes handicapées sont également plus forts, notamment au Danemark et aux Pays-Bas où il est le double de celui des personnes valides. L'Irlande enregistre les taux d'emploi de personnes handicapées les plus bas, tandis que la Finlande affiche le taux de chômage le plus élevé (c'est également le cas pour les personnes valides).

En termes de caractéristiques d'emploi, on note peu de différences entre personnes valides et handicapées. Il n'existe pas de distinction notable par secteur d'emploi ni dans la part de travailleurs indépendants. Les personnes handicapées ne semblent pas être surreprésentées dans l'emploi temporaire au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, mais elles le sont légèrement en Irlande. La différence la plus visible réside dans la proportion plus grande d'emplois à temps partiel chez les personnes présentant une incapacité. Au Danemark, en Irlande et en Finlande, ce phénomène concerne toutes les tranches d'âge. Le Danemark connaît l'écart le plus net, notamment dans la tranche d'âge supérieure. En Irlande, en revanche, la différence la plus importante en termes d'emploi partiel se retrouve chez les jeunes adultes. Dans ces deux pays, les restrictions moins nombreuses obligeant les employeurs à garder les travailleurs ayant des problèmes de santé pourraient expliquer en partie la forte proportion de travail à temps partiel chez les personnes présentant une incapacité (section 4.2). Aux Pays-Bas, la proportion d'emplois à temps partiel est plus élevée dans tous les groupes de travailleurs, valides ou handicapés.

En Finlande et aux Pays-Bas, il existe de fortes disparités entre le taux d'embauche des personnes présentant une incapacité et celui des travailleurs valides (tableau 4.1). La réticence plus grande à embaucher des personnes handicapées pourrait être liée à certaines obligations auxquelles les employeurs sont tenus (voir section 4.2). Pour autant, si l'on observe de plus près la ventilation par tranche d'âge, il apparaît que cet écart est, en partie du moins, un effet de l'âge. Aux Pays-Bas et surtout en Finlande, les taux de maintien dans l'emploi sont supérieurs chez les personnes présentant une incapacité, ce qui cadre bien avec la différence de taux d'embauche constatée dans ces pays et avec les explications avancées pour ce phénomène. Au Danemark et en Irlande, les taux de maintien dans l'emploi sont inférieurs pour les personnes handicapées appartenant à la tranche d'âge moyenne.

La mauvaise situation générale sur le marché du travail des personnes présentant une incapacité s'explique en partie par une qualification moindre. Dans les quatre pays considérés, leur niveau d'études moyen est bien plus faible (tableau 4.2). La part des personnes à capacité partielle ayant reçu un enseignement supérieur ne représente que deux tiers de celle des personnes valides au Danemark et en Finlande, et à peine la moitié aux Pays-Bas et en Irlande. Dans ce dernier pays, la proportion des personnes possédant uniquement un niveau d'éducation primaire est bien plus grande chez les personnes qui présentent une incapacité (60 %, soit près de deux fois plus que chez les personnes valides). L'écart de niveau d'études semble plus marqué chez les jeunes, à l'exception du Danemark. Les moins bons résultats scolaires obtenus par les personnes présentant une incapacité, en particulier les jeunes, sont dus en partie au fait que leur handicap est intervenu dans leurs premières années, ce qui les a gênés dans leur scolarité (Gannon et Nolan, 2006).

Le niveau d'éducation des valides inactifs, dont le niveau de qualification est le plus faible de l'ensemble de la population valide, est le plus comparable à celui des personnes présentant une incapacité. Aux Pays-Bas, les personnes présentant une incapacité ont un niveau de qualification encore plus faible que les valides inactifs. Les personnes handicapées occupant un emploi ont un niveau de qualification relativement plus élevé, en particulier en Finlande où la proportion de cette catégorie de la population active possédant un niveau d'éducation supérieur atteint 80 % de celle des personnes valides avec emploi.

Tableau 4.1. Les caractéristiques d'emploi des personnes présentant une incapacité sont différentes de celles des personnes valides

Structures et caractéristiques d'emploi, par âge et selon que la personne est handicapée ou valide, en pourcentage, dernière année disponible^a

	Danemark				Finlande				Irlande				Pays-Bas			
	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
Emploi (% de la population)																
Personnes handicapées	65	65	39	52	57	70	44	54	53	49	30	41	58	52	34	44
Personnes valides	73	93	77	82	66	86	71	75	78	79	63	75	83	87	64	79
Chômage (% de la population active)																
Personnes handicapées	9	8	7	8	14	13	15	14	10	5	4	6	..	..	..	8
Personnes valides	6	4	4	4	10	8	12	10	5	3	3	4	..	..	..	4
Emploi à temps partiel^b																
Personnes handicapées	21	19	24	21	12	7	15	11	19	26	30	25	27	29	32	29
Personnes valides	15	7	10	10	11	5	10	8	12	20	22	17	26	32	30	29
Emploi temporaire																
Personnes handicapées	17	5	5	8	29	9	7	13	6	4	4	5	19	7	4	10
Personnes valides	14	4	4	8	29	10	8	17	5	3	3	4	18	7	6	11
Travailleurs indépendants																
Personnes handicapées	2	9	13	9	9	14	17	14	7	19	30	19	6	10	16	11
Personnes valides	5	8	12	8	7	13	17	12	8	21	29	17	7	13	17	11
Proportion par secteur																
Agriculture																
Personnes handicapées	3	3	4	3	5	6	8	7	4	7	15	9	1	2	4	2
Personnes valides	3	2	4	3	3	5	7	5	4	6	11	6	2	3	4	3
Industrie																
Personnes handicapées	22	25	22	23	25	26	26	26	28	22	22	24	21	25	27	25
Personnes valides	23	25	23	24	28	28	27	28	31	27	24	28	20	21	21	21
Services																
Personnes handicapées	75	72	74	74	70	68	66	68	68	71	63	67	78	72	69	73
Personnes valides	73	72	73	73	69	67	66	67	65	66	65	65	78	77	74	77
Taux d'embauche^c																
Personnes handicapées	38	19	..	20	34	12	..	15	27	15	..	18	29	15	..	17
Personnes valides	35	16	9	21	36	14	9	21	26	13	10	19	32	18	13	23
Taux de maintien dans l'emploi^d																
Personnes handicapées	20	46	76	50	24	68	81	64	31	55	67	51	30	58	79	56
Personnes valides	22	55	75	48	22	64	79	52	30	62	71	48	27	57	76	48

a) Définition de l'incapacité autodéclarée : les chiffres de l'emploi et du chômage pour le Danemark, la Finlande et les Pays-Bas se rapportent à 2005 ; les caractéristiques d'emploi se rapportent à 2002.

b) Est considéré comme emploi à temps partiel un travail de moins de 30 heures par semaine.

c) Le taux d'embauche correspond à la part de salariés ayant moins d'un an d'ancienneté.

d) Le taux de maintien dans l'emploi désigne la proportion de salariés qui ont une ancienneté d'au moins cinq ans chez le même employeur.

Source : Calculs de l'OCDE sur la base du module *ad hoc* de l'UE-EFT (2002) sur les personnes handicapées, à l'exception des données de l'emploi et du chômage pour le Danemark (EFT 2005), la Finlande (EU-SILC 2005) et les Pays-Bas (EFT 2005).

B. Travailleurs âgés et pratiques de préretraite

Comme l'illustre la partie A du graphique 4.1, la proportion de bénéficiaires de prestations d'invalidité tend à croître dans les tranches d'âge supérieures. Le déséquilibre est net dans tous les pays considérés, mais il est particulièrement important en Finlande où les plus de 50 ans représentent plus de 70 % de l'ensemble des allocataires. Cette tendance s'explique en partie par l'aggravation progressive des problèmes de santé avec l'âge comme nous l'avons

Tableau 4.2. Les niveaux de qualification des personnes présentant une incapacité sont très à la traîne, surtout en Irlande

Répartition par tranche d'âge et niveau d'études (en pourcentage) de l'ensemble des personnes dans chaque catégorie, années les plus récentes

Partie A. Personnes présentant une incapacité																
	Occupant un emploi				Au chômage				Inactives				Total			
	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
Danemark																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	26	25	24	25	34	20	47	33	35	49	48	47	29	32	38	35
Secondaire deuxième cycle	50	48	49	49	52	63	42	53	55	42	38	41	51	47	43	46
Niveau d'études supérieur	24	27	27	26	13	17	11	14	10	9	13	12	19	21	19	20
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Finlande																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	9	12	30	20	48	24	44	38	33	31	46	41	21	17	39	29
Secondaire deuxième cycle	63	54	41	50	44	60	43	49	58	53	39	44	60	54	40	48
Niveau d'études supérieur	27	34	29	31	8	16	13	13	9	16	15	14	19	28	21	23
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Irlande																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	28	37	60	43	47	69	67	58	61	70	78	73	42	54	72	60
Secondaire deuxième cycle	46	35	23	34	43	21	22	32	30	24	16	20	39	29	18	26
Niveau d'études supérieur	27	27	16	23	10	9	10	10	9	6	6	7	19	17	9	14
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pays-Bas																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	24	30	36	31	..	..	..	..	52	52	57	55	36	40	49	44
Secondaire deuxième cycle	56	47	41	47	..	..	..	..	41	36	31	34	49	42	35	40
Niveau d'études supérieur	20	23	23	22	..	..	..	..	7	11	12	11	15	18	16	16
	100	100	100	100	..	..	..	..	100	100	100	100	100	100	100	100
Partie B. Personnes valides																
	Occupant un emploi				Au chômage				Inactifs				Total			
	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
Danemark																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	18	17	23	19	30	25	35	30	20	31	42	30	19	18	27	21
2e cycle du secondaire	49	49	46	48	38	48	42	42	68	51	43	56	52	49	45	49
Niveau d'études supérieur	33	34	31	33	32	27	23	28	13	18	16	14	28	33	28	30
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Finlande																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	10	12	26	15	24	19	43	29	15	19	46	26	12	13	32	18
Secondaire deuxième cycle	58	45	37	47	57	64	41	54	70	45	27	53	61	47	35	48
Niveau d'études supérieur	33	43	37	38	19	16	16	17	15	35	26	22	27	41	33	34
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Irlande																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	17	32	50	29	40	57	66	49	24	49	67	47	19	36	56	33
Secondaire deuxième cycle	47	40	28	41	39	29	23	34	56	38	23	39	48	39	26	40
Niveau d'études supérieur	36	28	22	30	21	14	11	17	20	13	10	14	32	25	17	26
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tableau 4.2. Les niveaux de qualification des personnes présentant une incapacité sont très à la traîne, surtout en Irlande (suite)

Répartition par tranche d'âge et niveau d'études (en pourcentage) de l'ensemble des personnes dans chaque catégorie, années les plus récentes

	Partie B. Personnes valides															
	Occupant un emploi				Au chômage				Inactifs				Total			
	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
Pays-Bas																
Niveau d'études inférieur au 2 ^e cycle du secondaire	17	22	29	22	..	..	..	..	30	41	49	42	20	24	36	26
Secondaire deuxième cycle	50	45	37	45	..	..	..	..	53	42	33	40	51	45	36	44
Niveau d'études supérieur	32	33	34	33	..	..	..	..	17	18	18	17	30	31	28	30
	100	100	100	100	..	..	..	..	100	100	100	100	100	100	100	100

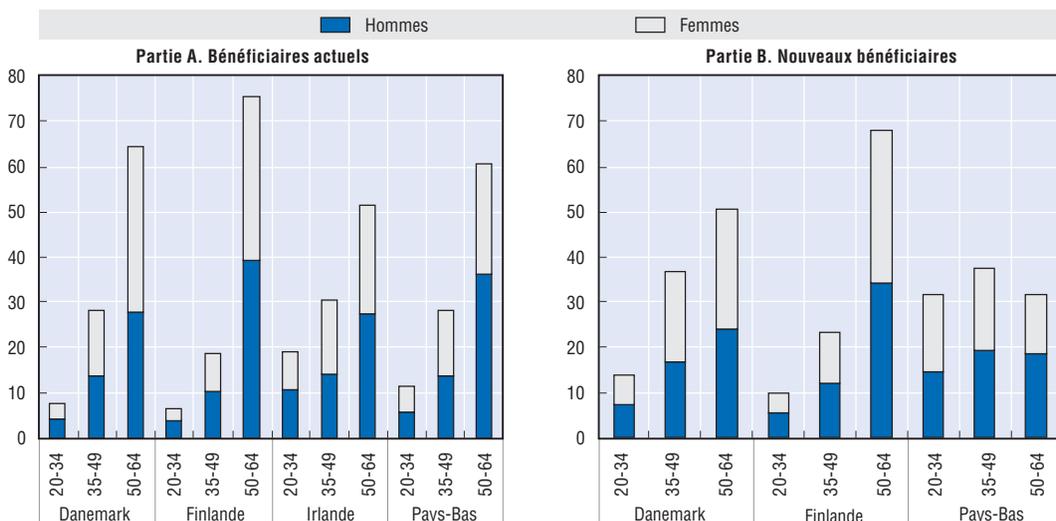
Source : EFT 2005 (Danemark et Pays-Bas) ; EU-SILC 2005 (Finlande) ; module *ad hoc* EULFS 2002 sur les personnes handicapées (Irlande).

indiqué au chapitre 1 et comme le montrent les taux de prévalence de l'incapacité par tranche d'âge. Elle s'explique également par le recours au régime d'invalidité comme voie d'accès à la préretraite. Cet aspect est flagrant en Finlande où la plupart des nouvelles entrées dans le régime d'invalidité appartiennent aussi à la tranche d'âge supérieure (graphique 4.1, partie B). À l'inverse, les nouveaux bénéficiaires des pensions d'invalidité sont répartis de manière équitable dans les différentes tranches d'âge aux Pays-Bas.

La question de la préretraite ne concerne pas uniquement l'offre mais aussi la demande de main-d'œuvre. En effet, les entreprises peuvent être intéressées à plus d'un titre par la cessation d'activité de leurs salariés les plus âgés et peuvent choisir de ne pas jouer le rôle de filtrage partiel à l'accès au régime de prestations. La structure des cotisations de sécurité sociale des entreprises tend à rendre l'emploi des salariés âgés plus

Graphique 4.1. Le nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité est nettement plus élevé dans les tranches d'âge supérieures

Répartition des bénéficiaires actuels et des nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité, par âge et par sexe (en pourcentage du total), 2006^a



a) Les données relatives au Danemark se rapportent à 2005. Aucune information n'est disponible sur les entrées par âge pour l'Irlande.

Source : Ministère des Affaires sociales (Danemark) ; ETK (Finlande) ; DSFA (Irlande) ; et UWV (Pays-Bas).

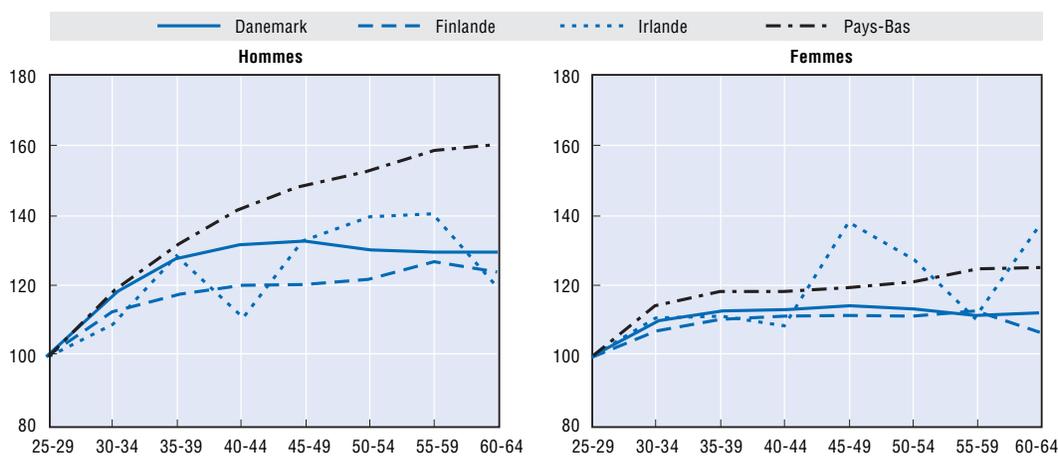
coûteux. Les rémunérations augmentent généralement avec le nombre d'années de présence dans la société, d'autant que, dans certains pays, les systèmes de salaires reposent sur l'ancienneté. Le niveau élevé des salaires et des coûts de main-d'œuvre des travailleurs âgés devrait se refléter dans la productivité associée à leur expérience. Or, au-delà d'un certain âge, l'écart de salaire peut être supérieur au gain de productivité relatif, notamment par rapport à des travailleurs plus jeunes. Le problème apparaît plus nettement encore si les salariés les plus âgés n'ont pas bénéficié de formations et que leurs qualifications deviennent obsolètes, ou bien parce que leur niveau d'éducation moyen tend à être inférieur à celui des jeunes générations.

En Finlande et aux Pays-Bas, les pratiques institutionnelles augmentent la charge liée aux travailleurs âgés. Dans les deux pays, les cotisations de sécurité sociale sont particulièrement élevées pour ces salariés, car les systèmes d'expérience statistique entraînent une augmentation des cotisations patronales au titre des prestations d'invalidité en fonction de l'âge des effectifs de la société (voir section 4.2.B). Au Danemark tout comme en Irlande, il ne semble pas que les salaires soient liés à l'ancienneté (graphique 4.2) et l'âge ne constitue apparemment pas un obstacle majeur à l'emploi de travailleurs appartenant aux tranches d'âge supérieures. En revanche, la plupart des conventions collectives des Pays-Bas comportent un dispositif de prise en compte de l'ancienneté dans les salaires. Selon une enquête périodique portant sur l'ensemble de l'Union européenne, la discrimination à l'encontre des travailleurs âgés a considérablement diminué en Irlande, en Finlande et aux Pays-Bas, tandis qu'elle a augmenté au Danemark. L'incidence de la discrimination en fonction de l'âge demeure la plus forte en Finlande où 5.9 % des travailleurs entre 50 et 64 ans ont rapporté en avoir été victimes en 2005 (contre 9.2 % en 2000) ; elle est la plus faible en Irlande où seuls 0.6 % des travailleurs ont déclaré en avoir souffert (tableau 4.3).

Auparavant, les dispositifs de préretraite étaient largement répandus aux Pays-Bas, mais les moyens d'y accéder, y compris à travers le régime d'invalidité, ont été progressivement limités. Les réformes engagées dans ce domaine ont eu des effets positifs

Graphique 4.2. Les rémunérations augmentent très nettement avec l'âge aux Pays-Bas uniquement

Rémunération moyenne relative par âge et par sexe (rémunération de la tranche 25-29 = 100), dernière année disponible



Source : Statistics Denmark (Danemark) ; Statistics Finland (Finlande) ; Level of Living Survey (Irlande) ; et CBS, *Enquête werkgelegenheid en lonen* (Pays-Bas).

Tableau 4.3. C'est en Finlande que la discrimination en fonction de l'âge est la plus forte et en Irlande qu'elle est la plus faible

Proportion des personnes entre 50 et 64 ans victimes de discrimination liée à l'âge, 1995-2005

	1995	2000	2005
Danemark	3.8	1.0	4.4
Finlande	5.5	9.2	5.9
Irlande	2.6	2.5	0.6
Pays-Bas	6.8	7.4	4.2
Moyenne UE19 ^a	5.4	5.6	4.9

a) Moyenne non pondérée.

Source : Calculs de l'OCDE sur la base de l'Enquête européenne sur les conditions de travail.

sur l'offre de main-d'œuvre (Euwals et al., 2006). Par le passé, les prestations d'invalidité étaient plus intéressantes que les allocations de chômage pour accéder à la retraite anticipée. En effet, elles n'étaient assorties d'aucune obligation de recherche d'emploi et l'acquisition de droits à pension se poursuivait pendant la période d'invalidité, ce qui n'était pas le cas de la période de chômage (van Oorschot, 2007). Cependant, à partir de 60 ans environ, les travailleurs néerlandais ont tendance à quitter le marché du travail dans le cadre d'un plan de préretraite et non pour incapacité, ce qui explique en partie la structure des âges d'entrée dans le régime d'invalidité. Il est possible que, suite aux réformes des dispositifs de préretraite, d'autres voies conduisant à une cessation d'activité deviennent plus intéressantes, mais il est vrai également que l'admissibilité au nouveau régime d'invalidité repose désormais sur des critères plus stricts. Parallèlement, l'application de l'expérience statistique aux prestations d'invalidité semble avoir dissuadé les employeurs d'utiliser celles-ci comme une forme de préretraite, et ce malgré la rémunération à l'ancienneté. Cette évolution transparait dans la diminution très marquée des entrées dans le régime d'invalidité constatée au cours de ces dernières années (chapitre 3).

En Finlande, les pratiques de cessation anticipée d'activité étaient également répandues. Le régime d'invalidité risque donc d'être utilisé comme moyen d'accès à cette préretraite, car les autres voies de sortie du marché du travail ont été ou sont progressivement abolies. En 2002, 75 % des 60-64 ans recevaient des pensions de préretraite sous une forme ou une autre, et 40 % de ces prestations étaient des allocations d'invalidité (Hakola et Uusitalo, 2005). Les réformes des systèmes de pension en 2005 ont mis fin à la retraite anticipée (régime spécial destiné aux personnes présentant une capacité réduite dans l'exercice de leur profession) et enclenché la suppression progressive du régime de pension de préretraite-chômage. Auparavant, le système de sécurité sociale permettait aux chômeurs de quitter le marché du travail à partir de 55 ans en bénéficiant d'allocations de chômage jusqu'à l'âge de la retraite, mais l'âge d'admissibilité à ce qu'il est convenu d'appeler le « tunnel du chômage » a été repoussé de deux ans. La réforme de 2000 avait déjà modifié la prise en compte de l'expérience statistique dans le calcul des allocations de chômage, et les évaluations réalisées ont montré que cette transformation avait conduit les entreprises à licencier moins de salariés âgés (Hakola et Uusitalo, 2005). Bien qu'aucune évaluation similaire n'ait été effectuée pour mesurer l'incidence de l'emploi de l'expérience statistique dans le calcul des prestations d'invalidité, il est possible qu'une telle pratique puisse aussi réduire le nombre de sorties anticipées du marché du travail. Pour éviter que ces prestations ne soient employées comme une forme de préretraite, le gouvernement souhaite d'ailleurs qu'elles soient accordées à titre provisoire dans un premier temps. Pour autant, dans bon nombre de cas (80 %), les indemnités temporaires

sont par la suite transformées en allocations permanentes. En outre, le système continue d'autoriser la prise en compte de « facteurs sociaux » (par opposition au seul état de santé) au-delà de 60 ans pour évaluer l'admissibilité au régime d'invalidité.

Il convient de veiller à la disponibilité d'emplois futurs pour les travailleurs en fin de carrière qui voient leurs possibilités de préretraite progressivement disparaître, mais aussi de favoriser l'employabilité de ces personnes. Dans les quatre pays étudiés, les taux d'embauche des travailleurs les plus âgés sont nettement inférieurs à ceux des autres tranches d'âge. Au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, plusieurs politiques de subvention et d'abattement de prime ont été introduites pour encourager le recrutement et le maintien dans l'emploi des seniors. En 2006, la Finlande a ainsi mis en place un allègement des prélèvements sur les bas salaires des travailleurs à temps plein de 54 ans et plus. Cette subvention semble avoir augmenté le taux d'emploi des ouvriers en diminuant nettement le nombre de sorties du marché du travail (Huttunen *et al.*, 2008). Au Danemark, les emplois flexibles devraient également contribuer à l'emploi des travailleurs âgés, bien que ce dispositif ne cible pas cette tranche d'âge en particulier. Depuis peu, les employeurs néerlandais sont exemptés des primes au titre de l'invalidité en cas de recrutement ou de maintien à leur poste de travailleurs âgés (section 4.3.B), mais les résultats de cette politique n'ont pas encore été évalués.

D'autres mesures doivent être mises en œuvre pour accroître les possibilités de formation des travailleurs âgés. En Irlande, l'initiative *Back-to-Education* (reprise des études) offre diverses options aux personnes souhaitant conjuguer travail et formation à temps partiel. Priorité est donnée à celles ayant un faible niveau de qualification, et des exonérations de droits sont prévues pour les bénéficiaires des différentes prestations sociales. De surcroît, le *National Training Fund* (Fonds national de formation) finance un large éventail d'initiatives de formation à l'intention des salariés irlandais. Toutefois, ces politiques ne ciblent pas les travailleurs âgés et l'expérience semble montrer qu'elles bénéficient le plus souvent aux jeunes quittant le système scolaire prématurément, notamment par le biais d'apprentissages. Aux Pays-Bas, un crédit d'impôt avait été mis en place pour la formation des salariés de plus de 40 ans, mais cette mesure a été abandonnée en 2004, car les résultats semblaient indiquer qu'elle ne faisait que reporter la formation (Leuven et Oosterbeek, 2004). Ce type de mesure pourrait être réétudié, avec quelques modifications, de même que l'élargissement du recours aux comptes individuels de formation.

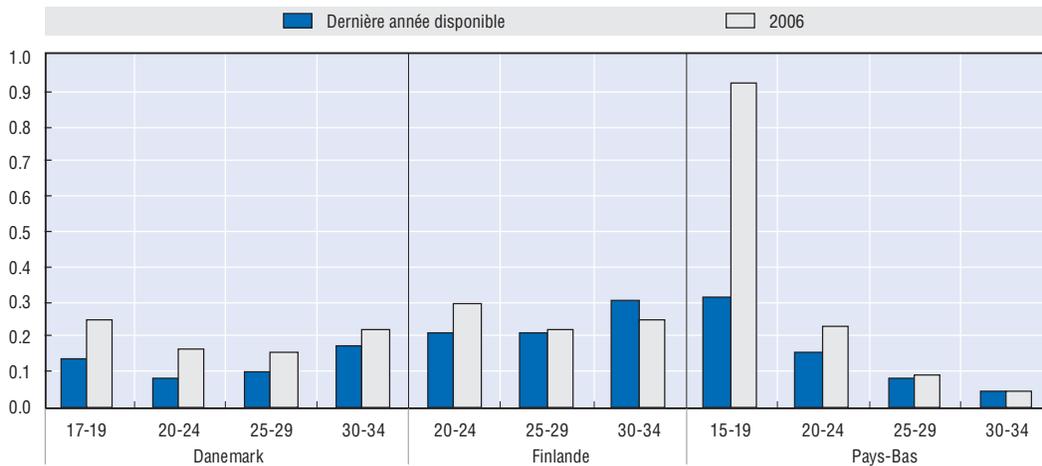
C. Jeunes ayant une expérience professionnelle limitée

Bien que les personnes présentant une incapacité soient proportionnellement plus nombreuses dans les tranches d'âge supérieures, les dernières années ont vu de fortes augmentations du nombre d'entrées de jeunes dans le régime d'invalidité. Comme nous l'avons montré au chapitre 3, le nombre d'entrées des plus de 45 ans est resté stable ou a reculé dans les quatre pays considérés pendant la dernière décennie (sauf pour la tranche 55-59 ans). Au cours de cette même période, c'est chez les jeunes que l'on a observé les plus fortes hausses du flux d'entrée. Si l'on examine en détail la catégorie des 15-34 ans, il apparaît que la tranche la plus jeune a enregistré l'augmentation la plus importante du nombre d'entrées. Le phénomène est particulièrement frappant aux Pays-Bas chez les 15-19 ans, mais il se retrouve aussi au Danemark et en Finlande (graphique 4.3).

Le fait qu'un grand nombre de jeunes ayant quitté le système scolaire n'aient pas d'emploi témoigne en partie des difficultés du passage de l'école au monde du travail en

Graphique 4.3. Le nombre d'entrées a surtout augmenté chez les plus jeunes, quel que soit le pays

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité en pourcentage de la population dans chaque tranche d'âge, autour de l'an 2000 et en 2006^{a, b}



a) 1998 pour le Danemark, 2003 pour la Finlande et 1999 pour les Pays-Bas.

b) Pour les Pays-Bas, les données se rapportent au programme Wajong uniquement.

Source : Ministère des Affaires sociales (Danemark) ; ETK (Finlande) ; et UWV (Pays-Bas).

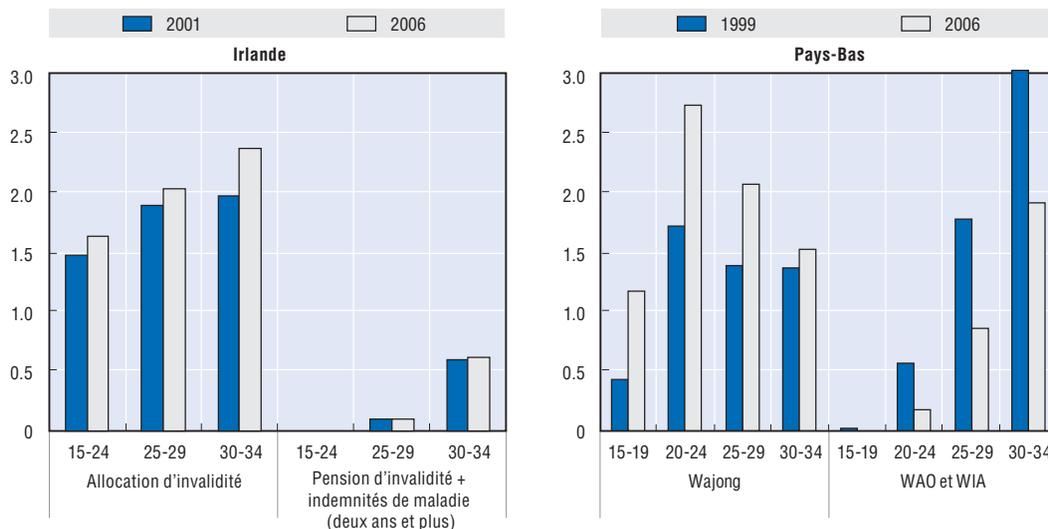
raison de l'inadaptation des qualifications. Une proportion relativement élevée de jeunes abandonnent leur scolarité sans aucune qualification, notamment lorsqu'ils ont des problèmes de santé. En outre, lorsqu'ils ont acquis des connaissances, celles-ci ne correspondent pas toujours aux exigences du marché du travail (Quintini *et al.*, 2007). Les jeunes éprouvent des difficultés pour trouver un premier emploi et, un an après la fin de leurs études initiales, la majorité d'entre eux ont plus de risques d'être au chômage ou inactifs en Irlande et surtout en Finlande, où la transition école-travail est relativement longue (OCDE, 2008). Ces jeunes peu ou non qualifiés peuvent se retrouver pris au piège de périodes de chômage et d'inactivité, ce qui freine leur progression vers un emploi stable.

Par ailleurs, la forte augmentation du nombre d'allocataires chez les jeunes semble être davantage liée aux incitations offertes par le régime d'invalidité qu'aux pratiques des employeurs. Aux Pays-Bas et en Irlande en particulier, les jeunes sont maintenus à l'écart du marché du travail et passent directement du système éducatif à la dépendance à l'égard des prestations. Aux Pays-Bas, les taux de bénéficiaires des prestations d'invalidité sont plus élevés dans la tranche d'âge inférieure et chez les personnes relevant du programme Wajong qui couvre les personnes dont le handicap est survenu avant l'âge de 18 ans (graphique 4.4). Ces dernières années, on observe un certain effet de substitution entre le programme Wajong et le programme WAO/WIA : les données indiquent une forte diminution du nombre d'allocataires des prestations WAO/WIA âgés de 20 à 34 ans, ainsi qu'une forte poussée du nombre de bénéficiaires du programme Wajong. Une grande partie de ces derniers sont issus du système d'enseignement spécialisé dont les effectifs augmentent également depuis quelques années. Les familles sont encouragées à faire une demande de pension Wajong dès la fin de la scolarisation de l'enfant (voir chapitre 3 pour plus d'informations sur ce programme).

De la même façon, la plupart des bénéficiaires de moins de 35 ans des prestations d'invalidité en Irlande reçoivent une allocation (*Disability Allowance*) pour laquelle aucun paiement préalable de cotisations sociales n'est exigé et dont les critères d'admissibilité

Graphique 4.4. Les jeunes bénéficiaires ont une probabilité plus grande de recevoir des prestations non contributives que par le passé

Bénéficiaires des prestations d'invalidité en pourcentage de la population dans chaque tranche d'âge, autour de l'an 2000 et en 2006



Source : DSFA (Irlande) et UWV (Pays-Bas).

sont bien plus souples¹. Très peu de ces bénéficiaires reçoivent une pension d'invalidité (*Invalidity Pension*). La dépendance à l'égard des prestations commence parfois très jeune, puisque l'allocation d'invalidité peut être obtenue dès 16 ans. Cette allocation est souvent considérée par les parents comme servant à couvrir les soins, d'autant qu'elle fait suite à l'allocation de prise en charge du handicap (*Disability Care Allowance*), versée jusqu'à l'âge de 16 ans. Les familles ayant un enfant handicapé dépendent grandement des aides à la prise en charge, car il arrive souvent que l'un des parents ne travaille pas afin de pouvoir s'occuper de l'enfant. D'autres avantages tels que la carte médicale incitent également les familles à demander l'allocation d'invalidité dès que leur enfant peut en bénéficier.

S'assurer que les jeunes quittent le système éducatif avec les qualifications requises et mettre en place des stratégies efficaces d'accès au marché du travail sont autant de réformes importantes pour infléchir le nombre de jeunes adultes entrant dans le régime d'invalidité et faciliter la transition vers l'emploi. Pour améliorer les possibilités offertes par le système d'éducation en Irlande, il a été récemment proposé de repousser l'âge d'admissibilité à l'allocation d'invalidité afin de favoriser la fréquentation scolaire. De plus, pour éviter que les jeunes ne quittent l'école sans qualification adéquate, certains ont également suggéré, aux Pays-Bas cette fois, de développer le recours aux stages de façon à mieux attirer l'attention des employeurs sur cette question et à augmenter les chances d'embauche. Depuis 2005, une autre politique dite de « risque zéro » visant à favoriser le recrutement de jeunes non qualifiés est également en place aux Pays-Bas. Ce dispositif réservé aux jeunes garantit le remboursement des salaires (par les municipalités) pendant les absences pour maladie, aux entreprises qui assurent une formation qualifiante en cours d'emploi (pendant une période de formation de deux ans au maximum). Jusque-là, les résultats ne sont pas très encourageants. Il semble que le faible recours des employeurs à ce mécanisme soit dû en grande partie à la charge administrative élevée qu'il génère (Van Poppel et al., 2008).

La modification de l'accès des jeunes aux prestations devrait également diminuer les incitations à sortir du marché du travail. Cette tendance se retrouve dans les politiques menées actuellement au Danemark et en Finlande où une tentative de réadaptation doit être effectuée avant que des prestations d'invalidité puissent être accordées. En Finlande, ces prestations ne peuvent pas être obtenues avant l'âge de 20 ans, après épuisement de toutes les possibilités de réadaptation disponibles. Au Danemark, différentes options, dont le report de l'âge minimal d'admissibilité, sont actuellement débattues pour faire reculer le recours des jeunes aux prestations d'invalidité. Aux Pays-Bas, une réforme législative récente (*leerwerkplicht wet*) rend obligatoire la poursuite des études ou l'occupation d'un emploi jusqu'à 27 ans. Pour l'heure, seul l'accès à l'aide sociale est soumis à cette limite d'âge, aucune restriction de ce type n'étant prévue pour les prestations d'invalidité (même si des modifications substantielles du programme Wajong sont envisagées – voir chapitre 3). Le temps que les jeunes ayant des problèmes de santé et qui ne sont pas admissibles au programme Wajong doivent consacrer à des études ou à un travail est proportionnel aux capacités restantes découlant de leur état de santé. Des politiques similaires pourraient être envisagées en Irlande pour les personnes demandant à bénéficier de l'allocation d'invalidité.

Le Danemark et les Pays-Bas débattent actuellement de la possibilité de n'accorder aux jeunes que des prestations provisoires d'invalidité. Les Pays-Bas ont récemment entériné le fait que la pension Wajong serait versée à titre temporaire dans un premier temps et que le caractère permanent du handicap ne pourrait être établi que lors d'une réévaluation ultérieure. Cette réforme est également à l'étude au Danemark, notamment pour permettre aux jeunes atteints de troubles mentaux et susceptibles d'être soignés par un traitement approprié de réintégrer le marché du travail par la suite. Cela étant, l'expérience d'autres pays (Allemagne, Norvège) montre, premièrement, que la plupart des prestations temporaires sont transformées en allocations permanentes, et deuxièmement, que le seuil d'octroi des prestations pourrait être abaissé, accentuant encore le problème. Il convient de mettre en place une stratégie rigoureuse de suivi, de traitement et de réadaptation afin d'éviter que les prestations provisoires servent uniquement à différer l'obtention d'un versement permanent.

4.2. Responsabilité des employeurs envers les travailleurs malades

Les taux d'emploi des personnes présentant une incapacité sont faibles non seulement parce que leur capital humain acquis peut être inférieur, ce qui les rend moins intéressantes aux yeux des employeurs, ou parce que le système de prestations encourage les salariés et les entreprises à préférer une sortie anticipée du marché du travail, mais aussi parce que la législation pour la protection de l'emploi (LPE) peut dissuader les entreprises de les recruter et/ou de les garder dans leurs effectifs. Cette section examine la législation en vigueur pour protéger les travailleurs en cas de maladie, en mettant l'accent sur les vastes réglementations qui existent en Finlande et aux Pays-Bas ainsi que sur les répercussions potentielles de tels mécanismes sur l'emploi.

A. Législation pour la protection de l'emploi (LPE) et autres réglementations

Des obstacles tels que la discrimination peuvent empêcher les personnes ayant des problèmes de santé d'exploiter tout leur potentiel de travail. La protection des travailleurs par certaines mesures législatives a été un instrument majeur de l'action publique, mais elle peut également s'accompagner d'effets secondaires négatifs. Les réglementations

relatives à l'indemnisation pendant les congés maladie accroissent le coût de la main-d'œuvre, et les indemnités et restrictions liées aux licenciements génèrent des coûts d'ajustement plus élevés. Lors de l'embauche d'un nouvel employé, une entreprise doit envisager ces coûts ultérieurs, ce qui peut avoir des conséquences préjudiciables sur le recrutement. L'impact net de la LPE en termes d'emploi et de chômage est ambigu, bien que les constatations empiriques montrent qu'elle pourrait influencer la composition démographique de la population active au détriment de certains groupes défavorisés, tels que les travailleurs peu qualifiés et ceux présentant une affection de longue durée (OCDE, 2004).

La souplesse de la LPE au Danemark et en Irlande contraste avec les obligations strictes imposées aux employeurs aux Pays-Bas en termes de suivi des arrêts maladie et de réadaptation, la Finlande se situant quelque part entre les deux. La conclusion est similaire en ce qui concerne les règles de licenciement, sachant qu'une législation anti-discrimination a été mise en place avec des dispositions similaires dans les quatre pays considérés.

Obligations de suivi de la maladie et de son indemnisation

En Irlande, au Danemark et en Finlande, la responsabilité des employeurs en matière d'indemnisation de la maladie est limitée, même si, en pratique, certaines dispositions sont souvent élargies au moyen de conventions collectives dans les quatre pays considérés. En Irlande, il n'existe aucune indemnisation légale de la maladie, ce qui signifie que le coût de l'arrêt de travail est faible et qu'il ne constitue pas un obstacle à l'embauche des personnes ayant des antécédents médicaux. La durée obligatoire de maintien du salaire en cas de maladie est de trois semaines au Danemark, ce qui est plus long qu'en Finlande, où elle n'est que de neuf jours. En Irlande, malgré l'absence d'obligation légale, de nombreuses entreprises appliquent des plans d'indemnisation dont les dispositions doivent être incluses dans le contrat de l'employé. Dans la fonction publique irlandaise, les agents perçoivent l'intégralité de leur rémunération pendant six mois, puis la moitié durant six mois supplémentaires, tandis que dans le secteur privé le salaire est maintenu intégralement pendant une période comprise entre quatre et 26 semaines d'absence pour maladie par an. Au Danemark et en Finlande, bon nombre de conventions collectives prolongent également les périodes d'indemnisation légales de plusieurs mois selon le secteur. En Finlande, les agents de la fonction publique conservent leur rémunération complète pendant les deux premiers mois, puis 75 % de leur traitement au cours des mois suivants. Au Danemark, on estime que 28 % des ouvriers touchent leur paye pendant quatre semaines et qu'un grand nombre d'employés voient leur salaire maintenu pendant un arrêt maladie d'un an (*source* : Confédération des employés danois). Le versement d'indemnités de maladie par les employeurs a une incidence sur le processus public de gestion de la maladie, car il n'y a pas de coopération systématique avec les pouvoirs publics et ceux-ci ne sont pas toujours informés du début de la période d'arrêt ni de l'évolution de l'affection vers un problème à long terme.

Aux Pays-Bas, qui mettent déjà à la charge des entreprises une longue période légale d'indemnisation de la maladie, les conventions collectives augmentent le montant des versements. Les employeurs ont obligation de payer au moins 70 % du salaire pendant une période de deux ans, mais les conventions collectives prévoient souvent un versement supplémentaire par mois. En 2005, un accord conclu entre le gouvernement et les partenaires sociaux indiquait que ce supplément devait être limité à 170 % du salaire sur

l'ensemble de la période de deux ans. Généralement, la répartition est la suivante : l'entreprise verse 100 % du salaire la première année et 70 % la deuxième.

En termes de gestion de la maladie, et contrairement aux Pays-Bas, la législation en place en Irlande et au Danemark garantit une responsabilité publique étendue pendant l'absence, qui s'accompagne d'une responsabilité limitée des employeurs. En Irlande, les entreprises n'ont aucune obligation légale de faciliter le retour au travail d'une personne malade. Comme au Danemark, le suivi de la maladie relève de l'administration publique. Il est confié au DSFA en Irlande et aux municipalités au Danemark. Les employeurs danois entretiennent également très peu de contacts avec les pouvoirs publics en matière de suivi et de réintégration des salariés, même s'ils sont habilités à demander des informations sur la maladie aux médecins avec le consentement préalable des salariés. Les tables rondes entre employeurs, municipalités et médecins traitants sont l'un des instruments possibles pour gérer l'absence, mais, en pratique, elles sont rarement organisées, notamment parce que rien n'oblige les employeurs à y participer. Reconnaisant le rôle crucial de ces derniers, le gouvernement danois a proposé de renforcer leur participation dans le processus de gestion de la maladie. Des orientations seront formulées pour favoriser le dialogue entre employeur et employé (dès la quatrième semaine d'arrêt) et l'élaboration de dispositifs de maintien du salarié sur son lieu de travail.

Bien que la gestion de la maladie soit facultative pour les employeurs en Finlande, il existe de vastes réglementations destinées à réduire ce type d'absence en améliorant l'environnement de travail au moyen de services de santé professionnelle (section 4.2.B). De telles obligations se retrouvent également aux Pays-Bas, où les employeurs sont notamment tenus de déployer tous les efforts possibles pour faciliter la réintégration du salarié au cours des deux années de congé maladie. Ces obligations comprennent également la prise en charge financière de services de réadaptation. Les réglementations relatives aux absences pour maladie imposent une charge non négligeable aux employeurs néerlandais qui, s'ils ne respectent pas toutes les étapes de la réintégration, peuvent avoir à payer une année de salaire supplémentaire (voir le chapitre 3 pour connaître la procédure précise à suivre au cours de la maladie).

Réglementations relatives aux licenciements

Comme pour les indemnités de maladie, les règles de licenciement prévues dans la législation pour la protection de l'emploi sont moins contraignantes au Danemark et en Irlande. Dans ces deux pays, le licenciement est possible en cas d'absence du lieu de travail, durant la maladie et du fait de la maladie. Au Danemark, un travailleur peut théoriquement être renvoyé à tout moment, y compris pendant la période de 21 jours de versement du salaire, mais les conventions collectives imposent généralement des règles supplémentaires interdisant le licenciement pour un grand nombre de salariés au cours des 120 premiers jours d'absence.

En Finlande et aux Pays-Bas, le licenciement pour maladie est habituellement considéré comme une procédure injuste. Seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier le renvoi d'un salarié au cours des deux années du congé maladie aux Pays-Bas. C'est le cas, par exemple, si le salarié refuse de collaborer aux efforts de réintégration. Les employeurs peuvent également demander le licenciement lorsque les travailleurs sont malades régulièrement et gênent l'ensemble de la production ; pour autant, la procédure peut se révéler longue et compliquée, en particulier si la demande de licenciement est effectuée par l'intermédiaire du Centre pour l'emploi et le revenu (CWI)².

Les procédures néerlandaises de licenciement figurent parmi les plus rigides de l'OCDE. En effet, le consentement préalable est imposé par le CWI comme par les tribunaux, les périodes légales de préavis sont relativement longues en cas d'ancienneté importante (quatre mois de préavis) et les indemnités sont généreuses pour les contrats à durée indéterminée. En Finlande, le licenciement pendant un congé maladie est autorisé uniquement si la maladie entraîne une incapacité de travail substantielle et prolongée. Il peut intervenir avant le terme de la période de versement des indemnités de maladie (d'un an) et avant la demande de prestations d'invalidité.

Peu de recherches ont été réalisées sur les effets de la réglementation en matière de licenciement, mais il semble que les renvois pendant un congé maladie soient plus courants au Danemark qu'aux Pays-Bas. La législation néerlandaise de protection de l'emploi freine apparemment le licenciement des salariés en arrêt de travail : au Danemark, près de 60 % d'entre eux ont été renvoyés pendant leur congé maladie contre 11 % aux Pays-Bas (Hogelund, 2004). En outre, depuis l'extension à deux ans de la période de versement des salaires par les employeurs, le nombre de licenciements de personnes présentant une incapacité est passé de 18 700 à 5 700 par an (CBS, 2008)³.

Législation antidiscrimination

Suite à l'adoption d'une directive de l'Union européenne sur l'égalité de traitement, les quatre pays étudiés ont mis en place des mesures similaires ou apporté des modifications à leur législation. Les dispositions les plus importantes sont l'interdiction légale de la discrimination directe ou indirecte du fait d'un handicap, entre autres critères, et le droit des personnes à bénéficier d'une égalité de traitement en termes d'emploi et de formation. La législation antidiscrimination repose notamment sur le concept essentiel d'« aménagement raisonnable ». Ainsi, l'employeur doit déployer des efforts raisonnables pour adapter l'environnement et le poste de travail, y compris en ajustant ou en modifiant les équipements, afin de rendre les locaux accessibles, et doit aussi s'efforcer le cas échéant de modifier le contenu, les horaires et l'organisation du travail de façon à faciliter l'emploi de personnes présentant une incapacité. L'obligation d'aménagement raisonnable a comme préalable que la personne en question soit le meilleur candidat pour l'emploi proposé une fois ces adaptations réalisées et que celles-ci n'occasionnent pas de coûts démesurés à l'employeur. Dans le cas des Pays-Bas, la notion d'aménagement raisonnable est remplacée par le concept d'aménagement *efficace*, qui implique que les adaptations envisagées soient appropriées et nécessaires, et qu'elles aient l'effet recherché, sans toutefois faire peser de charge disproportionnée sur l'employeur.

La législation antidiscrimination est devenue un instrument essentiel de promotion des droits des travailleurs et de changement des comportements envers les personnes présentant une incapacité. Cependant, il reste à déterminer si de telles mesures contribuent à accroître l'emploi de ces personnes. Comme pour les autres aspects de la protection de l'emploi, les clauses antidiscriminatoires pourraient réduire les embauches en raison de l'anticipation d'une augmentation des coûts liés à l'aménagement et d'un risque accru de procès. Les données sur les effets de la législation antidiscrimination dans d'autres pays (principalement aux États-Unis) font ressortir des résultats mitigés en termes d'emploi pour les personnes présentant une incapacité. Plusieurs études empiriques ont donné à penser que la loi des États-Unis sur l'invalidité avait entraîné une baisse de leurs taux d'emploi (DeLeire, 2000 ; Acemoglu et Angrist, 2001). Or, après neutralisation des tendances préexistantes du marché du travail, aucun effet n'a pu être mis en évidence

(Beegle et Stock, 2003). Pourtant, il semble bien que les obligations liées à l'aménagement raisonnable aient abouti à un recul à court terme de l'emploi des personnes présentant une incapacité (Jolls et Prescott, 2004).

B. Obligations inhabituelles imposées aux employeurs en Finlande et aux Pays-Bas

Des obligations supplémentaires ont été imposées aux employeurs en Finlande et aux Pays-Bas afin d'inciter économiquement les entreprises à internaliser les coûts d'externalités liées à la santé et à la sécurité au travail. En matière de santé, des externalités négatives peuvent se faire jour si les coûts des accidents du travail et des maladies professionnelles sont supportés par les familles et les collectivités et que les entreprises ne tiennent pas compte de ces coûts sociaux dans le calcul de leurs bénéfices. En situation de concurrence parfaite, les marchés du travail devraient générer un différentiel de salaire compensatoire correspondant aux coûts supplémentaires de santé et de sécurité liés à l'emploi occupé. En d'autres termes, les employeurs offrant des conditions de santé et de sécurité médiocres seraient dans l'obligation de proposer des salaires supérieurs afin d'attirer la main-d'œuvre. Cependant, sur des marchés imparfaits, il est peu probable que les travailleurs disposeront d'informations suffisantes sur les dangers encourus et aucun différentiel de salaire ne sera proposé pour compenser les risques supplémentaires de maladie. Sans incitation à réglementer, les entreprises pourraient ne fournir qu'un niveau minimal de sécurité et de compensation aux travailleurs.

Les services de santé professionnelle (SSP) et la prise en compte de l'expérience statistique dans le calcul des primes versées par les employeurs au régime d'invalidité sont deux piliers d'un système d'incitation, qui se renforcent mutuellement afin de responsabiliser financièrement les entreprises en matière de prévention des problèmes de santé à long terme. La législation sur les SSP pourrait être inefficace si la supervision et l'application des mesures se révèlent insuffisantes. Toutefois, le fait que la prime qu'elles versent soit liée au nombre d'entrées dans le régime d'invalidité encourage fortement les entreprises à investir et à mettre en place des SSP afin d'améliorer les conditions de santé et de sécurité et de renforcer la prévention.

Systemes de santé professionnelle (SSP)

En Finlande et aux Pays-Bas, les employeurs ont l'obligation légale d'organiser et de financer des services préventifs de santé professionnelle, mais la structure et la nature de ces services diffèrent d'un pays à l'autre. En Finlande, les SSP peuvent être assurés de plusieurs façons : en faisant appel à des dispensaires municipaux ou des centres médicaux privés, ou encore par l'intermédiaire de services intégrés dans l'entreprise ou proposés conjointement par plusieurs sociétés. La majorité des entreprises confie la tâche à des dispensaires municipaux (37 % des salariés) ou à des centres médicaux privés (39 % des salariés), ce qui leur évite de mettre sur pied leur propre service en interne. Les employeurs financent les SSP, mais ils ont droit au remboursement des frais nécessaires et raisonnables par l'Institut d'assurances sociales du pays (KELA)⁴. Aux Pays-Bas, les sociétés étaient auparavant obligées de posséder un SSP en interne avec des médecins d'entreprise agréés. La nouvelle loi de 2007 offre davantage de marge de manœuvre et de souplesse dans l'organisation d'un tel service.

En Finlande comme aux Pays-Bas, les SSP visent le même but général d'amélioration de la santé et de la sécurité, mais les prestations fournies sont différentes dans les deux pays.

En Finlande, l'accent est mis sur les possibilités de réduction et de prévention des risques professionnels, mais aussi sur la surveillance régulière de l'environnement de travail, ce qui comprend un programme d'évaluation des risques et la détection précoce d'une éventuelle diminution de la capacité de travail. En outre, les SSP contrôlent régulièrement l'état de santé des salariés et ont une approche médicale plus vaste, qui tient compte des risques non liés au lieu de travail. Cette démarche se traduit par une plus grande proportion de praticiens médicaux (médecins, infirmières, physiothérapeutes) dans les SSP finlandais. Bon nombre de ces services assurent des prestations de soin facultatives (non imposées par la législation). Quelque 93 % des salariés en bénéficient. Cette politique a entraîné une augmentation de la fréquentation des cabinets des médecins du travail alors que celle des centres de santé a diminué (Lehto et Sutela, 2006).

Aux Pays-Bas, la législation sur les SSP inclut non seulement la surveillance des conditions de travail mais aussi une politique active et coercitive de suivi des arrêts maladie. Les activités obligatoires de prévention sont très détaillées et imposent un inventaire et une évaluation des risques une fois par an. Un médecin d'entreprise doit accompagner la politique de suivi des absences pour maladie, qui englobe des activités de réintégration, une surveillance régulière de l'état de santé en relation avec le travail et le traitement des affections professionnelles. Paradoxalement, moins de la moitié des SSP finlandais assurent des prestations visant à faciliter le retour au travail après un arrêt maladie (Kivisto *et al.*, 2007). Depuis 2007, l'évolution de la législation néerlandaise a supprimé diverses obligations telles que l'établissement d'horaires de consultation fixes du médecin de la société ; dorénavant, l'accès des employés aux conseillers médicaux peut être organisé d'autres façons plus adaptées à l'entreprise. L'analyse et l'évaluation des risques ne sont pas obligatoires pour les petites sociétés jusqu'à 25 salariés (au lieu de dix dans la loi précédente). Parallèlement, des Conventions en matière de santé et de sécurité, aboutissement des accords passés entre les organisations patronales, les syndicats et le gouvernement, ont également été conclues pour étendre la législation actuelle sur la sécurité et la santé professionnelles et fournir des instruments supplémentaires en faveur du retour au travail. Le nombre d'arrêts maladie semble avoir reculé plus rapidement dans les secteurs ayant adopté de telles conventions, de 33.7 % en 1999 à 10.9 % en 2005 (Veerman *et al.*, 2007). Cependant, cette diminution s'explique partiellement par le fait que les secteurs signataires d'une convention sont ceux qui enregistraient les taux initiaux d'absence les plus élevés, constatation que l'on retrouve à propos d'initiatives similaires en Norvège (OCDE, 2006).

Aux Pays-Bas et en Finlande, on observe un haut niveau de suivi et d'évaluation des résultats obtenus par les SSP. En Finlande, ces services sont supervisés par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, avec le concours des Inspections de la sécurité et de la santé au travail. Près de 30 000 contrôles sont réalisés chaque année, et les Inspections peuvent obliger les employeurs à remédier aux problèmes relevés en matière de santé et de sécurité professionnelles. De surcroît, des enquêtes régulières menées auprès des SSP ainsi que sur les conditions de travail et l'employabilité permettent un suivi des résultats en matière de santé et d'environnement de travail. En Finlande, le nombre de maladies et d'accidents professionnels a considérablement reculé au fil du temps, avec, par exemple, une baisse du nombre d'accidents d'un tiers au cours des 20 dernières années (ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2004). On y observe une large mise en œuvre des réglementations liées aux SSP. Ainsi, plus de deux personnes sur trois font état d'activités importantes d'appui ou de promotion de l'employabilité sur leur lieu de travail (Lehto et Sutela, 2006).

De même, aux Pays-Bas, les rapports annuels des SSP rendent compte du respect des réglementations et des résultats obtenus. L'inspection du travail vérifie si les entreprises ont conclu des accords de SSP et si les salariés affectés par l'employeur à la prévention disposent de connaissances suffisantes pour superviser la santé et la sécurité au quotidien. En outre, l'inspection du travail a le pouvoir de demander l'amélioration des normes en vigueur et d'imposer des amendes en cas d'infractions graves.

En Finlande, les SSP recèlent des inégalités structurelles. Ces inégalités transparaissent en premier lieu dans la couverture des services : bien que la majorité des salariés bénéficient de ces services (près de 90 %), la couverture est nettement inférieure dans les petites et moyennes entreprises et chez les travailleurs indépendants. Un nouveau modèle de SSP, baptisé « Clinique de santé au travail », est en cours d'élaboration pour remédier au problème et améliorer les SSP destinés aux indépendants, aux travailleurs temporaires et à ceux qui alternent des périodes d'activité et de chômage. En deuxième lieu, les ressources, les activités et les réalisations varient considérablement d'un modèle de service à l'autre, et les disparités sont encore plus marquées au sein d'un même type de SSP, avec un effectif et des indicateurs de performance qui passent du simple au double, voire du simple au triple (Rasanen *et al.*, 1997). En particulier, les médecins des dispensaires municipaux ruraux et semi-ruraux assurent un grand nombre de tâches en dehors des SSP, et le nombre de salariés dont ils s'occupent par médecin à temps plein est bien supérieur. Certaines modifications récentes de la législation néerlandaise sur les SSP pourraient engendrer des inégalités similaires en raison de la multiplication des services externalisés.

Systèmes d'expérience statistique pour le calcul des prestations d'invalidité

La prise en compte de l'expérience statistique dans le calcul des primes vise à donner une certaine liberté d'action aux employeurs tout en évitant qu'ils n'imposent des coûts à d'autres. Pour autant, les causes de maladie et d'invalidité professionnelles sont difficiles à établir, ce qui complique à plusieurs titres la mise au point d'incitations adéquates. Par exemple, les caractéristiques propres à chaque individu sont une composante importante des risques d'incapacité. Les employeurs paient une prime calculée en partie sur le nombre de cas d'incapacité enregistrés dans leur entreprise, mais il est questionnable qu'ils doivent être tenus responsables de la totalité du risque encouru. C'est pourquoi diverses questions doivent être prises en compte dans la définition des primes, notamment pour les petites entreprises, mais aussi dans la définition de la période d'appréciation du risque d'incapacité et dans l'établissement de la responsabilité respective des employeurs quand les demandes d'invalidité concernent plusieurs sociétés. La Finlande et les Pays-Bas ont emprunté des voies différentes pour traiter ces questions.

Dans les deux pays, le niveau d'expérience statistique dépend à la fois du risque et de la taille de l'entreprise. Les primes associées sont déterminées en deux étapes : tout d'abord, les entreprises sont classées par groupe tarifaire, les différents groupes étant définis en fonction du risque sous-jacent. Le ratio de risque tient partiellement compte de l'âge des salariés, car les risques d'incapacité tendent à augmenter avec l'âge. Un taux de base est établi pour chacun des groupes, puis ce taux est modifié selon l'historique de chaque entreprise afin de fixer la prime versée au titre de l'invalidité. Ensuite, les deux pays limitent l'incidence de l'expérience statistique sur les petites entreprises, car certains risques d'incapacité impossibles à maîtriser pourraient avoir de fortes répercussions sur leurs coûts. Les employeurs ne peuvent pas maîtriser tous les risques d'accidents ou de maladies, mais, dans le cas des grandes entreprises, la loi des grands nombres permet de

s'assurer que le taux d'invalidité correspond aux risques moyens liés à l'environnement de travail. Pour les petites entreprises, en revanche, il n'est pas sûr que l'ajustement des taux en fonction d'événements aléatoires en dehors du contrôle des employeurs incite ceux-ci à améliorer la sécurité sur le lieu de travail (Hyatt et Thomason, 1998). C'est pourquoi, les primes des grandes entreprises sont étroitement liées à leur historique en matière de risques d'incapacité, tandis que celles appliquées aux petites sociétés le sont moins (ou ne le sont pas du tout).

Contrairement aux Pays-Bas, les petites entreprises ne sont pas soumises à l'expérience statistique en Finlande. Les petites entreprises finlandaises⁵ (masse salariale inférieure à 1.5 million EUR) versent une cotisation de base à taux fixe, indépendante de l'âge de la personne. La contribution des entreprises de taille moyenne est déterminée à partir d'une cotisation de base, à laquelle s'ajoute une cotisation liée à la catégorie de risques, la part de cette dernière composante augmentant de façon linéaire avec la masse salariale. Pour les grandes entreprises (masse salariale supérieure à 24 millions EUR), la cotisation repose entièrement sur la catégorie de risques. Aux Pays-Bas, pendant une courte période, les petites sociétés n'ont pas été soumises à l'expérience statistique, mais avec le nouveau volet du système WIA (encadré 4.1), ce mode de calcul est entré dans la détermination de leurs primes, même si le taux maximal appliqué au risque individuel est inférieur à celui des entreprises plus grandes. Ainsi, une petite entreprise (dont la masse salariale est inférieure ou égale à 25 fois le salaire moyen) verse, au maximum, deux fois le montant de la prime moyenne tandis qu'une grande entreprise peut régler jusqu'à quatre fois ce montant⁶.

Encadré 4.1. **Évolution de la prise en compte de l'expérience statistique aux Pays-Bas : du WAO au WIA**

La notion d'expérience statistique a été introduite aux Pays-Bas en 1998 lors de la mise en place du nouveau programme public d'invalidité WAO. Les primes comprenaient une cotisation de base standard calculée à partir du risque moyen de la catégorie, à laquelle s'ajoutait une cotisation personnalisée établie en fonction du nombre de cas d'incapacité enregistrés dans chaque entreprise. Les employeurs devaient prendre en charge les premières années des prestations d'invalidité du salarié. Les grandes entreprises étaient soumises à un plafond de prime bien plus élevé que les sociétés plus petites. Après 2003, l'expérience statistique personnalisée pour le WAO a cessé d'être appliquée aux petites sociétés de moins de 25 salariés ; leur prime variait uniquement par secteur.

Les employeurs ont été autorisés à se désengager du système public de financement des prestations d'invalidité soit en adoptant une assurance privée, soit en finançant eux-mêmes ces prestations. Si une entreprise décidait de se désengager, l'entreprise devait financer les activités de gestion des prestations et de réinsertion elle-même, mais l'évaluation des demandes de prestations et le niveau de celles-ci restaient définis par des organismes officiels publics. En 2004, la possibilité de sortie du financement public des prestations a été supprimée pour les petites et les moyennes entreprises, afin d'éviter que les sociétés présentant un risque faible ne se retirent pour bénéficier d'un système plus attrayant financièrement.

Avec l'instauration du programme WIA en 2006, lequel remplacera progressivement le dispositif WAO, les prestations sont divisées en incapacité permanente totale (IVA) d'un côté et en incapacité temporaire et/ou partielle de l'autre (WGA). On observe des

Encadré 4.1. **Évolution de la prise en compte de l'expérience statistique aux Pays-Bas : du WAO au WIA** (suite)

différences substantielles de règles de financement entre les prestations IVA et WGA. Les premières sont financées par les pouvoirs publics, tandis que les secondes peuvent être l'objet d'un financement public ou privé, à la discrétion des entreprises. Bien que la possibilité ait été envisagée lors de l'élaboration de la réforme, aucun mécanisme d'expérience statistique n'est appliqué au système IVA, car celui-ci couvre uniquement les cas de longue maladie dans lesquels le niveau de risque peut difficilement être influencé par les actions des employeurs. À l'inverse, les questions de réinsertion et de coresponsabilité des employeurs et des salariés ont tout à fait leur place dans le système WGA. Depuis 2008, le programme WAO n'intègre plus de mécanisme d'expérience statistique : les entreprises règlent une cotisation de base à laquelle s'ajoute une prime individuelle uniforme. Depuis cette date, les employeurs ne peuvent plus se désengager des systèmes WAO et IVA.

Dans le cadre du programme WGA, seuls les employeurs ayant choisi le système d'assurance publique sont soumis à l'expérience statistique, quelle que soit la taille de l'entreprise. Les montants planchers et plafonds sont fixés en fonction de la masse salariale de chaque société. Si les deux parties en conviennent, jusqu'à 50 % des primes WGA peuvent être partagées entre employeurs et salariés. Initialement, les entreprises prenaient en charge les quatre premières années des prestations d'invalidité, mais cette contribution a été étendue à dix ans en 2007. Les employeurs ont la possibilité de sortir du système WGA ou de choisir un assureur privé ; ceux qui avaient décidé de se désengager de l'ancien programme WAO sont automatiquement exclus du nouveau système. En règle générale, les assureurs privés fixent aussi les primes en fonction des antécédents de leurs clients, mais il n'existe aucune réglementation en la matière. En 2007, le nouveau gouvernement de coalition s'est prononcé en faveur de la privatisation complète du système WGA à l'avenir, mais la décision a été différée afin de permettre d'évaluer le nouveau système.

Les nouvelles réglementations WIA ont contribué au développement d'un marché de l'assurance invalidité. En plus de l'assurance privée au titre du programme WGA, les entreprises et les salariés choisissent également de se prémunir contre la perte de revenus liée à l'incapacité ou encore de souscrire des contrats d'assurance globaux. Ces contrats couvrent les aspects de santé et de sécurité, les congés maladie, les activités de réinsertion ainsi que les problèmes liés à l'incapacité. Il existe des assurances complémentaires, parmi lesquelles l'assurance de compensation WGA (pour couvrir la différence entre le complément de salaire et la prestation de suivi), le complément pour incapacité de longue durée, le complément de salaire WIA ou encore l'assurance pour les personnes présentant une incapacité de travail inférieure à 35 % ; ces assurances sont contractées couramment par les groupes de salariés à haut revenu, et un grand nombre de conventions collectives visent actuellement à combler les écarts d'avantages sociaux.

L'évaluation des antécédents en matière d'incapacité ne tient aucun compte de la gravité des cas, que ce soit en Finlande ou aux Pays-Bas. Le système repose sur le nombre de demandes dans les deux cas, mais la période sur laquelle l'expérience statistique est calculée diffère d'un pays à l'autre. Les primes calculées en tenant compte de l'expérience statistique reposent sur le coût total de l'incapacité rapporté au nombre de cas enregistrés au cours d'une période précédente. Aux Pays-Bas, cette période couvre les cinq dernières

années, contre les deux dernières seulement en Finlande. Lorsque la période envisagée est courte, les efforts déployés pour améliorer la santé et la sécurité sur le lieu de travail se répercutent immédiatement sur les taux personnalisés, ce qui est probablement plus efficace pour influencer le comportement des employeurs. Néanmoins, en raison de la durée de traitement des demandes de pension d'invalidité, l'évaluation de l'historique de ces demandes sur une période courte n'inclura pas tous les coûts à la charge de l'employeur (Hyatt et Thomason, 1998). En outre, certaines maladies sont associées à une longue phase de latence, ce qui soulève des problèmes d'attribution des coûts, en particulier lorsque les salariés changent d'employeur.

En Finlande, les coûts sont répartis entre les prestataires de pensions proportionnellement aux gains, tandis qu'aux Pays-Bas, ils sont assumés par le dernier employeur, avec quelques exceptions dans les deux pays. En Finlande, les prestataires de pensions possèdent un fonds de réserve pour chaque employeur afin de couvrir les coûts de l'incapacité pendant deux ans. De surcroît, l'expérience statistique est limitée aux prestations d'incapacité permanente et ne s'applique pas à celles accordées à titre provisoire (prestations de réadaptation). Le coût de la pension d'invalidité est réparti entre les sociétés concernées proportionnellement aux salaires versés pendant les deux années précédant le début de l'invalidité, sauf pour les salariés faiblement rémunérés ou ayant travaillé pour des employeurs occasionnels, dont la pension est financée par un fonds commun. Les employeurs néerlandais ne sont pas non plus soumis au système de l'expérience statistique pour les travailleurs temporaires ou les personnes au chômage (*vangnetters*) qui développent une incapacité. Le coût des allocations WIA versées aux *vangnetters* est pris en charge par des fonds sectoriels ou nationaux.

Les rares études menées sur l'impact de l'expérience statistique laissent penser que ce système a abouti à un certain niveau d'internalisation des coûts de l'invalidité par les employeurs. Plusieurs enquêtes réalisées sur ce sujet en Amérique du Nord, notamment en matière d'accidents du travail et de chômage, mais aussi dans le domaine de l'incapacité, indiquent que les entreprises ont réagi en essayant de réduire les coûts associés aux demandes d'indemnité (Hyatt et Thomason, 1998). Une évaluation de l'expérience statistique appliquée à l'assurance invalidité aux Pays-Bas (WAO) a révélé un impact non négligeable, réduisant le nombre d'entrées dans le régime d'invalidité de 15 % (Koning, 2005). Il apparaît que l'augmentation des primes n'avait pas été entièrement anticipée par les employeurs dans un premier temps, ce qui les a poussés par la suite à renforcer les actions de prévention et de soins de santé professionnelle. Parallèlement, l'impact de l'expérience statistique sur les petites entreprises a été plus limité.

L'expérience statistique a également entraîné des répercussions inattendues aux Pays-Bas, mais les politiques ont été ajustées en conséquence. Suite à la mise en place des primes personnalisées dans le programme WAO, il est devenu possible de se désengager du système public de financement. L'objectif était d'élargir le choix offert aux entreprises et d'augmenter dans le même temps l'efficacité du programme en proposant des options en dehors du monopole public. Cette possibilité de désengagement a abouti à un phénomène de sélection adverse, qui a vu les entreprises à haut risque privilégier le maintien du système d'assurance public et celles à faible risque (subventionnement croisé) préférer l'abandon de ce régime. L'une des conséquences immédiates de ce phénomène a été d'augmenter les primes publiques, ce qui a favorisé le processus de sélection adverse (Deelen, 2006). Des réajustements de politiques se sont attachés à remédier à cette situation en interdisant le désengagement des petites et moyennes entreprises.

Le nouveau système d'invalidité WIA a cherché à limiter les possibilités de sélection adverse en étendant à dix ans la période de prise en charge des primes d'invalidité par les employeurs de façon à rendre la sortie du financement public plus risquée.

C. Dilemme entre embauche et maintien dans l'emploi

En Finlande et surtout aux Pays-Bas, les responsabilités importantes attribuées aux employeurs dans le domaine de la maladie et de l'incapacité de travail entraînent des charges élevées pour les entreprises qui doivent financer une part non négligeable du coût global des prestations d'invalidité. Cette situation favorise les investissements consacrés à l'environnement de travail et au maintien des salariés dans leur emploi, comme l'illustrent les meilleurs taux de rétention observés dans ces pays (tableau 4.1). La politique néerlandaise tend à favoriser davantage le maintien dans leur emploi des personnes malades que celle menée au Danemark. Ainsi, on constate une plus grande proportion de salariés malades reprenant leur travail au sein de leur entreprise aux Pays-Bas (72 %) qu'au Danemark (40 %) (Veerman, 2001). Ce phénomène est dû en partie au fait que la législation sur l'emploi rend le licenciement de salariés en arrêt de travail relativement plus facile dans ce dernier pays (section 4.2.A).

Néanmoins, la crainte des implications financières de telles obligations pourrait accroître la réticence des employeurs à embaucher, et particulièrement des personnes ayant des antécédents médicaux. Le modèle danois de flexicurité impose peu de contraintes en matière de maintien de l'emploi, mais les entreprises embauchent plus volontiers. Au Danemark, l'accent est mis sur l'amélioration de l'employabilité des travailleurs à travers une approche résolue en faveur de la réadaptation professionnelle au sein du système public. En conséquence, alors que le licenciement de salariés en arrêt maladie ne semble pas perturber le retour au travail au Danemark, il entraîne de fortes répercussions négatives aux Pays-Bas (Hogelund, 2004).

Les obligations de réinsertion et les coûts occasionnés par les primes d'invalidité aux Pays-Bas (ainsi que par d'autres composantes de la législation sur la protection de l'emploi) pourraient ainsi aboutir à une opposition entre travailleurs et non-travailleurs. De fait, la part de l'emploi temporaire a augmenté au cours des dix dernières années, tandis que les taux d'embauche ont reculé depuis 2000 (chapitre 1). Les employeurs sont fortement incités à se soustraire à leurs obligations en accroissant la proportion de travailleurs temporaires dans leurs effectifs, car cette catégorie de salariés leur permet d'échapper à toute obligation de réintégration à l'issue du contrat et n'est pas prise en compte dans les calculs d'expérience statistique. Le développement de l'emploi temporaire permet par conséquent aux entreprises d'échapper à certaines de leurs nouvelles responsabilités en les faisant endosser à nouveau par le système public. De la même façon, le risque pour les personnes sans emploi connaissant des problèmes de santé d'avoir plus de difficultés pour trouver un travail peut aggraver l'exclusion. Cette hypothèse est confirmée en partie par les taux d'embauche plus faibles des personnes présentant une incapacité, même si la différence est marginale lorsque l'on effectue des parallèles par tranche d'âge (tableau 4.1). En comparaison, l'impact de l'expérience statistique semble plus limité à cet égard en Finlande, ce système n'étant pas appliqué aux petites entreprises dont la proportion est très importante dans le pays. En outre, le contournement des obligations par le recours à l'emploi temporaire y est moins problématique, car les employeurs ne sont exonérés de la part faisant intervenir l'expérience statistique que pour les contrats temporaires de courte durée dont la rémunération a été inférieure à 14 000 EUR sur les deux dernières années.

4.3. Stimuler la création d'emplois et le maintien dans l'emploi

Cette section décrit les pistes prometteuses pour accroître l'engagement des employeurs et stimuler ainsi l'offre d'emplois destinés aux travailleurs présentant une incapacité. L'une des voies envisageables, la moins interventionniste, consiste à créer un cadre permettant aux employeurs de prendre des initiatives qui favorisent l'ouverture du marché du travail, puis à appuyer ces initiatives une fois qu'elles ont été lancées. Pour autant, les entreprises pourraient ne pas s'impliquer suffisamment et leurs actions rester limitées ou avoir un faible impact sur les niveaux d'emploi. Sans incitations financières supplémentaires, les employeurs pourraient ne pas proposer de nouvelles possibilités d'emploi aux personnes à capacité partielle. En outre, les entreprises recherchent d'autres types de soutien, notamment en matière de simplification du processus d'embauche.

A. Incitations publiques en faveur des initiatives patronales de réinsertion professionnelle

Le gouvernement danois a essayé de renforcer la participation des entreprises à l'intégration des personnes difficiles à placer, non pas en imposant des obligations supplémentaires, mais en développant le concept de responsabilité sociale des entreprises. Dans le même temps, les employeurs néerlandais se sont organisés en réseaux pour accroître les chances de réinsertion des travailleurs, une initiative parrainée par le ministère des Affaires sociales et l'organisme gestionnaire des assurances sociales des salariés (UWV).

Responsabilité sociale des entreprises

Au Danemark, le concept de responsabilité sociale des entreprises (RSE) a été introduit par le gouvernement pour faciliter l'accès au marché du travail. En tant que telle, la RSE n'y est pas perçue comme un moyen de remédier aux problèmes liés aux grandes entreprises et aux imperfections du marché dans des domaines comme l'environnement de travail ou les droits des salariés. Elle est plutôt envisagée en relation avec les imperfections du système de protection sociale et comme un moyen d'encourager les sociétés à s'impliquer davantage dans l'intégration des bénéficiaires d'allocations qui ont conservé une capacité de travail partielle (Holt, 2000). La campagne a été mise en place en 1994 par le ministère des Affaires sociales avec l'idée que le secteur privé serait plus à même que la fonction publique d'intégrer les chômeurs de longue durée et les personnes présentant une incapacité. Elle a marqué le passage d'une approche axée sur l'offre à une intervention visant la demande et s'est inscrite dans une évolution plus large des relations entre l'État et le marché, mais aussi des partenariats public-privé. De surcroît, cette campagne soutient l'idée d'un marché du travail de transition, permettant de sortir du non-emploi et évitant l'exclusion, afin que les entreprises se chargent des personnes difficiles à placer et augmentent le nombre de créations de poste au sein d'un environnement de travail souple (Bredgaard, 2004).

La campagne de RSE repose principalement sur une participation volontaire des entreprises, mais elle s'accompagne de diverses incitations économiques pour les employeurs et de dispositifs intégrés de dialogue social et de supervision. Des subventions publiques ont été mises en place pour encourager financièrement les sociétés à embaucher des travailleurs sous certaines conditions pendant une phase temporaire de formation ou de réadaptation professionnelle, ou pour faciliter la création d'emplois flexibles au moyen d'aides permanentes. Un partenariat de cohésion sociale a été élaboré pour établir un

dialogue public-privé, et des comités de coordination ont été constitués avec des représentants des collectivités locales, des entreprises, des partenaires sociaux et des médecins généralistes. De plus, des indicateurs sociaux ont été mis au point pour mesurer la responsabilité sociale des entreprises et un rapport est publié tous les ans afin de rendre compte de leurs efforts. Les exemples de réussite sont mis en avant et des prix sont attribués. Même si l'accent est mis sur le volontariat, le volet politique de la campagne souligne que, faute de coopération de la part des entreprises, d'autres mesures telles que des quotas pourraient être imposées (Holt, 2000).

La campagne de RSE a-t-elle permis d'obtenir des résultats en termes d'intégration et, si tel est le cas, quelle est la principale motivation de la participation des entreprises ? Les enquêtes montrent une évolution positive de la performance des entreprises dans le domaine de la RSE. Cette performance est mesurée par l'optimisme des travailleurs quant aux efforts consentis sur le lieu de travail en faveur des personnes malades ou présentant une incapacité, notamment sur les questions d'amélioration du maintien dans l'emploi, de réintégration des salariés sous conditions spéciales et d'aide fournie pendant la réadaptation (Boll et Kruhoffer, 2002 ; Mahler et Pedersen, 2005). Cela étant, il reste de nombreuses limites à l'adoption de la RSE par la majorité des employeurs. Il semble que l'adoption de ce concept par les entreprises repose principalement sur l'attente d'une maximisation de leurs profits. En d'autres termes, elles investissent dans la RSE, car elles pensent que leurs efforts peuvent améliorer leur réputation et leur permettre de recruter et de conserver les salariés les plus qualifiés pendant les périodes de pénurie de main-d'œuvre. Ainsi, la RSE est liée aux stratégies de démarcation commerciale et de communication des entreprises.

Réseaux d'employeurs néerlandais

À l'origine, les réseaux d'employeurs ont été mis sur pied dans le cadre d'une démarche indépendante d'entreprises de la région de Hollande du Nord, pour faire face aux conséquences de la loi sur l'amélioration de la détection, et l'initiative est à présent élargie à l'ensemble du pays en raison de son succès. Le premier réseau a été créé comme un instrument du marché du travail régional et intersectoriel pour faciliter les mouvements de salariés malades. Il s'est développé pour viser des objectifs plus larges d'échange de connaissances et d'expériences sur les politiques de ressources humaines. Les organisations patronales nationales appuient l'extension de ce réseau afin de stimuler la mise en place de dispositifs similaires dans tout le pays. Un forum d'employeurs a conçu un site Web pour encourager l'échange d'informations et de connaissances sur les facteurs de réussite d'un tel réseau. Plusieurs institutions gouvernementales dont l'UWV soutiennent cette initiative et ont facilité le financement de groupes de réflexion, tandis que le ministère des Affaires sociales octroie des subventions temporaires pour la phase de lancement des activités d'appui⁷. L'idée est de faire coexister dans l'ensemble du pays plusieurs réseaux plus petits au sein desquels les travailleurs puissent tourner.

Les obligations de réintégration des salariés malades ont imposé une lourde charge aux entreprises néerlandaises, et des réseaux se sont constitués afin d'aider celles-ci à faire face à leurs obligations. Pour nombre de petites entreprises, les activités de réintégration pourraient se révéler particulièrement épineuses faute d'emplois de substitution à proposer à leurs salariés malades. Les réseaux de réintégration permettent aux employeurs de trouver des possibilités de placement de leurs employés malades au sein d'autres sociétés. À cet égard, ils offrent de nombreux avantages : 1) renforcer la

maîtrise du placement des travailleurs malades et les chances de réintégration ; 2) contribuer à réduire les coûts du fait de la reprise d'activité des travailleurs avant la fin de l'arrêt de deux ans et sans qu'il soit nécessaire d'externaliser la réintégration ; 3) faciliter la libération de postes dans l'entreprise et permettre aux sociétés de réaliser des économies sur les prestations d'invalidité ; et 4) prévenir les conflits liés aux licenciements.

Les réseaux reposent sur la coopération volontaire des entreprises, mais ils ont malgré tout besoin d'une structure fonctionnelle pour opérer de manière efficiente. L'établissement de structures administratives est indispensable pour rendre le processus de mise en relation opérationnel, et les entreprises ne doivent pas se contenter de placer leurs salariés malades, elles doivent aussi accepter ceux provenant d'autres sociétés. Le processus de mise en relation est organisé différemment selon les réseaux : par un consultant, au moyen de réunions interentreprises ou encore à l'aide d'une base de données électronique de gestion des postes vacants. En outre, il est essentiel d'instaurer un mécanisme de suivi pour évaluer les résultats obtenus et de prévoir des réunions régulières pour discuter des nouveaux défis externes et internes. Étant donné les difficultés de la réintégration des salariés dans des postes similaires, les réseaux se révèlent plus efficaces lorsqu'ils offrent une diversité et une ouverture suffisantes à l'échelon régional plutôt qu'au niveau sectoriel. Enfin, malgré leur statut d'organisations à but non lucratif, ils doivent générer assez de ressources pour permettre la mise en place d'une structure fonctionnelle. Ces ressources contribuent également à l'amélioration de la prévention, les fonds pouvant être utilisés pour renforcer l'employabilité des travailleurs ainsi que l'efficacité de la gestion de la santé. Les réseaux peuvent aussi jouer le rôle de négociateurs afin de permettre l'acquisition commune d'instruments de réadaptation professionnelle.

B. Politique liée au marché du travail

Pour encourager les employeurs à embaucher des personnes présentant une incapacité, les gouvernements des quatre pays étudiés ont élaboré diverses incitations financières, principalement sous forme de subventions salariales, mais aussi, aux Pays-Bas, sous forme d'abattement de prime et de levée des obligations de versement des indemnités de maladie. Les mesures financières ont permis d'obtenir des résultats plus ou moins concluants selon les pays. Cette section décrit les différentes approches et quelques-unes de leurs lacunes en termes de mobilisation des entreprises. Dans une certaine mesure, l'opinion des employeurs confirme l'idée que les subventions sont insuffisantes. La présente section présente également brièvement d'autres initiatives susceptibles d'aider les entreprises à accroître les niveaux d'emploi des personnes à capacité partielle.

Un « second » marché du travail ?

L'objectif des programmes d'emplois subventionnés est d'améliorer la situation des groupes désavantagés sur le marché du travail (dans notre cas, les personnes présentant une incapacité), mais leur impact est ambigu. Le but principal des subventions est d'essayer de modifier la composition de la demande de main-d'œuvre, mais aussi d'influer sur les coûts de la main-d'œuvre au profit du groupe ciblé (et au détriment des autres) afin de créer des emplois qui n'auraient pas vu le jour sans aides financières. Les subventions salariales peuvent également aider les personnes ayant un handicap à accroître leur capital humain et à acquérir une expérience et des compétences professionnelles exploitables dans le cadre d'emplois non subventionnés (Martin et Grubb, 2001).

Cependant, ces programmes peuvent avoir plusieurs répercussions indirectes négatives. Ainsi, ils peuvent se révéler inefficients et générer une perte sèche quand les embauches auraient également eu lieu en l'absence de toute intervention. Pis encore, ils sont susceptibles d'engendrer des effets de substitution : les emplois ainsi créés peuvent remplacer ceux destinés à d'autres catégories, voire déplacer des emplois vers d'autres pans de l'économie du fait de la distorsion de la concurrence résultant de l'avantage comparatif accordé aux entreprises qui bénéficient de subventions salariales. En termes d'effets nets sur l'emploi (équilibre général), des externalités positives peuvent toutefois survenir dans le cas où les emplois créés profitent à des personnes handicapées inactives. En effet, l'embauche et l'« intégration » de ces personnes dans le marché du travail contribuent à réduire la pression salariale (Lee, 2005).

Les évaluations réalisées au sujet des subventions salariales constatent des effets directs positifs en Finlande, mais certaines observations font état d'effets de substitution au Danemark. Dans ce pays, le programme d'emplois flexibles n'a guère eu d'impact sur l'emploi ; seules les personnes de la tranche d'âge moyenne présentant une incapacité ont vu leurs chances de travailler augmenter de manière significative. En outre, il apparaît que 52 % des entreprises auraient employé des travailleurs aux conditions habituelles si le programme de subventions n'avait pas existé (Datta Gupta et Larsen, 2007). En Finlande, en revanche, le programme de subventions salariales semble avoir stimulé l'emploi dans les entreprises concernées et aucun signe de distorsion de la concurrence ni de fuite d'emplois dans les sociétés non subventionnées n'a été relevé (Kangasharju, 2005). Les subventions salariales n'étaient toutefois pas axées sur les personnes présentant une incapacité, mais sur les chômeurs de longue durée. En Irlande, le programme de subventions salariales (*Wage Subsidy Scheme*) n'a été mis en place que récemment, en 2005, et aucune évaluation économétrique des effets sur l'emploi n'a été réalisée à ce jour. Compte tenu du faible nombre de travailleurs bénéficiaires (chapitre 3), il est peu probable que le programme ait entraîné des effets de substitution importants. Une précédente analyse empirique d'une subvention similaire destinée aux chômeurs de longue durée en Irlande (*Employment Incentive Scheme*) a relevé quelques effets de substitution limités, mais a noté d'importantes pertes sèches liées au fait que ces travailleurs auraient trouvé un emploi sans aide financière (Marx, 2005).

L'efficacité des programmes de subventions salariales dépend en partie de la qualité de leur ciblage et de leur conception. Pour réduire les effets fortuits, ils doivent être ciblés avec précision, mais cette différenciation peut avoir une incidence négative sur la façon dont les employeurs perçoivent la productivité des groupes subventionnés et entraîner une certaine stigmatisation à leur rencontre (Lee, 2005). En conséquence, les employeurs pourraient conditionner l'embauche des personnes concernées à la perception d'une aide. Les programmes fortement ciblés pourraient alors ne rencontrer qu'un succès limité. Ce problème se retrouve, par exemple, dans le projet irlandais de subventions salariales. Les employeurs semblent disposer de peu d'informations sur ce programme et sont rebutés par la complexité de la procédure de demande de subventions. Par ailleurs, si l'aide financière est trop élevée, les demandes de travailleurs subventionnés seront nombreuses, comme on le constate au Danemark. L'ampleur des effets de substitution d'un programme de subventions salariales dépend, en premier lieu, de la hauteur de l'aide comparée à la somme du déficit de productivité et du salaire d'intégration des travailleurs et, en second lieu, de la mesure dans laquelle ceux-ci peuvent remplacer d'autres employés dans la production. Au Danemark, le plafonnement des subventions introduit par les réformes

récentes semblent associer les effets de substitution à la trop grande largesse des aides et indiquer que nombre des bénéficiaires d'emplois flexibles travaillaient auparavant dans l'entreprise. Une supervision stricte est donc nécessaire afin d'éviter que les employeurs n'abusent des subventions. Certaines études montrent que les subventions salariales conjuguées à la formation augmentent l'ancienneté dans l'emploi et offrent des perspectives intéressantes pour accroître le capital humain et renforcer les liens entre employeurs et employés (OCDE, 2003).

Autres incitations financières : politique du risque zéro et abattement de prime aux Pays-Bas

Parallèlement aux subventions salariales, il existe d'autres formes d'incitations financières permettant d'améliorer l'emploi des personnes présentant une incapacité. Aux Pays-Bas par exemple, le gouvernement a mis en place plusieurs politiques pour alléger la charge des entreprises. Leur objectif est de diminuer les coûts supplémentaires liés aux prestations de maladie et d'invalidité qu'induit l'embauche de travailleurs présentant un risque supérieur d'incapacité de travail. Les mesures comprennent une politique de risque zéro, des abattements de prime et d'autres types de compensation.

La politique de risque zéro mise en œuvre en 2003 (puis élargie en 2005) limite les risques financiers en supprimant l'obligation faite aux employeurs d'assumer le coût de l'arrêt maladie d'un salarié présentant une incapacité. L'UWV couvre la totalité du coût des indemnités de maladie de ces travailleurs pendant les deux années d'arrêt de travail. De plus, les employeurs ne se voient pas imposer des primes d'invalidité supérieures pour les salariés couverts par la politique de risque zéro (pas plus qu'ils ne doivent verser des prestations s'ils se sont désengagés du financement public). Peuvent bénéficier de cette politique les personnes ayant droit aux prestations d'invalidité (WIA, WAO, Wajong), celles présentant une incapacité de travail partielle inférieure à 35 % après deux années d'arrêt maladie⁸ et celles susceptibles d'obtenir un emploi protégé (ou dont la limitation fonctionnelle est reconnue par le CWI). La politique de risque zéro s'applique aux nouvelles embauches comme aux employés dont la période d'arrêt maladie de deux ans est terminée. Sa durée est de cinq ans, mais elle peut être prolongée si la personne présente un risque de maladie élevé. Dans le cas des allocataires Wajong et des personnes susceptibles de bénéficier d'un emploi protégé, aucun délai de validité n'est défini, ce qui signifie que la dispense couvre l'ensemble de la vie active du salarié.

Des abattements de prime d'invalidité sont également accordés aux employeurs qui embauchent des travailleurs issus du même groupe que celui ciblé par la politique de risque zéro. En cas de recrutement d'une personne présentant une incapacité, un abattement est accordé sur la prime annuelle d'invalidité pour une durée maximale de trois ans. S'il s'agit du maintien d'un employé dans son emploi, l'abattement est limité à une année seulement et ne s'applique pas aux personnes dont l'incapacité de travail est inférieure à 35 %. Son montant dépend en partie de la rémunération de l'employé, car il est substantiellement réduit si le salarié gagne moins de 50 % du salaire minimal. Par ailleurs, il existe un abattement supplémentaire pour les bénéficiaires d'une allocation Wajong. Enfin, l'embauche d'une personne d'au moins 50 ans ou le maintien d'un employé de plus de 54 ans et demi s'accompagne d'un avantage financier complémentaire, les employeurs étant exonérés de la prime WIA de base pour ces salariés.

L'UWV finance d'autres subventions destinées aux personnes présentant une incapacité, afin d'encourager les entreprises à embaucher et à maintenir à leur poste les

travailleurs malades. Ces aides visent principalement à adapter le lieu de travail aux personnes atteintes d'un handicap visuel, auditif ou moteur. Elles sont plus élevées pour les travailleurs qui gagnent plus de 50 % du salaire minimal, mais aussi pour les personnes déjà employées par les entreprises de manière à inciter celles-ci à les garder dans leurs effectifs. En plus des mesures en faveur de l'adaptation du lieu de travail, l'UWV accorde des financements pour l'accompagnement individuel à l'emploi.

Autres moyens de créer la demande de main-d'œuvre

Au-delà des incitations financières destinées aux entreprises, les services publics de l'emploi (SPE) peuvent renforcer les chances de reprise du travail des personnes présentant une incapacité en constituant des réseaux plus efficaces avec les employeurs. Il a été constaté que les travailleurs sociaux qui maintiennent des relations étroites avec les employeurs obtiennent de meilleurs taux d'emploi, en particulier pour les personnes peu qualifiées. Ces effets positifs sur l'emploi sont durables et permettent apparemment de placer les personnes à des postes stables, car l'amélioration du taux de réussite est encore observable après trois ans (Behncke et al., 2007). Ce phénomène pourrait être dû à une meilleure information sur les postes vacants, les compétences requises ou les besoins du marché du travail, et notamment à une meilleure connaissance informelle des postes susceptibles de se libérer. Les employeurs diversifient toujours plus les canaux de recrutement et dans la plupart des pays les SPE ne sont pas informés de tous les postes disponibles. En Finlande par exemple, la part des postes vacants recensés par les SPE est de 60 % environ et elle est encore bien moindre en Irlande et aux Pays-Bas ; seul le Danemark se maintient à 100 %. Parallèlement, l'efficacité des SPE en termes de placements peut également être amoindrie par la façon dont certains programmes ou services sont présentés aux employeurs. Ainsi, il semble que l'une des raisons de la faible adoption du programme de subventions salariales en Irlande soit le manque de coopération avec les employeurs ainsi que la méconnaissance du détail des mesures.

La mise en place d'un guichet unique non seulement pour les travailleurs, mais aussi pour les entreprises, pourrait faciliter l'emploi des personnes présentant une incapacité. En Irlande, l'autorité chargée de la formation et de l'emploi (FÁS) privilégie les programmes de formation personnalisée en intégrant les besoins des employeurs, car elle estime que la participation de ceux-ci aboutit à des gains réels en termes d'emploi. Certaines agences pour l'emploi sont parvenues à placer un grand nombre de chômeurs en garantissant aux entreprises que la FÁS assurerait une formation préalable ciblée sur leurs besoins. En outre, les employeurs mentionnent souvent le haut niveau des charges administratives parmi les raisons du faible recours à certains programmes tels que la politique de risque zéro pour les jeunes aux Pays-Bas. Lors de l'embauche de personnes présentant une incapacité, on constate une forte demande d'un ensemble complet de services. Par exemple, les employeurs souhaitent externaliser la charge administrative liée à la recherche des possibilités de combiner un nombre d'heures ou un salaire donné avec des prestations. D'autres solutions intermédiaires pourraient permettre aux entreprises de recruter des personnes présentant une incapacité pour une période d'essai avant de passer à un contrat à durée indéterminée. Enfin, l'affectation de tuteurs auprès des nouveaux employés a également été citée comme l'une des composantes nécessaires de la réussite de l'intégration.

Le renforcement de la souplesse du marché du travail est souvent mis en avant par les employeurs comme l'un des moyens permettant de faciliter l'emploi des personnes présentant une incapacité. Dans cette même optique, les entreprises sont favorables au développement des possibilités de travail partiel, en particulier en Irlande et en Finlande. Les employeurs de ces deux pays estiment également que les subventions salariales ne sont pas utilisées assez souvent en raison du manque de souplesse de leur conception.

Bien que cette section ait été l'occasion d'exposer diverses façons de mobiliser les entreprises, la question demeure de savoir dans quelle mesure il est possible de créer une demande de main-d'œuvre suffisante au sein du marché du travail tel qu'il existe. Les politiques en faveur des personnes présentant une incapacité considèrent l'emploi protégé comme une forme d'emploi de transition. Or, pour nombre de ces personnes, l'emploi protégé ou au sein d'un environnement protégé sous une forme ou une autre pourrait être leur seule possibilité réaliste de participer au marché du travail. La portée de la mobilisation des employeurs pourrait se révéler limitée face à l'évolution de ce marché, avec l'accentuation des pressions au travail et l'orientation des emplois vers les services. Ce dernier point pose également la question de savoir si l'ambitieux plan néerlandais de création de 200 000 emplois pour les groupes exclus (personnes présentant une incapacité et allocataires de longue durée) peut aboutir sans s'intéresser dans le détail à la définition des subventions salariales, aux moyens de collaborer avec les employeurs et aux attentes que suscite l'intégration d'un tel afflux de main-d'œuvre sur le marché du travail classique. De même, l'objectif annoncé par le gouvernement irlandais d'accroître l'emploi des personnes présentant une incapacité de 45 % d'ici à 2016 peut soulever certaines questions.

Notes

1. Cette situation est due en partie au fait que le droit aux prestations d'invalidité exige le paiement de 260 cotisations de sécurité sociale, ce qui correspond à cinq années d'emploi. À compter de 2012, le nombre de cotisations devrait passer à 520.
2. Les Pays-Bas possèdent un double système de licenciement, les employeurs pouvant s'adresser au CWI ou aux tribunaux. La procédure passant par le CWI est généralement plus longue, mais son coût est inférieur ; c'est la solution traditionnellement choisie par les petites et moyennes entreprises. Toutefois, le licenciement par la voie judiciaire s'est développé au fil du temps.
3. La diminution du nombre de licenciements aux Pays-Bas ne peut pas être entièrement attribuée aux obligations de réintégration liées au protocole de filtrage d'accès ; de façon générale, les licenciements ont diminué au cours de cette période en raison de l'amélioration des perspectives économiques des entreprises.
4. En Finlande, le taux de remboursement du coût des SSP s'élève à 60 % pour les services de prévention et à 50 % pour les services de soins facultatifs.
5. En Finlande, la taille des entreprises est définie depuis 2006 à partir de la masse salariale totale et non plus en fonction du nombre d'employés. Les plafonds sont révisés une fois par an au moyen d'un indice.
6. En 2007, les primes moyennes aux Pays-Bas étaient fixées à 0.75 % du salaire pour le programme WGA et à 5.63 % pour la combinaison des programmes WAO et IVA. En Finlande, le coût moyen représente 2 % du salaire.
7. Il existe également une subvention spéciale pour faciliter la réintégration des personnes présentant une incapacité inférieure à 35 %.
8. La politique du risque zéro s'applique aux personnes présentant une incapacité de moins de 35 % pendant cinq ans à compter de la reconnaissance de leur handicap.

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.
- Behncke, S., M. Frolich et M. Lechner (2007), « Public Employment Services and Employers: How Important are Networks with Firms », document de travail IZA n° 3005, Bonn.
- Boll, J. et A. Kruhoffer (2002), « The Social Responsibility of Enterprises », annuaire statistique 2002, résumé, Danish National Institute of Social Research, Copenhague.
- Bredgaard, T. (2004), « Corporate Social Responsibility from Public Policy to Enterprise Policy », *Transfer*, vol. 10, n° 3, pp. 372-392.
- Datta Gupta, N. et M. Larsen (2007), *Evaluating Employment Effects of Wage Subsidies for Disabled Individuals – The Danish Flexjobs Scheme*, Danish National Institute of Social Research, Copenhague.
- Deelen, A. (2005), « Adverse Selection in Disability Insurance: Empirical Evidence for Dutch Firms », document de travail CPB n° 46, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, La Haye.
- 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.
- Euwals, R., D. van Vuuren et R. Wolthoff (2006), « Early Retirement Behaviour in the Netherlands: Evidence from a Policy Reform », document de travail IZA n° 1992, Bonn.
- Gannon, B. et B. Nolan (2006), *Dynamics of Disability and Social Inclusion in Ireland*, Equality Authority and National Disability Authority, Dublin.
- Hakola, T. et R. Uusitalo (2005), « Not So Voluntary Retirement Decisions? Evidence from a Pension Reform », *Journal of Public Economics*, vol. 89, pp. 2121-2136.
- Hogelund, J. (2004), *In Search of Effective Disability Policy: Comparing the Developments and Outcomes of the Dutch and Danish Disability Policies*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Holt, H. (2000), « Corporate Social Responsibility in a Danish Context », *The Open Labour Market*, document de travail n° 15, Danish National Institute of Social Research, Copenhague.
- Huttunen, K., J. Pirttilä et R. Uusitalo (2008), *Employment Effects of Low-wage Subsidies*.
- Hyatt, D.E. en collaboration avec T. Thomason (1998), « Evidence on the Efficacy of Experience Rating in British Columbia », A Report to the Royal Commission on Workers' Compensation in British Columbia, mai.
- Jolls, C. et J.J. Prescott (2004), « Disaggregating Employment protection: The Case of Disability Discrimination », série de documents de travail NBER n° 10740, Cambridge (Massachusetts).
- Kangasharju, A. (2007), « Do Wage Subsidies Increase Employment in Subsidized 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 », document de travail CPB n° 37, La Haye.
- Lee, J.-K. (2005), « Evaluation of and Lessons from Wage Subsidy Programmes in OECD Countries », extrait de Jaeho Keum (dir. pub.), *Employment Insurance and Public Employment Services in Selected Countries*, Korea Labor Institute.
- Lehto, A. et H. Sutela (2006), *Quality of Work Life Surveys Report*, Statistics Finland, Helsinki.
- Leuven, E. et H. Oosterbeek (2004), « Evaluating the Effect of Tax Deductions on Training », *Journal of Labor Economics*, vol. 22, n° 2, University of Chicago Press, pp. 461-488, avril.
- Mahler, S. et H.K. Pedersen (2005), *Monitoring Corporate Social Responsibility*, Danish National Institute of Social Research, Copenhague.
- Martin, J.P. et D. Grubb (2001), « What Works and for Whom: A Review of OECD Countries' Experiences with Active Labour Market Policies », série de documents de travail n° 2001:14, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Marx, I. (2005), « Job Subsidies and Cuts in Employers' Social Security Contributions: The Verdict of Empirical Evaluation Studies », document établi pour la conférence « Changing Social Policies for Low Income Families and Less-Skilled Workers in the EU and the US », Université du Michigan, 7 et 8 avril.

- Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2004), « Occupational Safety and Health in Finland », *Brochures du ministère des Affaires sociales et de la Santé*, n° 2004:5, Tampere.
- OCDE (2003), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005), *Vieillesse et politiques de l'emploi. Danemark*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – vol. 1 : Norvège, Pologne et Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- Quintini, G., J.P. Martin et S. Martin (2007), « The Changing Nature of the School-to-Work Transition Process in OECD Countries », document de travail IZA n° 2582, Bonn.
- Räsänen, K., K. Husman, M. Peurala et E. Kankaanpää (1997), « The Performance Follow-up of Finnish Occupational Health Services », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 9, pp. 289-295.
- Sirkku Kivistö, J., H. Verbeek, M. Hirvonen et H. Varonen (2008), « Return-to-work Policies in Finnish Occupational Health Services », *Occup Med (Lond)*, vol. 58, n° 2, pp. 88-93.
- Van Oorschot, W. (2007), « Narrowing Pathways to Early Retirement in the Netherlands », *Benefits*, vol. 15, n° 3, pp. 247-255.
- Van Poppel, J., F. van Wersch et A. Nadgerkerke (2008), *Evaluatie van effecten van de no-risk polis*, IVA, Tilburg.
- Veerman, T.J (2001), « Work Status and Benefit Status », extrait de F.S. Bloch et R. Prins (dir. pub.), *Who Returns to Work and Why?*, International Social Security Series, vol. 5, Transaction Publishers, New Jersey.
- Veerman, T.J., Ph. de Jong et B. de Vroom (2007), *Convenanten in context. Analyse van werking en opbrengsten van het beleidsprogramma Arboconvenanten*, La Haye.

Chapitre 5

Du point de vue de la personne : incitations financières à travailler

L'un des grands objectifs des réformes en cours des prestations d'invalidité, dans les quatre pays, est de renforcer les incitations en direction des personnes présentant une incapacité pour amener celles-ci à exercer ou à conserver une activité. Les prestations d'invalidité et autres prestations de régimes publics sont une source très importante de revenu pour les personnes dont la capacité de travail est réduite, surtout dans les catégories à faible revenu. Si ces prestations sont très ciblées en Irlande, elles y offrent des taux nets de remplacement inférieurs à ceux des trois autres pays.

Telles qu'elles sont conçues, ces prestations conjuguées à la fiscalité sur le revenu peuvent créer des désincitations à exercer une activité. En effet, l'imposition effective moyenne est élevée dans les quatre pays, atteignant, avec quelques exceptions, 70 à 90 %. Différents dispositifs d'allocations d'activité sont utilisés pour surmonter ce problème, mais soit ils sont de trop modeste ampleur (Finlande), soit ils rencontrent un problème d'adoption (Irlande) ou ne sont efficaces que pour les groupes aux revenus les plus élevés (Pays-Bas).

Le principal objectif des prestations d'invalidité (en conjonction avec d'autres types d'allocations) est d'éviter une chute importante de revenu et de réduire le risque de pauvreté chez les personnes souffrant d'une affection de longue durée ou présentant une incapacité. Dans le même temps, les pouvoirs publics doivent veiller à ce que les dispositifs soient suffisamment équilibrés pour éviter les phénomènes de « trappes à prestations », autrement dit les situations dans lesquelles il est, de fait, pénalisant pour l'intéressé d'accepter un emploi. Ce chapitre examine les choix à opérer entre niveaux de revenu suffisants et incitations à exercer une activité. Il montre que, dans un nombre non négligeable de configurations, les systèmes de prestations n'atteignent ni l'un ni l'autre de ces objectifs, et, s'appuyant sur des exemples, suggère des moyens d'éviter ces situations. La première section est consacrée à une analyse de l'« attractivité » et du caractère plus ou moins adéquat des prestations d'invalidité par rapport aux autres prestations dont peuvent bénéficier les personnes d'âge actif, allocations de chômage et prestations d'aide sociale en particulier. La deuxième section analyse les répercussions financières auxquelles font face les personnes présentant une incapacité lorsqu'elles prennent un emploi, et décrit les incitations destinées aux bénéficiaires de prestations partielles d'invalidité. La dernière section fournit les conclusions.

5.1. « Attractivité » des prestations d'invalidité

A. Importance relative et distribution des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité brutes moyennes se situent autour de 35 à 41 % du revenu brut moyen dans les quatre pays étudiés (chapitre 1). Toutefois, les personnes présentant une incapacité dépendent de plusieurs sources de revenu. D'autres prestations de régimes publics jouent souvent un grand rôle, mais il existe également des sources de revenu supplémentaires : propre revenu d'activité, revenus du capital et de l'épargne, et transferts privés. En outre, les ressources des autres personnes avec lesquelles la personne vit contribuent au bien-être économique de cette dernière (ou bien, au contraire, l'absence d'autres membres dans le ménage induit un surcoût).

La façon dont les diverses sources de revenu se conjuguent diffère toutefois selon les pays. Dans tous les pays, les revenus du travail sont de loin l'élément majeur, représentant pas moins de 78 % du revenu des personnes présentant une incapacité au Danemark et de 58 à 65 % dans les trois autres pays (tableau 5.1). La part du revenu du travail dans le revenu total est restée stable en Irlande et a très légèrement diminué au Danemark et aux Pays-Bas au cours des dix dernières années. En Irlande et aux Pays-Bas, cette situation contraste avec l'évolution constatée pour les personnes valides dont la part des revenus du travail a progressé de 4 à 6 points de pourcentage (on ne dispose pas de données de tendance comparables pour la Finlande)¹.

Les transferts sociaux publics arrivent en deuxième position et constituent une source importante de revenu pour les personnes présentant une incapacité. Leur part dans le revenu total de ces dernières est environ trois fois plus importante que pour les personnes valides. Il est à noter que diverses prestations de régimes publics non liées à l'invalidité telles que les pensions de vieillesse et les allocations familiales sont aussi importantes que

Tableau 5.1. Le revenu d'activité représente 78 % du revenu des personnes présentant une incapacité au Danemark

Composition du revenu selon la situation au regard de l'invalidité et de l'emploi, en 2005 et variation depuis 1995^a

	Personnes présentant une incapacité et occupant un emploi		Personnes présentant une incapacité et sans emploi		Toutes les personnes présentant une incapacité		Personnes valides	
	Niveau en 2005	Variation 1995-2005	Niveau en 2005	Variation 1995-2005	Niveau en 2005	Variation 1995-2005	Niveau en 2005	Variation 1995-2005
Danemark								
Revenus du travail	94	1	46	-6	78	-2	90	-3
Transferts sociaux publics	3	-9	47	-1	18	-6	6	-5
Transferts privés, revenus du capital, autres revenus	3	8	7	7	4	8	4	8
Finlande								
Revenus du travail	83	..	35	..	65	..	78	..
Transferts sociaux publics	7	..	24	..	13	..	9	..
Transferts privés, revenus du capital, autres revenus	10	..	42	..	21	..	13	..
Irlande								
Revenus du travail	85	-1	48	2	64	1	86	6
Transferts sociaux publics	13	3	49	4	33	2	11	-4
Transferts privés, revenus du capital, autres revenus	2	-2	3	-5	3	-4	2	-3
Pays-Bas								
Revenus du travail	85	2	38	1	58	-3	84	4
Transferts sociaux publics	13	-1	60	3	40	5	14	-2
Transferts privés, revenus du capital, autres revenus	2	-2	3	-3	2	-2	2	-2

a) Le concept de revenu utilisé est le revenu disponible du ménage par unité de consommation.

Source : Base de données SFI (Danemark) ; IDS (*Income Distribution Statistics*) (Finlande) ; estimations nationales réalisées à partir des enquêtes ECHP (1995) et EU-SILC (2005) (Irlande) ; estimations du Secrétariat réalisées à partir des enquêtes ECHP (1995) et EU-SILC (2005) (Pays-Bas).

les prestations d'invalidité, ces dernières représentant dans tous les pays moins de la moitié du revenu total provenant des transferts pour les personnes présentant une incapacité (données non fournies). Au total, les transferts publics entrent pour 18 % dans le revenu total des personnes handicapées au Danemark, 33 % en Irlande et 40 % aux Pays-Bas. Le faible taux (13 %) de la Finlande s'explique par la comptabilisation de toutes les pensions liées aux gains antérieurs dans les « transferts privés et revenus du capital »². La combinaison de cette source de revenu et des « autres revenus » est moins importante dans les trois autres pays et leur part a régressé en Irlande et aux Pays-Bas.

La composition du revenu des personnes présentant une incapacité diffère de façon notable selon que ces personnes ont ou non une activité professionnelle. En fait, dans les quatre pays, la distribution des revenus des personnes handicapées, lorsqu'elles ont un emploi, est presque identique à celle de la population valide, la part du revenu d'activité atteignant entre 83 et 94 % du revenu total. L'emploi apparaît donc comme un facteur crucial. Alors que les politiques publiques se focalisent souvent sur la question des prestations, parvenir à élever le niveau d'emploi semble donc la meilleure façon d'apporter une sécurité économique à un grand nombre de personnes présentant une incapacité.

Il reste que les prestations et les transferts constituent près de la moitié du revenu disponible du ménage pour les personnes handicapées sans emploi au Danemark et en

Tableau 5.2. **Les prestations d'invalidité ont un effet redistributif plus important en Irlande qu'ailleurs**

Parts des prestations d'invalidité et de l'ensemble des transferts sociaux publics revenant aux quintiles de revenu supérieur et inférieur, 2000-05^a

		Prestation d'invalidité			Ensemble des transferts sociaux publics		
		(1) Quintile inférieur	(2) Quintile supérieur	(1)/(2)	(1) Quintile inférieur	(2) Quintile supérieur	(1)/(2)
Danemark	2000	30	7	4.3	37	8	4.8
	2005	27	6	4.5	36	7	4.9
Irlande	2000	47	7	6.6	35	10	3.4
	2004	45	7	6.4	33	12	2.7
Pays-Bas	2000	30	10	3.0	37	9	4.0
	2004	27	12	2.3	35	12	3.0
OCDE (21 pays)	autour de 2000	27	16	1.7	30	17	1.8
	autour de 2005	25	16	1.6	24	19	1.3

a) Concept de revenu : revenu disponible du ménage par unité de consommation. Les prestations d'invalidité incluent tous les transferts publics liés à l'invalidité.

Source : Calculs effectués à partir du questionnaire de l'OCDE sur la distribution des revenus.

Irlande, et plus de la moitié aux Pays-Bas et en Finlande (si on comptabilise les pensions liées aux gains antérieurs avec les prestations). Étant donné la part appréciable des transferts publics, et en particulier des prestations d'invalidité, dans l'ensemble des revenus que perçoivent les personnes présentant une incapacité, il importe de se poser la question de leurs effets redistributifs et de se demander dans quelle mesure ces transferts apportent une garantie aux personnes qui se trouvent au bas de l'échelle de distribution. Si l'on s'intéresse tout d'abord à tous les transferts sociaux publics réunis (partie droite du tableau 5.2), un peu plus d'un tiers vont au quintile inférieur, tandis qu'entre 7 % (Danemark) et 12 % (Irlande, Pays-Bas) reviennent au quintile supérieur. Ces trois pays sont donc notablement plus redistributifs en termes de transferts publics que d'autres pays de l'OCDE, puisqu'une moyenne établie sur 21 pays de l'OCDE indique que la part des transferts à destination du quintile inférieur est inférieure à une fois et demie celle qui va au quintile supérieur. Elle est environ trois fois supérieure en Irlande et aux Pays-Bas et près de cinq fois au Danemark.

Au Danemark et aux Pays-Bas (ainsi qu'en moyenne dans l'OCDE), la répartition des prestations d'invalidité est assez similaire, bien que ces dernières semblent avoir un effet redistributif moindre que l'ensemble des prestations. La situation est très différente en Irlande, où près de la moitié des prestations d'invalidité s'inscrivent dans le quintile inférieur, le rapport entre celui-ci et le quintile supérieur atteignant 6.4. Cette situation s'explique partiellement par le fait que l'allocation d'invalidité (comprise dans les chiffres) est soumise à conditions de ressources alors que d'autres prestations d'invalidité sont forfaitaires. Sauf au Danemark, l'effet redistributif des prestations d'invalidité et de l'ensemble des transferts publics s'est affaibli au cours des cinq dernières années. Cela étant, même si la répartition est moins progressive, les prestations d'invalidité et autres prestations sociales atténuent les inégalités associées aux autres sources de revenu, notamment aux revenus marchands, dans tous les pays³.

B. Situation au regard de la fiscalité/des prestations des personnes présentant une incapacité

Les systèmes de prestations d'invalidité et les systèmes fiscaux présentent des caractéristiques communes dans les quatre pays, mais également des différences très

marquées sur certains aspects (tableau 5.A1.1 de l'annexe et encadré 2.1 du chapitre 2). Cela tient à des traditions et des historiques différents en matière de protection sociale. Le Danemark est l'unique pays disposant d'un seul type de prestations pour les personnes présentant une incapacité, conséquence de la réforme de 2003 qui a considérablement simplifié le système jusque là complexe (chapitre 2). Comme les autres transferts sociaux de ce pays, les prestations d'invalidité sont financées par l'impôt et leur couverture est universelle. En outre, les personnes dont la capacité de travail est réduite et qui sont en attente d'un emploi flexible ont droit à des prestations d'attente, dont le taux est étroitement lié à celui de l'allocation de chômage. La Finlande utilise un double système de pension d'invalidité : une pension nationale et universelle financée par l'impôt, et une pension légale, liée aux gains antérieurs et reposant sur des cotisations. Ces deux régimes sont intégrés et chacun d'eux est pris en compte dans l'attribution de l'autre⁴. Les régimes universels des deux pays nordiques (pension d'invalidité au Danemark et pension nationale en Finlande) versent des prestations forfaitaires jusqu'à un certain niveau de revenu (différencié selon les types de ménages).

L'Irlande met en œuvre deux principaux types de prestations d'invalidité : la pension d'invalidité, financée par des cotisations, qui couvre uniquement les personnes occupant un emploi, et l'allocation d'invalidité, prestation non imposable soumise à conditions de ressources et assurant une couverture universelle. L'Irlande octroie également des indemnités de maladie susceptibles d'être perçues sans limite de durée⁵. Ces trois régimes fournissent des taux de prestations forfaitaires assez similaires. Le principal régime en place aux Pays-Bas, le WIA (de même que l'ancien système WAO), est financé par des cotisations et couvre uniquement les salariés. Il comprend deux dispositifs : des prestations pour les personnes présentant une incapacité permanente d'au moins 80 % (IVA), dont les taux sont liés aux gains antérieurs dans la limite d'un plafond, et des prestations de retour à l'emploi (WGA) pour les personnes ayant conservé une capacité de travail partielle. Initialement liées à la rémunération, ces prestations sont converties, après un certain délai, soit en prestations de suivi (si la personne ne travaille pas), soit en complément de salaire (si elle travaille un nombre d'heures « suffisant »). Les Pays-Bas disposent également d'un régime universel spécial pour les jeunes présentant une incapacité : la pension Wajong. Parmi les quatre pays, seuls la Finlande et les Pays-Bas octroient de véritables prestations d'invalidité partielles (et dégressives), bien que l'objectif du système danois d'emplois flexibles (qui prévoit deux niveaux de capacité différents) soit similaire.

Le tableau 5.3 compare la situation au regard de la fiscalité/des prestations d'une personne seule de 40 ans qui percevait une rémunération moyenne lorsqu'elle travaillait et qui perçoit maintenant des prestations d'invalidité à taux plein. La première colonne pour chaque pays montre comment on passe du revenu brut au net dans le cas d'une personne qui travaille. Avec un taux de 15 %, la charge fiscale est considérablement plus légère en Irlande que dans les trois autres pays (entre 30 % en Finlande et 40 % au Danemark). La part la moins élevée des cotisations de sécurité sociale dans l'impôt total est celle constatée au Danemark. En Finlande et aux Pays-Bas, ces contributions entrent pour environ un tiers dans la charge fiscale totale, ordre de grandeur que l'on retrouve dans de nombreux pays d'Europe continentale. Aux Pays-Bas, toutefois, les cotisations de sécurité sociale sont bien plus élevées que les impôts directs sur le revenu. Dans les deux pays nordiques, et en particulier en Finlande, les impôts locaux sur le revenu jouent un rôle bien plus important que ceux perçus par le gouvernement central.

La deuxième colonne du tableau 5.3, décrit, pour chaque pays, la situation au regard de la fiscalité/des prestations d'une personne seule après son passage d'un statut de personne active à un statut de bénéficiaire de prestations d'invalidité à taux plein. Les troisième et quatrième colonnes décrivent la situation d'une personne qui est passée d'un statut d'activité à un statut de bénéficiaire d'un autre type de prestations d'invalidité. La fiscalité pèse beaucoup moins lourdement sur les prestations que sur les revenus d'activité, et est nulle dans le cas de l'allocation d'invalidité en Irlande, du fait de la non-imposition des prestations. Les taux de remplacement bruts – prestations brutes par rapport aux gains antérieurs bruts – sont donc inférieurs aux taux de remplacement nets. Dans tous les pays, des crédits d'impôt sont utilisés pour alléger la charge fiscale des bénéficiaires de prestations d'invalidité, et ils sont particulièrement importants en Irlande.

Au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas, les prestations d'invalidité à taux plein remplacent environ deux tiers ou plus du revenu d'activité antérieur dans le cas d'une personne seule qui percevait auparavant un salaire moyen. Les Pays-Bas affichent le taux de remplacement le plus élevé, 72 %, pour une personne percevant des prestations WGA initiales⁶. Le taux est de 69 % pour les bénéficiaires finlandais de pensions d'invalidité liées aux gains antérieurs et de 66 % pour les Danois percevant une pension d'invalidité. En Irlande, les taux de remplacement nets sont sensiblement plus faibles (de 54 à 55 %) et pratiquement identiques pour les trois régimes. Le cas des Pays-Bas est différent : les prestations de suivi du régime d'invalidité WGA sont associées à un taux inférieur de 16 points à celui des prestations initiales. Cela étant, le taux de remplacement net des prestations de suivi est cependant du même ordre que celui des prestations d'invalidité à taux plein en Irlande.

Par ailleurs, si l'on considère les niveaux absolus des prestations classiques, exprimés en USD, en parité de pouvoir d'achat, on constate que les plus faibles sont enregistrés en Irlande (un peu moins de 14 000 USD), qu'ils se situent entre 15 000 et 16 000 USD dans les deux pays nordiques et qu'ils sont les plus élevés aux Pays-Bas (près de 20 000 USD).

C. Niveau adéquat et générosité des taux de remplacement

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 régimes d'invalidité. Un taux de remplacement net 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. Cependant, la majorité des personnes présentant une incapacité ne sont pas totalement inaptes au travail, mais rencontrent des problèmes pour se maintenir sur le marché de l'emploi. Si le taux de remplacement net est proche de 100 %, voire excède 100 %, le régime de l'invalidité peut apparaître attrayant par rapport à l'emploi (pour les travailleurs, mais aussi pour les employeurs désireux de moduler la taille de leur effectif sans susciter de mécontentement). De fait, des travaux passés de l'OCDE tendent à mettre en évidence l'existence d'une corrélation positive entre les scores au regard d'un indicateur synthétique de la générosité des prestations et, à la fois, le taux de bénéficiaires et les flux d'entrée en invalidité (OCDE, 2003).

Les pays ont mis en place différents régimes d'invalidité, qui s'appliquent selon que l'incapacité ou l'invalidité est ou non permanente (indemnités de maladie et pension

Tableau 5.3. **Les taux de remplacement bruts et nets des principaux régimes d'invalidité sont plus faibles en Irlande**

Situation au regard de la fiscalité/des prestations d'une personne seule percevant une rémunération moyenne et d'une personne seule sans emploi percevant des prestations d'invalidité, en USD à parité de pouvoir d'achat (PPA), 2006^a

	Danemark			Finlande		Irlande				Pays-Bas		
	Personne seule en activité	Pension d'invalidité	Prestations d'attente	Personne seule en activité	Pension d'invalidité	Personne seule en activité	Indemnités de maladie	Pension d'invalidité	Allocation d'invalidité	Personne seule en activité	Prestations d'invalidité à taux plein (WGA) ^b	Prestations de suivi (WGA) ^b
A.1 Revenu d'activité brut	38 581			34 615		29 698				43 023		
A.2 Prestations imposables												
Prestations d'invalidité		20 226	18 400		21 809		8 546	9 227			30 116	10 194
Prestations d'aide sociale ^c												3 283
Total des prestations imposables		20 226	18 400		21 809						30 116	13 477
B. Impôt sur le revenu et cotisations de sécurité sociale												
Revenu soumis à l'impôt national (après exonérations, abattements, etc.)	33 425	20 226	18 286	32 019	21 809	29 698	8 546	9 227		43 846	31 343	10 857
Impôt national sur le revenu	2 204	1 108	1 002	3 107	1 116	5 940	1 709	1 845		5 983	1 665	266
Revenu soumis à l'impôt local (après exonérations, abattements, etc.)	33 425	20 226	18 286	28 827	21 809							
Impôt local sur le revenu	9 646	5 246	4 599	5 304	4 013							
Crédits d'impôt	246	246	246	162	119	3 093	1 616	1 616		268	160	160
Cotisations de sécurité sociale	4 305		114	2 339	327	1 520				9 787	8 920	2 061
Total des impôts sur le revenu et des cotisations de sécurité sociale	15 909	6 108	5 469	10 588	5 337	4 367	93	230		15 502	10 426	2 168
C. Prestations non imposables									8 943			
Prestations d'invalidité									8 943			
Allocations logement	409	1 075	1 075				5 270	4 589	4 873			4 211
Total des prestations non imposables	409	1 075	1 075				5 270	4 589	13 816			4 211
D. Revenu net hors revenu d'activité (A – B + C)		15 192	14 006		16 472		13 722	13 586	13 816		19 690	15 521
E. Revenu d'activité net (A1 – B)	23 081			24 027		25 331				27 521		
F. Taux de remplacement brut ((A2 + C)/A1)		55 %	50 %		63 %		47 %	47 %	47 %		70 %	41 %
G. Taux de remplacement net (D/E)		66 %	61 %		69 %		54 %	54 %	55 %		72 %	56 %

a) Par rémunération moyenne, on entend le salaire moyen, soit 330 900 DKK au Danemark, 33 543 EUR en Finlande, 38 491 EUR aux Pays-Bas ; pour l'Irlande, pays pour lequel le salaire moyen n'est pas disponible, on a utilisé le salaire moyen d'un ouvrier, soit 29 960 EUR. Les estimations sont calculées pour une personne seule de 40 ans qui a perçu une rémunération moyenne pendant 22 ans. On suppose qu'il n'y a pas de latence entre la perte de l'emploi et la situation d'allocataire.

b) WGA : on suppose que la personne présente une inaptitude au travail de 79 % et qu'elle perçoit des prestations d'aide sociale complémentaires.

c) Taux net.

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

d'invalidité en Irlande), ou en fonction du degré d'inaptitude au travail (prestations d'attente au Danemark ou WGA aux Pays-Bas). En outre, il existe des régimes spéciaux pour les personnes qui ne sont pas couvertes par d'autres dispositifs, comme l'allocation d'invalidité en Irlande⁷. La première question est de savoir comment les différents régimes d'invalidité se situent, les uns par rapport aux autres, sous l'angle du remplacement du revenu d'activité. Le graphique 5.1 compare les taux de remplacement nets pour une personne seule (les résultats pour d'autres types de ménages sont présentés sur le graphique A.1 graphique 5.A1.1 de l'annexe).

Comment se situent les différents régimes d'invalidité les uns par rapport aux autres ?

Au Danemark et aux Pays-Bas, les taux de remplacement nets pour les personnes seules qui perçoivent des prestations d'invalidité et des prestations WGA sont supérieurs à ceux des personnes seules qui bénéficient respectivement de prestations d'attente et de prestations de suivi WGA. Cela étant, au Danemark, la différence n'est pas spécialement marquée (sauf pour les personnes qui percevaient auparavant une faible rémunération) et, dans le cas de couples, les taux de remplacement nets des prestations d'invalidité et des prestations d'attente sont pratiquement identiques. Aux Pays Bas, les estimations fournies pour les prestations de suivi WGA supposent que la personne ne perçoit pas de prestations d'aide sociale complémentaires ; elles sont par conséquent inférieures de 20 à 30 points aux prestations WGA initiales. En pratique, de nombreux bénéficiaires de prestations de suivi WGA demandent et obtiennent ces prestations complémentaires (auxquelles ils ont droit) et élèvent leur taux de remplacement net au niveau de l'aide sociale, c'est-à-dire à un niveau identique aux prestations WGA pour un revenu d'activité antérieur égal à 60 % du salaire moyen au maximum, et de 15 à 20 points inférieur pour un revenu d'activité supérieur. Il est également à noter que des différences de taux de remplacement net plus importantes (de 20 à 40 points) ont été relevées entre les prestations d'invalidité standard et partielles ou à court terme dans d'autres pays de l'OCDE ayant fait récemment l'objet d'un examen, à savoir l'Espagne et le Royaume-Uni (OCDE, 2007). En Irlande, les trois régimes (indemnités de maladie, pension d'invalidité et allocation d'invalidité) présentent des taux de remplacement nets quasiment identiques.

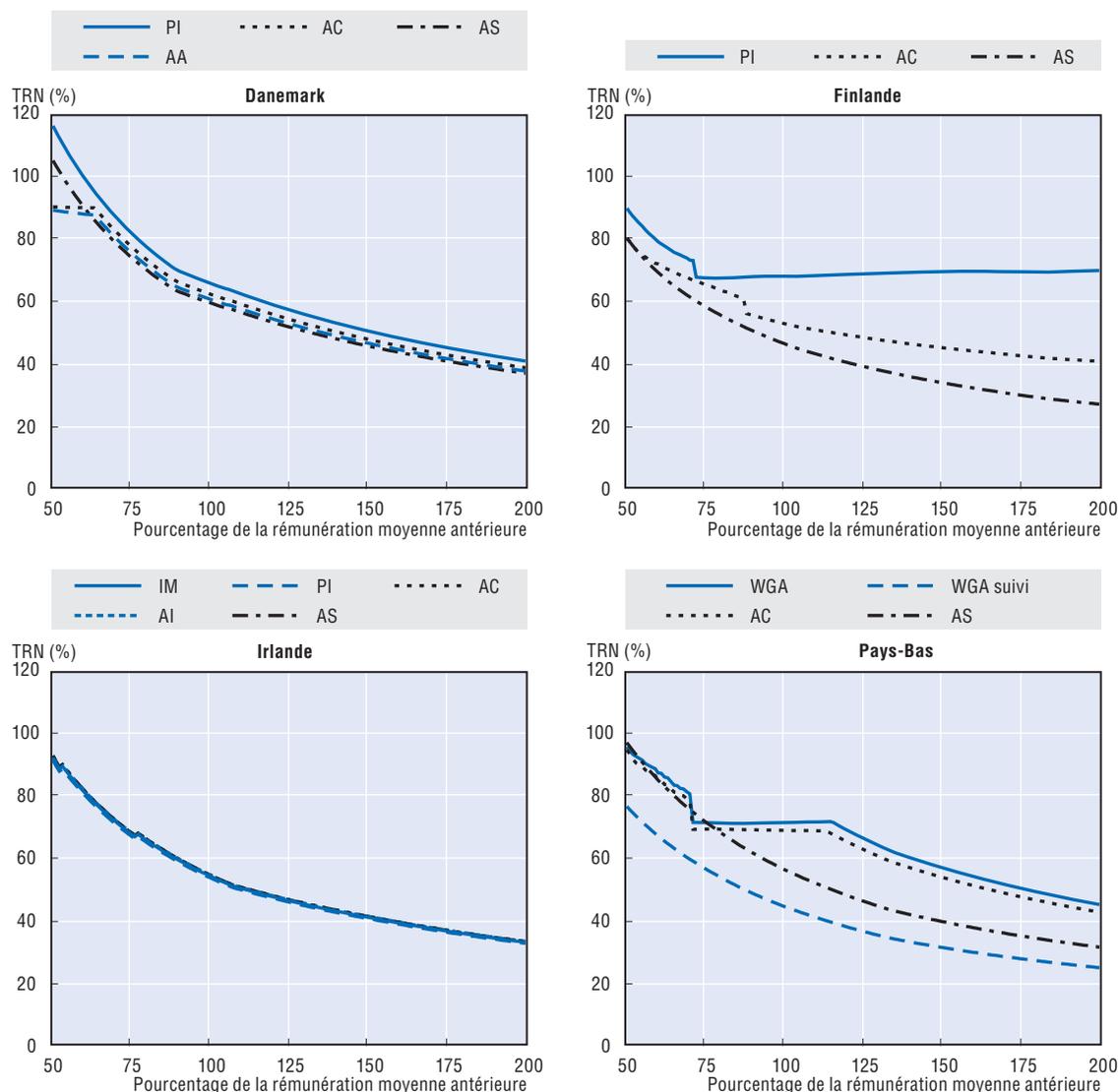
La deuxième question est de savoir comment les prestations d'invalidité se situent, là encore en termes de taux de remplacement des revenus d'activité, par rapport aux autres grands dispositifs de garantie de revenu pour les personnes d'âge actif : allocations de chômage et prestations d'aide sociale. En théorie, ces régimes sont séparés et s'adressent à des groupes de personnes différents. Cependant, on peut constater que de nombreuses personnes souffrant de problèmes de santé – sur lesquels viennent souvent se greffer des problèmes sociaux et des problèmes d'emploi – sont renvoyées d'un dispositif à un autre pour finir par être exclues de tous en raison de critères de plus en plus restrictifs. Le graphique 5.1 compare également les taux de remplacement nets des régimes d'invalidité, de chômage et d'aide sociale.

Comment les principaux régimes d'invalidité se situent ils par rapport à d'autres régimes de prestations accessibles aux personnes d'âge actif ?

Au Danemark (sauf pour les personnes qui percevaient auparavant un faible salaire), en Irlande et aux Pays-Bas, les prestations de chômage et d'invalidité assurent des taux de remplacement pratiquement identiques à tous les niveaux de rémunération considérés (de la moitié au double du salaire moyen). Souvent, les taux de remplacement nets des

Graphique 5.1. Les régimes d'invalidité et de chômage fournissent des revenus de remplacement nets similaires, sauf en Finlande

Taux de remplacement nets (TRN) assurés par les prestations d'invalidité, les allocations de chômage et les prestations d'aide sociale, pour une personne seule âgée de 40 ans, 2006 ^{a, b, c}



a) Taux de remplacement net : rapport du revenu net d'un ménage après arrêt de l'activité et accès à des prestations d'invalidité, de chômage ou d'aide sociale, sur le revenu net d'un ménage percevant entre 50 % et 200 % de la rémunération moyenne. Les estimations se rapportent au cas d'une personne seule de 40 ans ayant perçu une rémunération à taux plein à partir de 18 ans.

b) AA = allocations d'attente ; AC = allocations de chômage ; AI = allocations d'invalidité ; AS = aide sociale ; IM = indemnités de maladie ; PI = pension d'invalidité ; WGA = prestations d'invalidité initiales aux Pays-Bas ; WGA suivi = prestations d'invalidité ultérieures aux Pays-Bas.

c) WGA : on suppose que la personne présente une incapacité de travail de 79 % et qu'elle ne perçoit pas de prestations d'aide sociale complémentaires.

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

prestations d'invalidité sont supérieures de quelques points à ceux des allocations de chômage ; dans quelques cas, ils sont nettement plus importants : pour les Danois qui percevaient auparavant de bas salaires (c'est-à-dire inférieurs à environ 60 % du salaire moyen) et pour les ménages néerlandais comptant deux apporteurs de revenu et deux

enfants. La situation est assez différente en Finlande : les taux de remplacement nets des prestations d'invalidité et de chômage ne sont relativement similaires que jusqu'à un niveau de revenu d'activité antérieur d'environ deux tiers du salaire moyen (autour de 70 à 80 % pour les personnes seules et les couples comptant un seul apporteur de revenu et 90 % pour les couples comptant deux apporteurs de revenu). À partir de deux tiers du salaire moyen, les taux de remplacement nets des bénéficiaires d'allocations de chômage tombent progressivement à 40 % (dans le cas des personnes seules) alors qu'ils restent à un niveau constant de 70 % pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité. Cela est dû au fait que les prestations d'invalidité sont liées aux gains antérieurs en Finlande et ne sont pas plafonnées.

Les prestations de chômage et d'invalidité assurent des taux de remplacement nets supérieurs à l'aide sociale standard uniquement en Finlande et aux Pays-Bas, mais, même dans ces deux pays, cela ne se vérifie plus pour les plus faibles niveaux de rémunération antérieure. Au Danemark, les taux de remplacement nets dont bénéficient les allocataires de l'aide sociale ne sont que marginalement inférieurs. Dans les quatre pays, les taux de remplacement nets des allocataires de l'aide sociale diminuent généralement dès que la famille compte un deuxième apporteur de revenu.

Les taux de remplacement nets pour les personnes seules et les couples comptant un seul apporteur de revenu ont un caractère unique en Irlande, car ils y sont pratiquement identiques pour toutes les prestations dont peuvent bénéficier les personnes d'âge actif (aide sociale, allocations de chômage et les trois types de prestations d'invalidité considérés). Cela est partiellement dû aux allocations de logement complémentaires qui sont perçues à tous les niveaux de rémunération. Cela étant, les estimations qui excluent les allocations de logement révèlent également des taux de remplacement nets très similaires entre les régimes.

Comment la structure familiale influe-t-elle sur les droits à prestations ?

Les taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité peuvent être considérablement plus élevés si le ménage compte des enfants. Si l'on prend le cas d'une rémunération antérieure moyenne, par exemple, ils sont supérieurs de 10 à 15 points à ceux dont bénéficient les personnes seules dans les quatre pays. Cela s'explique par le versement d'allocations générales au titre des enfants et 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 Finlande et en Irlande.

Les taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité pour un couple inactif sans enfants sont assez proches de ceux qu'on observe pour une personne seule. L'Irlande fait notablement exception, avec des taux de remplacement nets considérablement plus élevés pour les couples inactifs que pour les personnes seules, à tous les niveaux de rémunération. Ces taux sont dus d'un côté aux prestations complémentaires pour les conjoints à charge (autrement dit inactifs), et de l'autre, à une fiscalité plus légère.

Les interactions entre les différentes prestations, les minimums et maximums, les critères de revenu et la fiscalité peuvent créer des « ruptures » de taux de remplacement nets pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité à mesure que la rémunération antérieure augmente. Les règles de retrait des prestations soumises à conditions de ressources (prestations d'aide sociale, allocations de logement) et les règles fiscales

applicables aux différents niveaux de revenu peuvent élever le taux de remplacement net à certains niveaux de rémunération et l'abaisser à d'autres. En Finlande, par exemple, on note des « ruptures » à environ 70 % du revenu moyen (pour les prestations d'invalidité) et à 90 % (pour les allocations de chômage), à la fin des droits aux allocations de logement⁸. Cela explique également la chute brutale des taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité et de chômage aux Pays-Bas à environ 70 % du revenu moyen. Les deux petits décrochages dans les courbes de taux de remplacement nets irlandais sont dus à la fiscalité des personnes occupant un emploi : jusqu'à environ la moitié du salaire moyen, elles ne payent pas d'impôt sur le revenu et jusqu'à environ 75 % du salaire moyen, pas de cotisations d'assurance maladie.

Il est à noter que les estimations du modèle présenté ici ne tiennent pas compte d'un certain nombre de prestations pécuniaires spéciales et individualisées ni de prestations en nature liées ou dérivées. Au Danemark, cela concerne, par exemple, des prestations destinées à compenser les frais supplémentaires liés à des handicaps spécifiques (*merudgiftsydelse*). En Finlande, il existe des indemnités spécifiquement associées à certains états de santé (aides nutritionnelles, par exemple), mais aussi une allocation d'invalidité spéciale destinée à compenser les difficultés auxquelles doivent faire face les non-bénéficiaires du fait de la maladie. En Irlande, la perception de prestations d'invalidité s'accompagne d'une carte médicale gratuite⁹. Ces transferts et services peuvent augmenter la « valeur nette » des prestations d'invalidité pour certains bénéficiaires et ne sont pas pris en compte dans les taux de remplacement nets qui précèdent.

En résumé, les revenus du travail occupent une place prépondérante dans l'ensemble des revenus des personnes présentant une incapacité. Pour les allocataires inactifs, ce sont les règles en matière de fiscalité et de transferts qui déterminent les taux de remplacement nets. Ces derniers sont souvent plus bas en Irlande que dans les autres pays. En outre, les prestations d'invalidité assurent généralement des revenus de remplacement nets similaires aux prestations de chômage au Danemark, en Irlande et aux Pays-Bas, et considérablement supérieurs en Finlande, sauf aux plus faibles niveaux de rémunération antérieure. À l'exception du Danemark, l'effet redistributif des prestations d'invalidité s'est considérablement affaibli au cours des cinq dernières années.

5.2. Incitations et désincitations à exercer une activité pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité

Cette section est consacrée à un examen des incitations et désincitations financières à exercer une activité qui résultent du jeu du régime d'imposition et des régimes de prestations pour les personnes présentant une incapacité. Les incitations non financières (c'est-à-dire découlant des critères d'admissibilité et de durée des divers programmes et prestations et de l'étendue des politiques de suivi et d'activation à destination des allocataires de tels régimes) sont présentées dans une autre partie de cette étude. La présente section s'intéresse aux incidences sur le revenu net d'une transition vers l'emploi ou d'une variation du nombre d'heures travaillées. Autrement dit, il s'agit de savoir dans quelle mesure les gains provenant du revenu d'activité sont annulés par la fiscalité, c'est-à-dire par le jeu conjugué de la réduction des prestations et de l'augmentation des impôts, en cas de reprise d'un emploi – c'est ce que l'on mesure par le taux d'imposition effectif moyen (TIEMoyen) – ou en cas d'augmentation du volume d'heures travaillées – c'est ce que l'on mesure par le taux d'imposition effectif marginal (TIEMarginal).

A. Est-il financièrement intéressant de travailler ?

Une fois qu'une personne est inactive et perçoit des prestations d'invalidité, qu'implique pour elle, financièrement, un retour à l'emploi ? La question se pose, en particulier, pour les personnes qui sont encore partiellement aptes au travail, surtout celles qui bénéficient de prestations temporaires ou partielles. Les prestations temporaires existent notamment en Finlande et aux Pays-Bas, et le premier ensemble de points ci-dessous repose sur l'hypothèse réaliste que les bénéficiaires de prestations partielles associent celles-ci à un emploi¹⁰. Cette reprise d'activité devrait être financièrement intéressante pour ceux qui l'envisagent, mais ce n'est pas toujours le cas. Le graphique 5.2 fait apparaître le taux d'imposition effectif moyen résultant des principaux régimes d'invalidité, pour une personne seule, à deux niveaux de revenu d'activité antérieur à l'incapacité : moyen et faible¹¹. On suppose que les personnes reprennent un emploi au même taux de rémunération, mais pour un nombre d'heures de travail différent, dans la limite du salaire antérieur¹². Les observations qui en découlent sont présentées ci-après.

Le Danemark est le seul pays dans lequel l'imposition effective des bénéficiaires de prestations d'invalidité est pratiquement indépendante du niveau de la reprise d'activité : entre six et sept couronnes danoises sont prélevées sur dix couronnes gagnées (graphique 5.2). Cela est dû à la continuité de l'interaction entre le retrait progressif des prestations d'invalidité¹³, l'imposition globale et les allocations de logement complémentaires dans une fourchette plus large de faibles niveaux de rémunération (jusqu'à environ deux tiers du revenu moyen). D'environ 70 à 75 %, l'imposition moyenne des bénéficiaires de prestations d'attente est légèrement supérieure pour un revenu d'activité antérieur moyen, mais considérablement plus élevée si ce dernier était faible : près de 90 %. Ce phénomène est dû au fait que les prestations d'attente sont calculées en fonction des allocations de chômage¹⁴ et que, dans le cas d'une faible rémunération antérieure, elles diminuent de manière identique en valeur absolue, mais de manière plus importante en valeur relative par rapport à un revenu antérieur moyen. Lorsque la personne reprend une activité rémunérée au niveau de son emploi antérieur, les prestations d'attente sont suspendues, ce qui entraîne une légère augmentation du taux d'imposition effectif moyen pour un travail à temps plein (40 heures).

L'imposition moyenne des bénéficiaires de prestations d'invalidité en Finlande est relativement faible, de l'ordre de 30 %, à condition que l'activité reprise ne dépasse pas 16 heures (c'est-à-dire 40 % du niveau de revenu antérieur). À ce stade, les prestations d'invalidité à taux plein se transforment en prestations partielles et le taux d'imposition effectif moyen double pour atteindre quelque 80 %¹⁵ (graphique 5.2). Le taux d'imposition effectif moyen fait un autre bond de ce type lorsque la personne dépasse les 24 heures d'activité (60 %), car dans ce cas elle perd purement et simplement ses droits à prestations. À ce stade, il n'est financièrement plus du tout intéressant de reprendre un emploi, et même la reprise d'un travail à temps complet ne ramène le taux d'imposition effectif moyen qu'à 80 %. Pour les personnes qui percevaient auparavant de bas salaires, même un emploi inférieur à 16 heures est plutôt moins intéressant que pour celles qui bénéficiaient d'une rémunération moyenne. Cette situation est à mettre en relation avec un niveau de départ du revenu net *relativement* plus élevé en inactivité dû, entre autres, aux allocations de logement.

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. Néanmoins, ces instruments n'ont au mieux que très peu d'effets sur l'imposition effective, et génèrent par conséquent peu d'incitations à reprendre un emploi. Les allocations liées à l'emploi, par exemple, représentent à peine quelque 3 à 4 % du revenu net des personnes qui percevaient auparavant une rémunération moyenne ou faible lorsque celles-ci reprennent un travail de 16 heures par semaine.

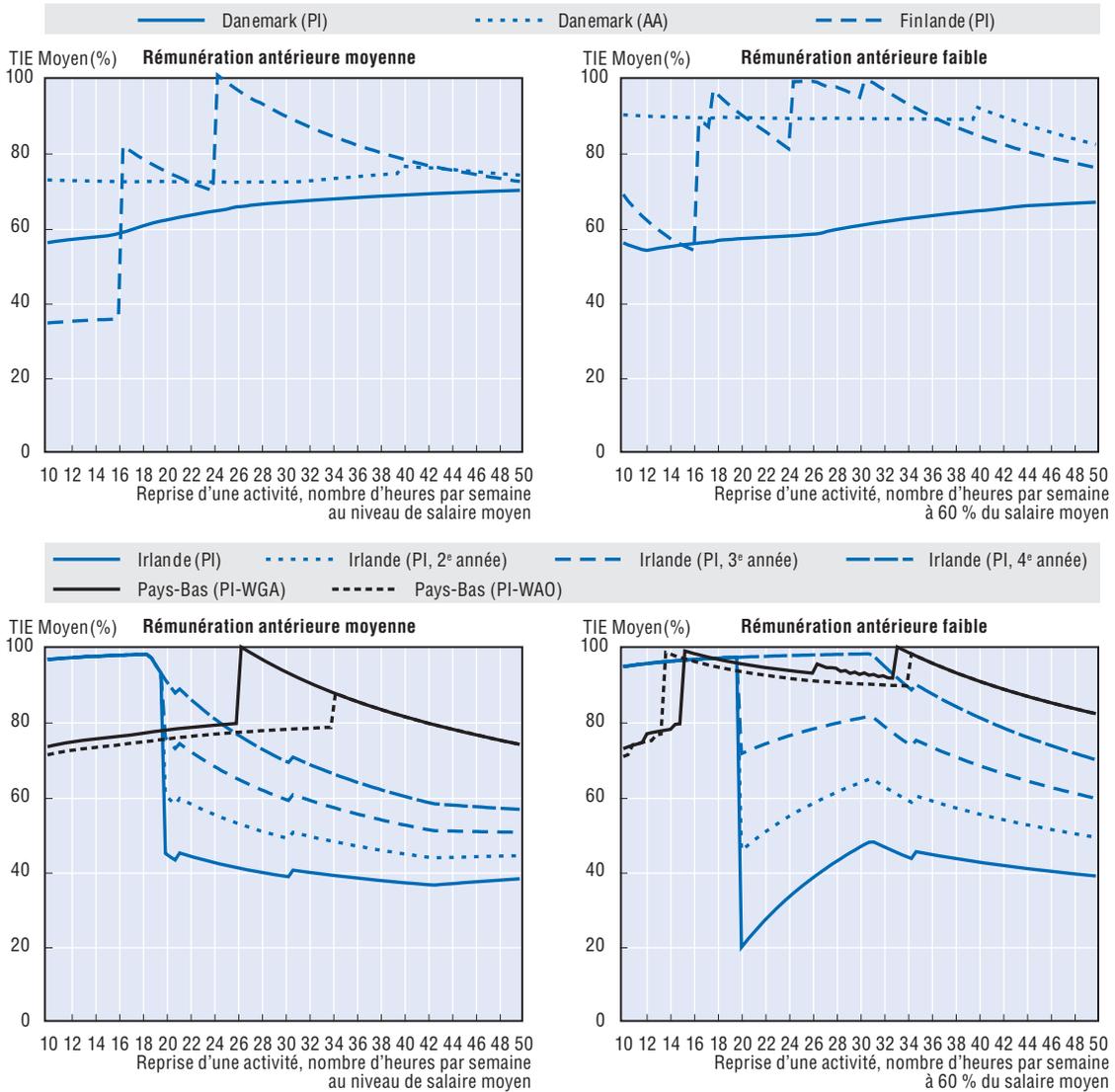
En revanche, les allocations d'activité semblent ouvrir davantage de possibilités en Irlande. Les bénéficiaires de prestations accessibles aux personnes d'âge actif, y compris toutes celles liées à l'invalidité, ont droit à une allocation de retour au travail (BTWA, *Back to Work Allowance*) s'ils reprennent une activité d'au moins 20 heures par semaine. Le taux d'imposition effectif moyen chute ainsi de près de 100 % à environ 45 % dans le cas d'une rémunération antérieure moyenne et à 20 % seulement dans le cas d'une rémunération antérieure faible, lors de la reprise d'un travail à mi-temps (graphique 5.2). Pour les rémunérations moyennes, le taux d'imposition effectif moyen ne cesse ensuite de diminuer, mis à part deux augmentations de petite ampleur correspondant au niveau auquel l'impôt sur le revenu et les cotisations d'assurance maladie, respectivement, deviennent applicables. L'imposition effective est de 40 % si la personne reprend un travail à temps complet. Par ailleurs, le taux d'imposition effectif moyen pour les bas salaires augmente dans la tranche de 20 à 32 heures de travail, principalement en raison de la suppression des allocations de logement. Il s'établit à 43 % si la personne reprend un travail à temps complet.

Toutefois, à la différence des allocations d'activité finlandaises, l'allocation de retour au travail irlandaise est limitée dans le temps et son rythme de retrait est assez rapide. Elle donne droit à 75 % des prestations antérieures la première année, 50 % la deuxième et 25 % la troisième. Le graphique 5.2 montre également que ce retrait progressif entraîne une augmentation de 10 points par an du taux d'imposition effectif moyen dans le cas d'une rémunération antérieure moyenne. Après la troisième année, les personnes sont assujetties à un taux d'imposition effectif moyen de 60 % si elles reprennent un travail à temps complet. La situation est pire dans le cas d'un faible salaire antérieur. La croissance annuelle du taux d'imposition effectif moyen est bien plus forte. Elle atteint 80 à 100 % après la troisième année si la personne retravaille à mi-temps ou à plein temps. Cette limite de durée et ce retrait progressif peuvent ainsi expliquer le faible taux d'adoption de ces allocations d'activité en Irlande : moins de 1 % des bénéficiaires de prestations d'invalidité font appel à l'allocation de retour au travail.

Aux Pays-Bas, l'imposition effective est élevée. Les bénéficiaires de prestations WGA initiales qui envisagent de reprendre un emploi doivent prévoir un prélèvement de 7 à 8 EUR pour 10 EUR de gains bruts. Au-delà de 65 % du revenu antérieur (correspondant à 26 heures de travail), les prestations WGA sont retirées et le taux d'imposition effectif moyen atteint 100 %. À temps complet, le niveau est encore d'environ 80 %. Si on réalise une comparaison avec les anciennes prestations WAO initiales, le taux d'imposition effectif moyen est aussi élevé, même si l'augmentation brutale intervient plus tard dans le programme WAO, c'est-à-dire à partir de 85 % du revenu antérieur (34 heures de travail). Ce phénomène est lié au relèvement du seuil minimum pour bénéficier des prestations, de 15 % (WAO) à 35 % (WGA). Dans le cas d'une faible rémunération antérieure, les pics de taux d'imposition effectif moyen se produisent plus tôt, à environ 14 ou 15 heures de travail. L'explication réside dans la suspension des allocations de logement à ces niveaux de revenu. En cas d'inactivité, ces allocations représentent quelque 18 % du revenu net des bénéficiaires de prestations d'invalidité¹⁶.

Graphique 5.2. Il est financièrement intéressant de reprendre un travail au Danemark et davantage encore en Irlande

Taux d'imposition effectif moyen pour une personne seule de 40 ans présentant une incapacité, 2006^{a, b}



a) Le taux d'imposition effectif moyen (TIEMoyen) correspond au pourcentage des revenus d'activité qui est annulé par la fiscalité du fait de l'augmentation des prélèvements fiscaux et de la réduction des prestations en cas de reprise d'activité. Reprise d'un emploi à raison de 10 heures et 50 heures de travail par semaine, au niveau de salaire moyen (partie A) ou bas (partie B). La personne est supposée percevoir des prestations d'invalidité après avoir travaillé à temps plein (100 %) au niveau de salaire moyen (partie A) ou bas (partie B). Les données pour l'Irlande (où aucune estimation de salaire moyen n'est disponible) s'appuient sur le salaire moyen d'un ouvrier. Par faible rémunération ou niveau de salaire bas, on entend un salaire égal à 60 % du salaire moyen/salaire moyen d'un ouvrier. Les estimations se rapportent au cas d'une personne de 40 ans ayant perçu une rémunération à taux plein à partir de 18 ans.

b) AA = allocations d'attente ; PI = pension d'invalidité ; WAO = anciennes prestations d'invalidité aux Pays-Bas ; WGA = prestations d'invalidité actuelles aux Pays-Bas.

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

La composition du ménage peut influencer sur les incitations financières à exercer une activité pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité, surtout en cas de retrait des allocations pour enfants à charge ou des allocations familiales, ou de différences d'abattement sur le revenu éventuel du partenaire. Cette question n'a d'incidence importante qu'en Irlande. Dans les trois autres pays, le taux d'imposition effectif moyen

constaté pour différentes configurations de ménage est pratiquement identique, si l'on excepte les familles monoparentales, soumises à un taux d'imposition effectif moyen légèrement supérieur dans les deux pays nordiques et légèrement inférieur aux Pays-Bas.

En Irlande en revanche, le taux d'imposition effectif moyen des personnes présentant une incapacité est généralement plus faible lorsque celles-ci vivent dans des ménages avec enfants et exercent une activité comprise entre un mi-temps et un temps plein. Le cas irlandais est partiellement dû au supplément de revenu familial (FIS, *Family Income Supplement*) en vigueur dans ce pays. Il s'agit de prestations subordonnées à l'exercice d'un emploi et destinées aux parents qui travaillent au moins 19 heures par semaine¹⁷ ; elles compensent 60 % de la différence entre le revenu familial net et un plafond de revenu défini, avec un supplément minimum de 20 EUR par semaine. Le plafond de revenu varie, selon le nombre d'enfants, entre 465 et 905 EUR ; le supplément de revenu familial cible donc les personnes qui perçoivent de bas salaires. Le taux d'adoption de ce dispositif est estimé à seulement 30-40 %, mais ces prestations pourraient jouer un rôle bien plus important pour rendre le travail financièrement intéressant et augmenter le revenu des familles : des estimations ont révélé qu'une adoption généralisée de ce supplément engendrerait une réduction de 3 points de pourcentage de l'indicateur clé mesurant le risque de pauvreté (Callan *et al.*, 2006).

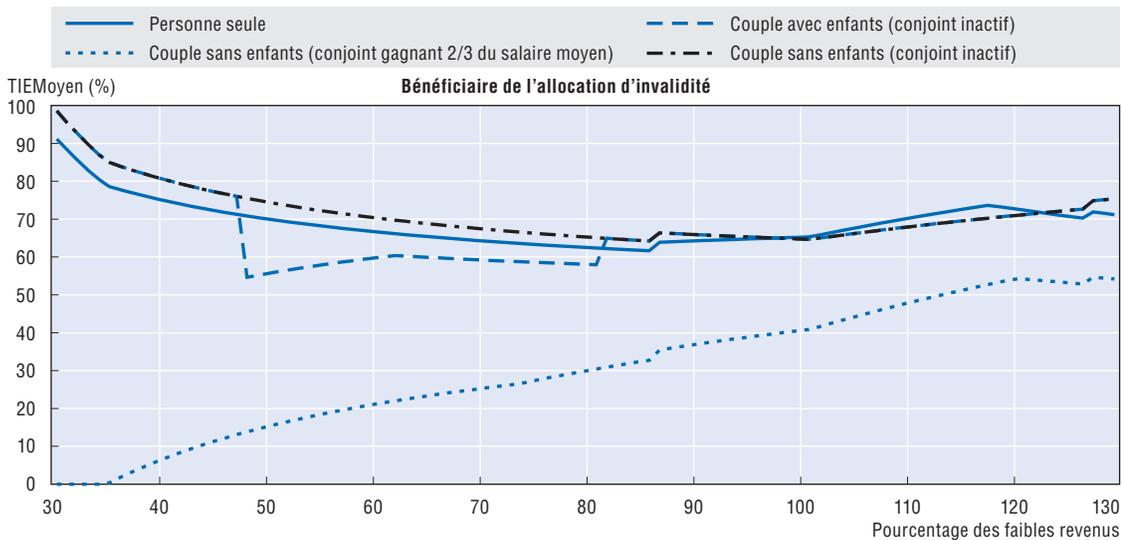
Ainsi, en cas de reprise d'un travail à mi-temps à un bas niveau de salaire, le taux d'imposition effectif moyen des bénéficiaires de l'allocation d'invalidité dont le ménage compte un conjoint inactif et deux enfants chute de 20 points, passant de 75 à 55 % environ (graphique 5.3). Le taux d'imposition effectif moyen demeure à un niveau moins élevé pour les couples ne comptant qu'un seul apporteur de revenu jusqu'au retrait du supplément de revenu familial, à partir de quatre jours de travail par semaine environ. Il est à noter que le taux d'imposition effectif moyen des bénéficiaires de l'allocation d'invalidité dont le ménage compte des enfants et un conjoint actif (à deux tiers du salaire moyen dans ce cas) est également très bas et, en fait, inférieur à 40 % jusqu'à un travail à temps plein. L'explication n'est pas liée au supplément de revenu familial, mais au fait que l'allocation d'invalidité initiale est bien moins importante pour ces familles, car elles ne perçoivent pas le supplément pour le conjoint (inactif) ni l'allocation de logement ; les couples à deux apporteurs de revenu ont ainsi moins à « perdre » à reprendre un travail. Les deux types de familles avec enfants bénéficient de l'abattement sur le revenu associé à l'allocation d'invalidité, mais celui-ci fonctionne en rapport inverse de l'allocation de logement et du supplément pour le conjoint à charge dans le cas d'un couple avec un seul apporteur de revenu. Quoi qu'il en soit, la conception du supplément de revenu familial pourrait servir de modèle à des allocations d'activité afin de renforcer les incitations à exercer une activité pour les personnes seules présentant une incapacité et se situant dans de faibles tranches de revenu, et pas seulement en Irlande.

B. Mobilisation de la capacité de travail résiduelle

Les observations précédentes se rapportent à des personnes bénéficiant de prestations d'invalidité à taux plein qui envisagent de reprendre une activité, pour une durée hebdomadaire variable, correspondant à des niveaux de rémunération compris entre 25 et 125 % du revenu d'activité antérieur. Cela implique qu'en cas de reprise d'un emploi mieux rémunéré, leurs prestations d'invalidité se transformeront en prestations partielles (Finlande, Pays-Bas), seront progressivement supprimées (Danemark) ou seront suspendues (Irlande). On suppose donc que l'augmentation de la capacité de gain d'une personne

Graphique 5.3. Les familles irlandaises à faible revenu avec des enfants à charge sont davantage incitées à exercer une activité

Taux d'imposition effectif moyen pour une personne seule de 40 ans présentant une incapacité, faible revenu d'activité antérieur, 2006^a



a) Le taux d'imposition effectif moyen (TIEMoyen) correspond au pourcentage des revenus d'activité qui est annulé par la fiscalité du fait de l'augmentation des prélèvements fiscaux et de la réduction des prestations en cas de reprise d'activité. Reprise du travail à un niveau se situant entre 30 et 130 % d'un bas salaire, celui-ci étant défini à 60 % du salaire moyen d'un ouvrier. Les estimations se rapportent au cas d'une personne de 40 ans ayant perçu un salaire à taux plein à partir de 18 ans, à un faible niveau de rémunération. Les enfants sont âgés de 4 et 6 ans.

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

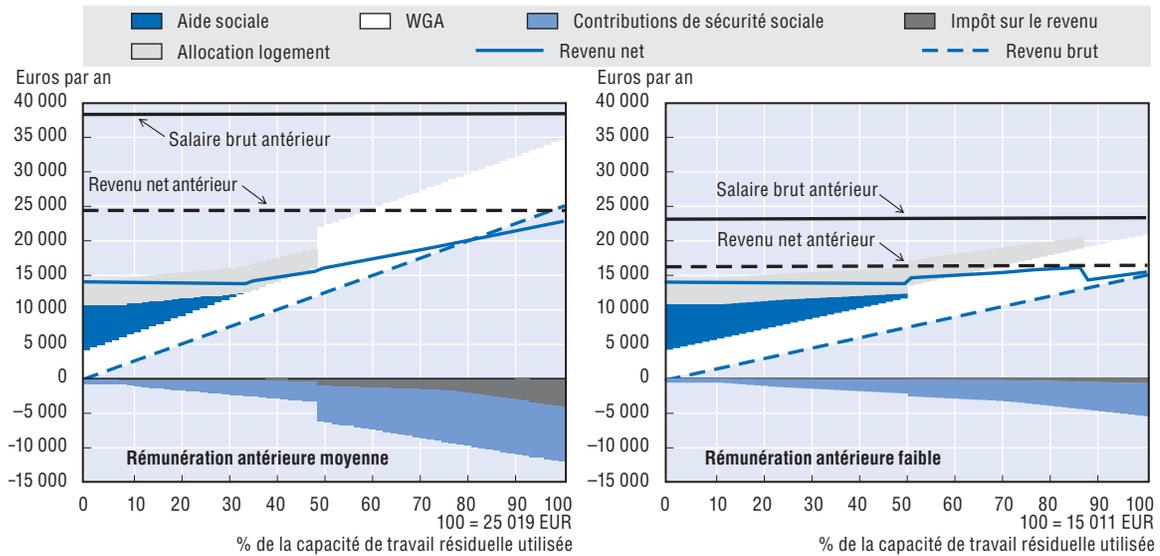
correspond à une diminution de même ordre de son degré d'incapacité. Il convient également de s'intéresser aux bénéficiaires de prestations d'invalidité partielles avec un degré d'incapacité fixe qui envisagent d'utiliser tout ou partie de leur capacité de travail résiduelle.

Cette question est particulièrement pertinente aux Pays-Bas, où un nouveau système de compléments de salaire a été mis en place pour encourager les personnes dont la capacité de gain n'est que partiellement atteinte à reprendre un emploi dans les limites de leur capacité de travail résiduelle. Au terme des prestations WGA initiales¹⁸, ces personnes ont droit soit à des prestations de suivi (d'un montant moindre), soit à un complément de salaire si elles utilisent au moins la moitié de leur capacité de travail résiduelle. Le graphique 5.4 fournit l'exemple d'une personne seule ayant gardé 65 % de sa capacité de travail (nouveau seuil pour entrer dans le régime WGA), avec deux historiques de rémunération différents : revenu d'activité antérieur à l'incapacité moyen ou faible. La capacité de gain résiduelle totale est par conséquent de 25 000 EUR dans le premier cas et de 15 000 EUR dans le second. L'axe horizontal indique le pourcentage de capacité utilisée : à partir de 50 % de capacité résiduelle utilisée, la prestation de suivi WGA est remplacée par le complément de salaire WGA, plus généreux. Si la personne utilise plus de 100 % de sa capacité résiduelle, tous les paiements WGA sont suspendus.

Le graphique 5.4 montre que le complément de salaire WGA contribue à rendre le travail financièrement intéressant, encore que le jeu de l'impôt sur le revenu et d'autres prestations atténue considérablement son rôle, en particulier pour les faibles niveaux de rémunération. Dans le cas d'une personne qui percevait auparavant une rémunération moyenne et qui présente une capacité de travail résiduelle de 65 %, l'utilisation d'au moins la moitié de cette

Graphique 5.4. L'incitation à exercer une activité produite par le complément de salaire WGA néerlandais est moins sensible pour les personnes qui percevaient auparavant une faible rémunération

Revenus brut et net d'une personne seule avec une capacité de travail résiduelle de 65 %, par pourcentage de capacité de travail utilisée, Pays-Bas, 2006^a



WGA : dispositif de retour à l'emploi pour les personnes présentant une incapacité partielle (Pays-Bas).

a) Par faible rémunération ou niveau de salaire bas, on entend un salaire égal à 60 % du salaire moyen.

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

dernière peut générer un taux de remplacement net compris entre 65 et 90 % (utilisation de la totalité de la capacité résiduelle). En cas d'inactivité ou d'utilisation de moins de la moitié de la capacité résiduelle, le taux de remplacement est quelque peu inférieur, mais pas notablement : de 56 à 60 %. Cette situation est due aux compléments que constituent l'allocation de logement et l'aide sociale pour les plus faibles revenus et aux taux plus importants de l'impôt sur le revenu et des cotisations pour les revenus les plus élevés. Le rôle important joué par l'allocation de logement apparaît clairement dans le cas d'une personne qui percevait auparavant une faible rémunération. Le taux de remplacement n'augmente alors que légèrement (de 85 à 90 % et au-delà) si plus de la moitié de la capacité de travail résiduelle est utilisée, et on observe même une diminution temporaire des niveaux de revenu une fois que l'allocation de logement est suspendue.

Cela dit, la caractéristique importante de cette nouvelle mesure est qu'elle contribue à éviter que les gains supplémentaires n'entraînent qu'une augmentation marginale, voire même aboutissent à une diminution, du revenu net en raison de la perte des prestations d'invalidité, du moins dans le cas d'une rémunération antérieure moyenne. Il faut faire en sorte que l'efficacité des compléments de salaire WGA ne reste pas limitée à la fourchette des revenus moyens et même à la tranche supérieure à la rémunération moyenne, jusqu'au salaire journalier maximum qui est le plafond d'attribution de ce complément (environ 120 % du salaire moyen).

La situation est un peu similaire pour les bénéficiaires finlandais de prestations d'invalidité partielles, bien que les règles qui s'appliquent soient différentes. Le seuil des prestations partielles se situe à 60 % de la capacité de travail résiduelle. La pension nationale et la pension liée aux gains antérieurs se combinent et le montant de la première est

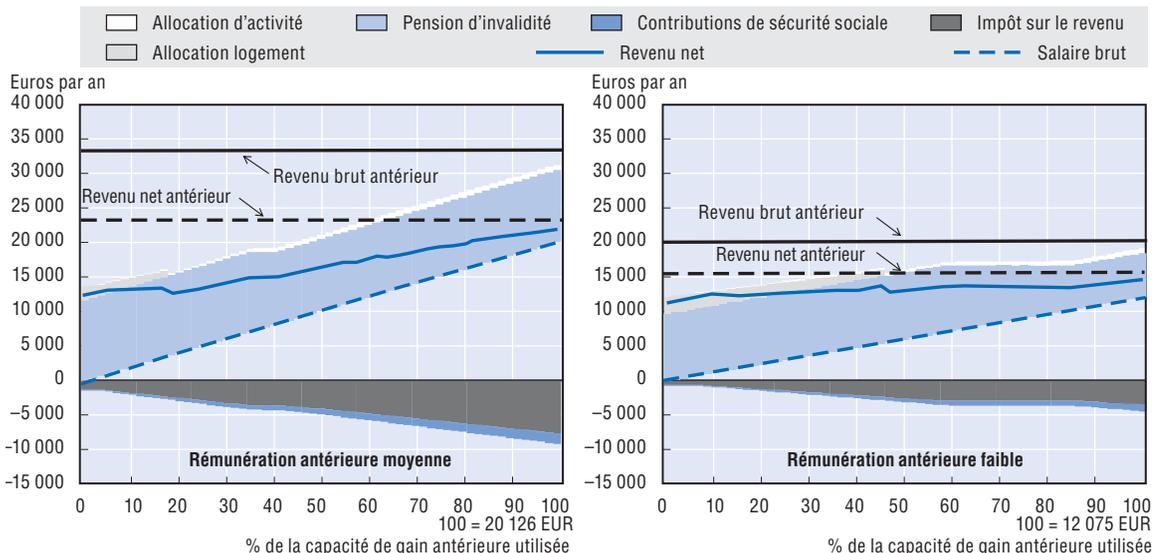
diminué de 50 % de la seconde. En cas de reprise d'un travail, la pension liée aux gains antérieurs est versée indépendamment du nombre d'heures travaillées (jusqu'au niveau de capacité totale). Par ailleurs, la part de la pension nationale évolue en rapport inverse du revenu d'activité, mais avec un abattement annuel de 7 064 EUR sur ce dernier.

Le graphique 5.5 montre que pour un bénéficiaire de prestations d'invalidité partielles qui percevait auparavant une rémunération moyenne, le taux de remplacement net est d'environ 50 %, et de 70 % pour une rémunération antérieure faible. Dans les deux cas, ces taux atteignent 95 % si la capacité de travail résiduelle est totalement utilisée. Là encore, l'allocation de logement joue un rôle important dans la tranche des faibles revenus et entraîne même une légère diminution du revenu net à environ 18 % (rémunération moyenne) et 45 % (faible rémunération) de la capacité de travail résiduelle. Entre 38 et 42 % de la capacité résiduelle (rémunération moyenne) et entre 60 et 88 % (faible rémunération), la fonction de revenu net devient plate (c'est-à-dire que le gain brut supplémentaire n'augmente pas le revenu net), le premier point correspondant à la suppression de l'abattement associé à la pension nationale et le second, à celle de la part de la pension nationale. Il convient de trouver des moyens de récompenser l'effort de travail dans ces tranches en ménageant par exemple un rôle plus important aux allocations d'activité (existantes).

La situation est différente en Irlande, où il n'existe pas de régime d'invalidité partielle. Toutefois, afin de mobiliser la capacité de travail résiduelle, des abattements sur le revenu ont récemment été mis en place pour les bénéficiaires de l'allocation d'invalidité qui reprennent un emploi de réadaptation. Ces personnes bénéficient d'un abattement total sur les premiers 120 EUR de gain par semaine, puis sur 50 % du gain entre 120 EUR et 350 EUR¹⁹.

Graphique 5.5. Abattements sur le revenu élevés dans le régime finlandais de prestations d'invalidité partielles, en particulier pour les personnes qui percevaient auparavant une rémunération moyenne

Revenus brut et net d'une personne seule avec une capacité de travail résiduelle de 60 %, par pourcentage de capacité de travail utilisée, Finlande, 2006^a

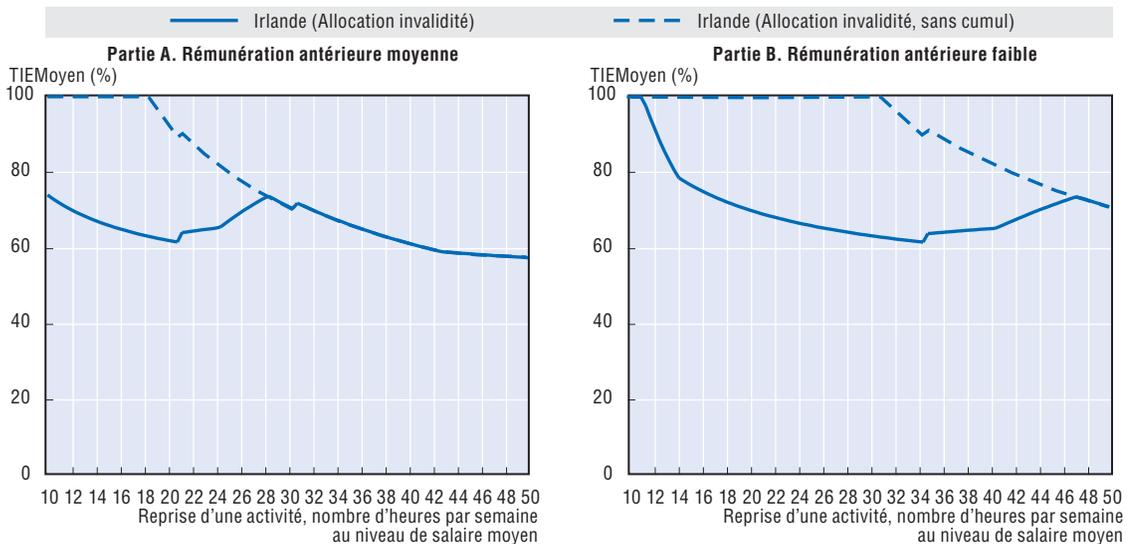


a) Par faible rémunération ou niveau de salaire bas, on entend un salaire égal à 60 % du salaire moyen.

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

Graphique 5.6. L'abattement sur le revenu associé à l'allocation d'invalidité en Irlande peut être très efficace, notamment dans le cas d'une faible rémunération antérieure

Taux d'imposition effectif moyen pour une personne seule de 40 ans bénéficiant de l'allocation d'invalidité, 2005^a



- a) Le taux d'imposition effectif moyen (TIEMoyen) correspond au pourcentage des revenus d'activité qui est annulé par la fiscalité du fait de l'augmentation des prélèvements fiscaux et de la réduction des prestations en cas de reprise d'activité. Reprise d'un emploi à raison de 10 heures et 50 heures de travail par semaine, au niveau de salaire moyen (partie A) ou bas (partie B). La personne est supposée percevoir des prestations d'invalidité après avoir travaillé à temps plein (100 %) au niveau de salaire moyen (partie A) ou bas (partie B). Les données pour l'Irlande (où aucune estimation de salaire moyen n'est disponible) s'appuient sur le salaire moyen d'un ouvrier. Par faible rémunération ou niveau de salaire bas, on entend un salaire égal à 60 % du salaire moyen/salaire moyen d'un ouvrier. Les estimations se rapportent au cas d'une personne de 40 ans ayant touché une rémunération à taux plein à partir de 18 ans.

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

Le graphique 5.6 montre que cet abattement peut être très efficace : le taux d'imposition effectif moyen des personnes qui percevaient une rémunération antérieure moyenne est désormais beaucoup plus faible jusqu'à 28 heures de travail hebdomadaire. Les effets sont même encore plus marqués pour les faibles rémunérations antérieures : sans abattement, le taux d'imposition effectif moyen était de 100 % jusqu'à un travail à mi-temps et au delà, alors qu'il se situe maintenant entre 60 et 80 %. Cela pourrait expliquer le succès relatif de cette mesure : environ 10 % des bénéficiaires de l'allocation d'invalidité ont profité de l'abattement pour emploi de réadaptation en 2007.

C. Impact d'une augmentation de l'effort de travail

Le développement qui précède était centré sur les bénéficiaires de prestations d'invalidité *inactifs* et sur les conséquences d'une reprise d'activité. La question des personnes présentant une incapacité *qui travaillent déjà*, perçoivent éventuellement une prestation d'invalidité (partielle) et envisagent de travailler un plus grand nombre d'heures se pose également, différente mais tout aussi importante. Le tableau 5.4 indique les conséquences financières d'une augmentation du nombre d'heures travaillées pour une personne présentant une incapacité, dans quatre situations : de 0 à 10 heures (activité marginale), de 10 à 20 heures (travail à temps partiel), de 20 à 30 heures (travail à temps partiel lourd) et de 30 à 40 heures (travail à temps plein). Là encore, deux niveaux de rémunération sont analysés : on suppose en effet que la personne travaillait et était rémunérée au niveau de salaire moyen ou bas avant sa

Tableau 5.4. L'augmentation du nombre d'heures travaillées peut pénaliser les travailleurs présentant une incapacité

Taux d'imposition effectif marginal pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité à taux plein ou partiel, en pourcentage des gains, 2006^a

		Augmentation du temps de travail			
		0 >> 10 heures	10 >>> 20 heures	20 >>> 30 heures	30 >>> 40 heures
Danemark (PI)	Rémunération moyenne	56	68	76	75
	Faible rémunération	56	58	68	76
Finlande (PI)	Rémunération moyenne	34	116	<i>120</i>	<i>43</i>
	Faible rémunération	69	111	<i>104</i>	<i>54</i>
Irlande (PI)	Rémunération moyenne	<i>97</i>	<i>-7</i>	<i>27</i>	<i>32</i>
	Faible rémunération	<i>95</i>	<i>-55</i>	<i>100</i>	<i>31</i>
Pays-Bas (WGA)	Rémunération moyenne	74	82	<i>126</i>	<i>46</i>
	Faible rémunération	73	118	<i>87</i>	<i>86</i>

PI = pension d'invalidité ; WGA = prestations d'invalidité initiales.

a) Par rémunération moyenne, on entend le salaire moyen, à l'exception de l'Irlande où l'on utilise le salaire moyen d'un ouvrier. Par faible rémunération ou niveau de salaire bas, on entend un salaire égal à 60 % du salaire moyen/salaire moyen d'un ouvrier. Le taux d'imposition effectif marginal (TIEMarginal) correspond au pourcentage de gains qui est annulé par la fiscalité du fait de l'augmentation des prélèvements fiscaux et de la réduction des prestations, en cas d'augmentation du nombre d'heures travaillées. Le salaire horaire considéré est soit le salaire moyen (première ligne), soit le niveau national de faible rémunération (deuxième ligne). L'intéressé est supposé percevoir des prestations d'invalidité à taux plein ou partiel, à supposer que ce type de prestation existe. Irlande : on suppose que les bénéficiaires de la pension d'invalidité ont droit à l'allocation de retour au travail (1^{re} année). Les estimations concernent une personne seule de 40 ans ayant travaillé pendant 22 ans au niveau de salaire moyen ou bas. Les chiffres en italique indiquent les situations où il n'est plus accordé de prestations d'invalidité.

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

perte de capacité, que le niveau de salaire horaire de son nouvel emploi est identique à celui de l'ancien et qu'elle perçoit, si elle y a droit, une prestation d'invalidité partielle.

En premier lieu, on observe plusieurs « paliers » où travailler plus n'apporte quasi aucun avantage financier, c'est-à-dire où le taux d'imposition effectif marginal est proche de 100 % ou même supérieur. Dans ce cas, les personnes sont encouragées à continuer de percevoir les mêmes prestations, quand bien même elles souhaiteraient être plus actives, leur état de santé s'étant amélioré, par exemple. Ces paliers apparaissent souvent lorsqu'il y a suspension de la prestation d'invalidité – compte tenu par ailleurs de la réduction d'autres prestations et de l'impact de la fiscalité. Seul le Danemark ne présente pas de « paliers » de cette nature et conserve un taux d'imposition effectif marginal compris entre 56 et 76 %, en raison du versement de prestations d'invalidité (dégressives) à tous les niveaux de gain.

En deuxième lieu, augmenter le nombre d'heures travaillées ne semble généralement pas plus intéressant – au sens où la part de revenu supplémentaire amputée par la fiscalité diminuerait – pour un bas salaire que pour un salaire moyen. Les personnes qui perçoivent une faible rémunération doivent même faire face à un taux d'imposition effectif marginal bien plus important, surtout si l'augmentation de la durée de travail entraîne la perte d'autres prestations sociales, telles que l'allocation de logement. C'est le cas en Irlande par exemple, lors du passage d'un temps partiel à un temps partiel lourd, et aux Pays-Bas, en cas de transition d'une activité marginale à une activité à temps partiel et, pour les rémunérations moyennes, d'un temps partiel à un temps partiel lourd.

En troisième lieu, en Finlande et, dans une moindre mesure, au Danemark et aux Pays-Bas, la reprise d'une petite activité implique un taux d'imposition effectif marginal comparativement plus faible qu'une augmentation du nombre d'heures travaillées ; par

conséquent, il semble que le risque soit davantage celui d'une trappe à bas salaires (pauvreté) que celui d'une trappe à inactivité. On observe cependant le contraire en Irlande. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'indemnités de maladie n'ont pas intérêt à prendre un travail d'un ou deux jours par semaine, puisque cela entraîne la suspension de leurs prestations d'invalidité alors que l'allocation de retour au travail n'est pas encore applicable à ce niveau de revenu. Par ailleurs, si la personne est inactive, son revenu net est considérablement complété par l'allocation de logement (dans une proportion d'environ un tiers). Toutefois, pour la reprise d'un mi-temps exactement, le taux d'imposition effectif marginal devient légèrement négatif pour une rémunération moyenne et sensiblement négatif pour une faible rémunération, ce qui constitue une forte incitation à reprendre le travail à ce niveau. Cet effet s'atténue au fil des années, à mesure que l'allocation de retour au travail diminue progressivement ou est supprimée : le taux d'imposition effectif marginal pour une faible rémunération est légèrement négatif après deux ans, atteint quelque 45 % après trois ans et approche les 100 % lorsque la personne n'a plus droit à cette allocation d'activité.

5.3. Conclusion

La fiscalité et les prestations déterminent le caractère plus ou moins adéquat des transferts publics nets au profit des personnes présentant une incapacité, mais aussi l'avantage financier dont profitent les bénéficiaires qui prennent un emploi, en particulier ceux qui ont une capacité de travail partielle. Si l'on considère les régimes de prestations d'invalidité à taux plein, on observe que le taux de remplacement net est plus faible en Irlande que dans les trois autres pays : quelque 55 % en Irlande pour une personne seule auparavant rémunérée au niveau du salaire moyen, pour environ 70 % au Danemark, en Finlande et aux Pays-Bas.

L'Irlande présente le système de prestations liées à l'invalidité le plus fractionné. Quoi qu'il en soit, en termes de résultats, le taux de remplacement net est identique pour les indemnités de maladie, la pension d'invalidité et l'allocation d'invalidité à tous les niveaux de revenu et pour tous les types de ménages, en dépit des différences de taux de prestations et de fiscalité. Cela semble indiquer qu'il devrait être possible d'unifier certaines de ces prestations.

À court terme, c'est-à-dire au moment où une personne quitte le marché du travail, les prestations d'invalidité standard semblent plus « intéressantes » que les allocations de chômage uniquement en Finlande (sauf pour les plus faibles revenus). Dans les autres pays, elles assurent un taux de remplacement net légèrement inférieur à celui des allocations de chômage. Cependant, on peut penser que les prestations d'invalidité constituent une source de revenu de remplacement beaucoup plus « pérenne » que les allocations de chômage.

La décision de prendre un emploi rémunéré peut être coûteuse pour une personne présentant une incapacité (on parle de « trappe à inactivité »), comme peut l'être la décision d'accroître le nombre d'heures travaillées ou le niveau de gain (« trappe à bas salaires »). Le niveau d'imposition effective moyenne est en effet élevé dans les quatre pays et peut atteindre 70 à 90 % pour les rémunérations moyennes et faibles confondues. Au Danemark, le taux d'imposition effectif moyen est quelque peu inférieur, surtout pour les bas salaires, et plus constant à tous les niveaux de rémunération, mais il reste supérieur à 50 %. Les seuls bénéficiaires de prestations d'invalidité en mesure de conserver plus de la

moitié de leurs gains bruts supplémentaires sont les allocataires finlandais qui prennent un emploi d'une durée hebdomadaire inférieure à deux jours et les irlandais qui acceptent un travail d'au moins 20 heures.

Des allocations d'activité existent en Finlande et en Irlande, mais elles sont bien plus importantes dans ce dernier pays. Il semble néanmoins y avoir un problème d'adoption, peut-être lié à la nature temporaire de l'allocation de retour au travail en Irlande. Un autre type de prestations subordonnées à l'emploi et destinées aux familles avec des enfants, le supplément de revenu familial, présente également un potentiel considérable.

Les abattements sur le revenu constituent un autre moyen de renforcer les incitations à exercer une activité, surtout auprès des personnes présentant une capacité de travail partielle. Le nouveau complément de salaire destiné à ces personnes aux Pays-Bas semble être un outil efficace, mais uniquement dans le cas d'une rémunération antérieure moyenne. En Finlande, les abattements sur le revenu garantissent une augmentation considérable du taux de remplacement net si les personnes utilisent leur pleine capacité de travail résiduelle, mais deviennent moins intéressants pour une durée de travail inférieure. En Irlande, un abattement de revenu récemment mis en place pour les bénéficiaires de l'allocation d'invalidité abaisse le taux d'imposition effectif, surtout pour les bas salaires.

Notes

1. Des données de tendance sont disponibles en Finlande uniquement pour la définition plus restrictive de statut d'invalidité « administratif », c'est-à-dire pour les personnes qui ont droit à des exonérations fiscales en raison d'un degré d'incapacité situé entre 30 % et 100 %. Ces données indiquent que la part des revenus du travail a augmenté de 4 points de pourcentage au cours des dix dernières années pour les personnes présentant une incapacité et de 6 points pour les personnes valides.
2. Si l'on suppose que la part des revenus du capital est similaire dans les quatre pays, celle des transferts en Finlande serait comparable à la part constatée en Irlande.
3. Cette constatation fait référence à l'impact global de ces prestations dans la population totale d'âge actif en 2000 (Förster et Mira d'Ercole, 2005).
4. En 2006, environ 40 % des bénéficiaires de prestations d'invalidité percevaient les deux types de paiements. Ils étaient plus du double avant 1996, date à laquelle la pension d'invalidité nationale a été entièrement soumise à des conditions de revenu lié aux pensions.
5. Dans l'ensemble de ce rapport, ce système est considéré comme un régime d'assurance maladie pour les deux premières années de prestations, puis comme un autre régime d'invalidité après ce délai.
6. Les prestations WGA initiales fournissent le même taux de remplacement que les prestations d'invalidité à taux plein pour les personnes présentant une incapacité permanente et totale (IVA).
7. La pension nationale joue le même rôle en Finlande. Actuellement, environ 20 % des bénéficiaires du régime d'invalidité finlandais reçoivent uniquement une pension nationale.
8. On ne constate aucune rupture de la sorte dans le cas des couples comptants deux apporteurs de revenu, car ces familles n'ont pas droit aux allocations de logement, quel que soit leur niveau de rémunération.
9. Conformément aux directives d'évaluation associées à la carte médicale, les personnes dont le revenu hebdomadaire provient uniquement des paiements perçus du ministère des Affaires sociales et de la Famille ou du HSE (*Health Service Executive*) ont droit à une carte médicale, même si ces montants dépassent le seuil défini.
10. Cela implique également que les personnes qui reprennent une activité dépassant le seuil minimum défini pour les demandes de prestations d'invalidité (35 % aux Pays-Bas ou 40 % en Finlande, par exemple) sont supposées perdre ces prestations.

11. Un salaire est considéré comme faible s'il ne dépasse pas 60 % du salaire moyen du pays considéré. On s'approche ainsi du niveau de salaire minimum en Irlande et des taux de rémunération minimums sectoriels plus élevés appliqués au Danemark et en Finlande. Le niveau de rémunération minimum est inférieur aux Pays-Bas (environ 40 % du revenu d'activité moyen).
12. Au-delà de ce niveau, on considère que les personnes perçoivent des taux de rémunération supérieurs.
13. Dans le cas d'une personne seule avec un revenu d'activité antérieur moyen, la pension d'invalidité est totalement supprimée dès lors que la rémunération est 1.9 fois supérieure au revenu moyen.
14. Il est à noter que les bénéficiaires de prestations d'invalidité et de prestations d'attente sont soumis à une imposition effective plus faible que les bénéficiaires d'allocations de chômage au Danemark.
15. Le modèle suppose une équivalence entre 40 % des heures d'un temps plein et 40 % du revenu (limite associée aux prestations d'invalidité partielles en Finlande).
16. Les allocations de logement peuvent effectivement avoir une incidence sur l'interprétation des résultats. Le modèle de l'OCDE suppose que la personne a droit à l'allocation de logement et que le loyer s'élève à 20 % du revenu moyen. D'autres calculs ne prenant pas en compte le droit à l'allocation de logement montrent que le taux d'imposition effectif moyen serait légèrement inférieur pour les Pays-Bas (de 2 à 5 points), et bien inférieur, de 10 à 20 points, en Irlande. Par ailleurs, cela n'aurait aucun effet sur les indicateurs pour le Danemark et la Finlande.
17. Les couples mariés ou vivant en union libre peuvent cumuler leurs heures.
18. Leur durée dépend de la durée de cotisation de la personne et varie entre 6 et 60 mois. Dans l'exemple du modèle de l'OCDE, la durée des prestations WGA serait de deux ans.
19. L'abattement s'applique à un emploi de réadaptation uniquement, sur production d'un certificat médical du médecin traitant.

Bibliographie

- Callan T., K. Colman, B. Nolan et J.R. Walsh (2006), « Child Poverty and Child Income Supports : Ireland in a Comparative Perspective », in T. Callan (dir. pub.), *Budget Perspectives 2007*, ESRI, Dublin.
- Förster, M. et M. Mira d'Ercole (2005), « Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s », Document de travail de l'OCDE sur l'emploi, les affaires sociales et les migrations, n° 22, OCDE, Paris.
- OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité : Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – vol. 2 : Australie, Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Prestations et salaires*, OCDE, Paris.

ANNEXE 5.A1

Tableaux complémentaires pour les différents types de ménages

La situation au regard du revenu des personnes occupant ou non un emploi est fortement influencée par le niveau et les dispositions de la fiscalité et des prestations offertes et leurs interactions avec les revenus de l'intéressé et ceux du ménage. L'analyse développée au chapitre 5 repose sur des estimations tirées d'un module spécial du modèle impôts-prestations de l'OCDE (OCDE, 2007b), pour différentes catégories de personnes présentant une incapacité : personnes vivant seules, personnes vivant avec un conjoint inactif et personnes vivant avec un conjoint qui travaille (avec ou sans enfants dans les trois cas).

Le tableau 5.A1.1 présente sous forme récapitulative, pour les quatre pays considérés, les principales caractéristiques des régimes de prestations d'invalidité, leur fiscalité et les règles de cumul des prestations et des revenus d'activité*. Le graphique 5.A1.1 complète les résultats présentés au graphique 5.1 pour les personnes seules en indiquant les taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité, de chômage et d'aide sociale pour deux autres types de ménages, à savoir les ménages composés d'une personne présentant une incapacité et d'un conjoint inactif et ceux composés d'une personne présentant une incapacité et d'un conjoint rémunéré aux deux tiers du salaire moyen, avec deux enfants dans les deux cas.

* Pour une description détaillée des paramètres des régimes d'invalidité de chaque pays utilisés spécifiquement pour construire les modèles, on se reportera à l'adresse : www.oecd.org/els/inegalite.

Tableau 5.A1.1. Principales caractéristiques des régimes d'invalidité et du système d'imposition, au 1^{er} juillet 2006

	DANEMARK	FINLANDE	IRLANDE	PAYS-BAS
<i>Régimes de prestations (pris en compte dans le modèle)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension d'invalidité (<i>Fortidspension</i>). Régime de protection universelle financé par l'impôt dont bénéficient tous les habitants. 2. Allocation d'attente (<i>Ledighedsydelse</i>) : allocation destinée aux personnes qui attendent un emploi flexible. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension légale liée aux gains antérieurs (<i>Työeläke</i>) : financée par des cotisations, couvrant toutes les personnes économiquement actives (salariés, travailleurs indépendants, agriculteurs). 2. Pension nationale (<i>Kansaneläke</i>) : couverture universelle garantissant une pension minimum. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension d'invalidité (IP, Invalidity Pension) : régime d'assurance sociale des salariés financé par des cotisations, avec des prestations à taux forfaitaire. 2. Allocation d'invalidité (DA, Disability Allowance) : régime universel destiné aux personnes présentant un lourd handicap les empêchant d'exercer une activité professionnelle qui, n'était ce handicap, aurait convenu à leur âge, leur expérience et leurs qualifications. 3. Indemnités de maladie (IB, Illness Benefit, auparavant DB, Disability Benefit). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avant 2006 : WAO (<i>Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering</i>) : salariés présentant une incapacité de gain d'au moins 15 %. Depuis 2006 : WIA (<i>Wet Werk en Inkomens naar Arbeidsvermogen</i>) : salariés présentant une incapacité de gain d'au moins 35 % ; deux types de prestations, WGA et IVA. 2. WGA (<i>Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgehandicapten</i>) : personnes présentant une incapacité temporaire ou partielle ; transformation en prestations de suivi après un certain délai (si la personne ne travaille pas un nombre d'heures suffisant) ou en complément de salaire (si la personne travaille suffisamment). 3. IVA (<i>Regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten</i>) : personnes présentant une incapacité permanente et totale (80 %).
<i>Formule des prestations</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension d'invalidité : jusqu'à un certain niveau de revenu, 177 636 DKK (23 823 EUR)/an pour les personnes seules et 150 984 DKK (20 248 EUR) pour les bénéficiaires mariés ou vivant en union libre. 2. Allocation d'attente : entre 91 et 82 % des allocations de chômage les plus élevées, c'est-à-dire entre 3 035 DKK et 2 735 DKK/semaine. Plafond : revenu individuel moyen des 12 derniers mois. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension légale liée aux gains antérieurs : montant de la pension constituée, majoré de l'accumulation de droits sur les annuités projetées jusqu'à l'âge de la retraite (gains minimaux de 13 358.40 EUR pendant les dix années précédant l'incapacité). Taux d'accumulation sur les gains annuels : 1.5 % entre 18 et 52 ans, 1.9 % entre 53 et 62 ans et 4.5 % entre 63 et 68 ans. Taux d'accumulation pour les annuités projetées : 1.5 % jusqu'à 50 ans et 1.3 % entre 50 et 63 ans. Base de calcul : gains des cinq années ayant précédé l'incapacité. Pour les bénéficiaires en activité, le taux d'accumulation est de 1.5 % des gains. Le taux d'accumulation des périodes sans rémunération est de 1.5 %. 2. Pension nationale : montant total compris entre 432.44 EUR et 510.80 EUR, selon la situation de famille et la commune. Pension à taux plein si la personne a résidé en Finlande 80 % de la durée comprise entre l'âge de 16 ans et le début de la pension. Sinon, la pension est ajustée en fonction de la durée de résidence. Diminuée de 50 % du montant de la pension légale liée aux gains antérieurs et d'autres pensions finlandaises et étrangères si le total annuel dépasse 567 EUR. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension d'invalidité : montants forfaitaires en fonction de l'âge. <ul style="list-style-type: none"> • 171.30 EUR par semaine si le bénéficiaire est âgé de moins de 65 ans. • 193.30 EUR par semaine si le bénéficiaire est âgé de 65 à 80 ans. • 203.30 EUR par semaine si le bénéficiaire est âgé de 80 ans ou plus. 2. Allocation d'invalidité : <ul style="list-style-type: none"> • Taux personnel : 165.80 EUR par semaine. 3. Indemnités de maladie : <ul style="list-style-type: none"> • Taux personnel : 165.80 EUR par semaine. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. WAO (avant 2006) : <ul style="list-style-type: none"> • Prestations initiales : indemnités journalières comprises entre 14 % et 70 % du salaire journalier (salaire antérieur à l'incapacité, dans la limite du salaire journalier maximum), selon le niveau d'incapacité. Plafond : 170.33 EUR/jour. • Prestations ultérieures : pour chaque année après l'âge de 15 ans, 2 % de la différence entre le salaire précédent (plafonné à 170.33 EUR/jour) et le salaire minimum sont ajoutés à ce salaire minimum. 2. WGA (depuis 2006) : <ul style="list-style-type: none"> • Prestations initiales : 70 % du salaire journalier (maximum) (salaire antérieur à l'incapacité jusqu'au salaire journalier maximum) si la personne est inactive et 70 % de la différence entre le salaire journalier (maximum) et le revenu d'activité de la personne si elle travaille. • Prestations de suivi WGA : 70 % du salaire minimum légal multiplié par le pourcentage d'incapacité. Si le salaire mensuel est inférieur au salaire minimum légal, le montant des prestations de suivi WGA est de 70 % du salaire journalier, multiplié par le pourcentage d'incapacité. • Complément de salaire : 70 % de la différence entre le salaire journalier (maximum) et la capacité résiduelle évaluée (salaire antérieur à l'incapacité multiplié par le pourcentage d'incapacité). Les prestations WGA liées au salaire ne peuvent pas être inférieures au niveau des prestations de suivi WGA. 3. IVA (depuis 2006) : 70 % du dernier salaire perçu. Plafond : 170.33 EUR/jour.

Tableau 5.A1.1. Principales caractéristiques des régimes d'invalidité et du système d'imposition, au 1^{er} juillet 2006 (suite)

	DANEMARK	FINLANDE	IRLANDE	PAYS-BAS
<i>Minimums/ maximums</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Pension minimum : 1/40^e des montants mentionnés ci-dessus. – Pension maximum : taux plein (40/40) des montants mentionnés ci-dessus. 	Pas de minimum ni de maximum.	Indemnités de maladie : montant minimum de 74.50 EUR par semaine si le gain hebdomadaire est inférieur à 80 EUR.	WIA/WAO : pas de prestations minimums. Maximums : voir ci-dessus.
<i>Compléments spéciaux (couverts)</i>	Aucun complément pour les personnes à charge.	Enfants : pension nationale (<i>Kansaneläke</i>) : complément pour enfants à charge de 18.68 EUR par mois et par enfant âgé de moins de 16 ans.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pension d'invalidité : compléments pour les personnes à charge. Conjoint âgé de moins de 66 ans : 122.20 EUR par semaine. Conjoint âgé de 66 ans et plus : 149.30 EUR par semaine. Pour chaque enfant : 19.30 EUR par semaine. 2. Allocation d'invalidité : augmentation pour un adulte remplissant les conditions : 110.00 EUR ; augmentation pour chaque enfant remplissant les conditions : 16.80 EUR. Si le conjoint ou le(la) concubin(e) du demandeur ne remplit pas les conditions d'admissibilité, les compléments au titre des enfants les remplissant sont généralement versés à la moitié du taux, en fonction de la situation exacte. 3. Indemnités de maladie : augmentation pour un adulte remplissant les conditions : 110.00 EUR ; augmentation pour chaque enfant remplissant les conditions : 16.80 EUR. Une allocation supplémentaire de 7.70 EUR est versée aux bénéficiaires de la pension d'invalidité et de l'allocation d'invalidité qui vivent seuls. 	Aucun complément pour les personnes à charge.
<i>Modulation des prestations</i>	Non	Oui, pour la pension liée aux gains antérieurs. Pension d'invalidité partielle (<i>osatyökyvyttömyyseläke</i>) : 50 % de la pension d'invalidité à taux plein.	Non	Oui

Tableau 5.A1.1. Principales caractéristiques des régimes d'invalidité et du système d'imposition, au 1^{er} juillet 2006 (suite)

	DANEMARK	FINLANDE	IRLANDE	PAYS-BAS
<i>Régimes de prestations (non couverts)</i>	Prestations en espèces destinées à compenser les dépenses supplémentaires entraînées par le handicap (<i>Merudgiftsydelse</i>). Le montant est fixé au cas par cas, en tenant compte des dépenses à anticiper. Minimum de 6 000 DKK (805 EUR) par an.	<ul style="list-style-type: none"> • Allocation de soin pour les bénéficiaires d'une pension (<i>Eläkkeensaajien hoitotuki</i>) : versée pour compenser le coût des soins à domicile ou les autres dépenses spéciales engendrées par une maladie ou un accident. • Allocation de logement pour les bénéficiaires d'une pension (<i>Eläkkeensaajien asumistuki</i>). • Allocation d'incapacité (<i>Vammaistuki</i>) pour les non-bénéficiaires d'une pension : allocation pour les personnes âgées de 16 à 64 ans qui ne perçoivent pas de pension, mais dont la santé est fragilisée suite à une maladie ou un accident ; destinée à compenser les difficultés rencontrées, le coût des services indispensables, etc. • Aide alimentaire de 21 EUR par mois, compensant le coût supplémentaire d'une alimentation sans gluten en cas de maladie cœliaque. • Subventions/prestations de réadaptation en espèces : pension d'invalidité limitée dans le temps (<i>Kuntoutustuki</i>) ou allocation de réadaptation (<i>Kuntoutusraha</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Transports gratuits. Les bénéficiaires peuvent également avoir droit à une allocation de carburant (Fuel Allowance), à une allocation d'électricité (Electricity Allowance), à une redevance TV (T.V. Licence) et à un abonnement téléphonique (Telephone Rental Allowance). • Allocation pour garde d'invalidé (depuis 1990), régime de prestations pour garde d'invalidé (depuis 2 000), pour les personnes s'occupant à plein temps de bénéficiaires de pensions d'invalidité. 	Wajong (<i>Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten</i>), assistance invalidité pour les jeunes handicapés. La base de ces prestations est le salaire brut minimum légal (pour les jeunes) mensuel, sans indemnités de vacances, divisé par 21.
<i>Imposition des prestations</i>	Pensions imposables. Règles d'imposition générales. Pas de dégrèvement spécial pour les pensions.	Pensions imposées comme les autres revenus. Déduction spéciale pour les petites pensions. Si le revenu est constitué uniquement de la pension nationale, aucun impôt sur le revenu n'est exigible. L'allocation d'incapacité et les allocations de soin et de logement pour les bénéficiaires d'une pension ne sont pas imposables. Tranche non imposable pour une pension annuelle : <ul style="list-style-type: none"> • Impôts communaux : 6 950 EUR pour une personne seule ; 5 960 EUR pour une personne mariée. • Impôts nationaux : 1 460 EUR pour toutes les personnes. • Si la pension excède la tranche non imposable complète, celle-ci est réduite de 70 % du montant excédentaire. Aucune déduction n'est accordée si la pension est supérieure à : <ul style="list-style-type: none"> • Impôts communaux : 16 877 EUR pour une personne seule ; 14 473 EUR pour une personne mariée. • La tranche non imposable ne peut pas être supérieure au montant de la pension. • Impôts nationaux : 3 545 EUR 	Pension d'invalidité : pensions (y compris les compléments pour les adultes et enfants à charge) imposables ; pas de dégrèvement spécial pour les pensions. Allocation d'invalidité : non imposable. Indemnités de maladie : imposables après 6 semaines de prestations au cours d'une même année fiscale (compléments pour les adultes à charge inclus, mais compléments pour les enfants à charge exclus).	Pensions imposables. Règles d'imposition générales.

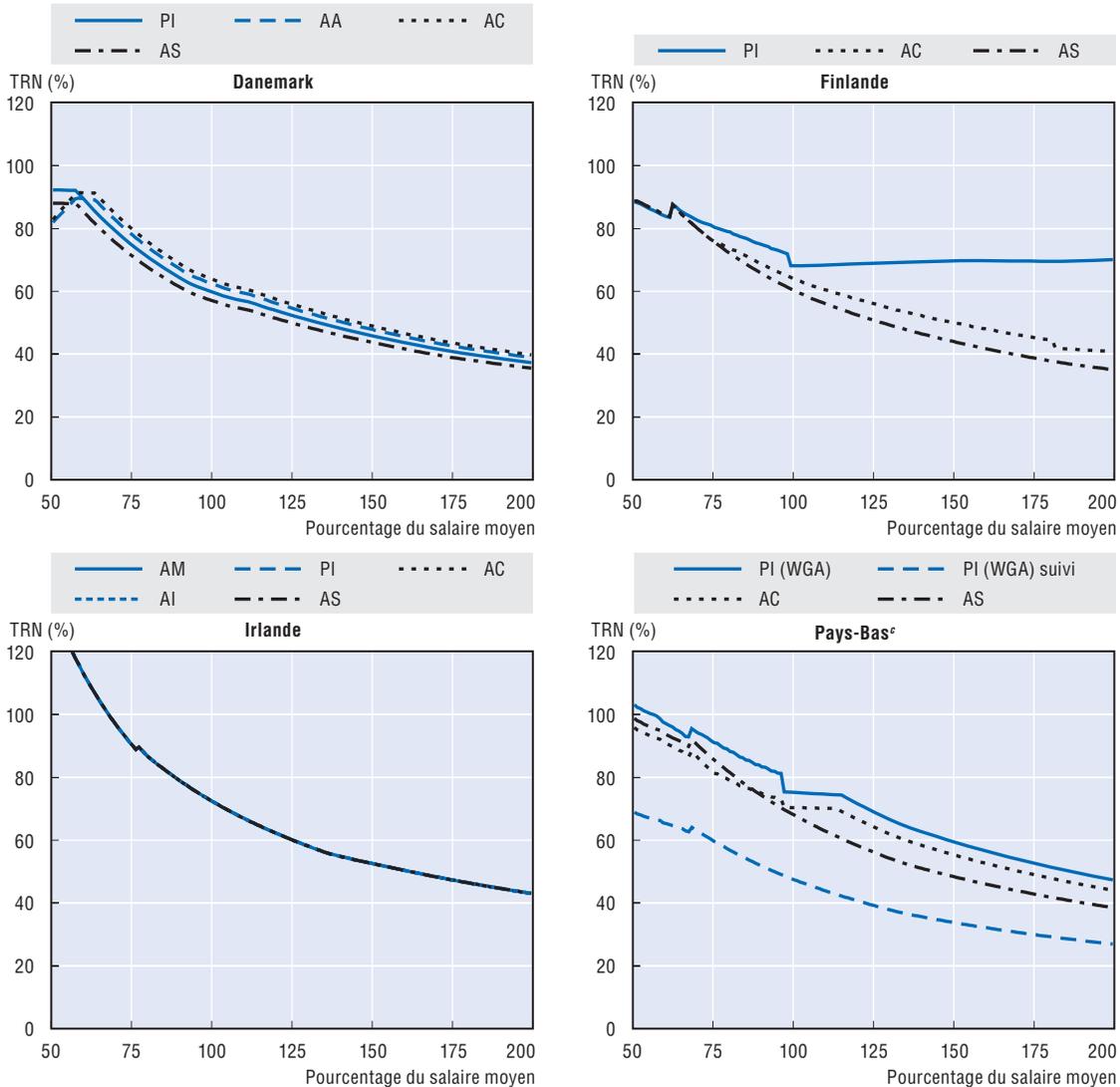
Tableau 5.A1.1. Principales caractéristiques des régimes d'invalidité et du système d'imposition, au 1^{er} juillet 2006 (suite)

	DANEMARK	FINLANDE	IRLANDE	PAYS-BAS
<i>Cotisations de sécurité sociale</i>	Pension d'invalidité : aucune cotisation de sécurité sociale. Allocation d'attente : cotisations au régime de pension complémentaire (ATP).	Prime d'assurance maladie de 1.5 % du revenu imposable pour les bénéficiaires d'une pension. Aucune autre cotisation.	Aucune cotisation de sécurité sociale.	WIA/WAO/Wajong : cotisations d'assurance sociale au titre de la Loi générale sur l'assurance des survivants (ANW), de la Loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ), de la Loi générale sur l'assurance vieillesse (AOW) et de la Loi sur l'assurance soins de santé (ZVW). Les cotisations déduites au titre de la santé doivent être remboursées par l'organisme qui gère le paiement de la pension. En outre, les cotisations au titre de la Loi sur l'assurance chômage (WW) sont déduites des prestations WAO. Une cotisation de montant identique est déduite de la pension Wajong.
<i>Cumul prestations/gains</i>	Cumul possible, mais entraîne une réduction des prestations.	<ul style="list-style-type: none"> • Pension nationale (<i>Kansaneläke</i>) : pension retirée si l'activité reprise est similaire à l'activité antérieure. La pension peut être suspendue pendant une durée de 6 à 24 mois si le bénéficiaire trouve un emploi. • Pension légale liée aux gains antérieurs (<i>Työeläke</i>) : dans des limites définies, le bénéficiaire est autorisé à exercer une activité tout en continuant à percevoir la pension. Dans le cas d'une pension d'invalidité à taux plein, si les gains sont compris entre 40 et 60 % de la rémunération ouvrant droit à pension, la pension se transforme en pension d'invalidité à taux partiel. Si le gain dépasse 60 % de la rémunération ouvrant droit à pension, la pension est retirée. 	Pension d'invalidité : cumul impossible avec un revenu d'activité. L'incapacité doit être permanente et totale. Allocation d'invalidité : abattement de 120 EUR sur le revenu hebdomadaire. Abattement supplémentaire de 50 % du gain entre 120 EUR et 350 EUR.	Si le bénéficiaire trouve un emploi adapté, la catégorie d'invalidité dans laquelle il a été placé peut changer, selon le revenu tiré de l'activité. Cela signifie que le taux des prestations peut être révisé.
<i>Crédits d'impôts</i>	Pas de dégrèvement spécial pour les pensions.		Pas de dégrèvement spécial pour les pensions.	Avantages fiscaux afin de fournir un supplément de revenu ou d'alléger la charge des soins de santé (coûts spéciaux des soins non assurés, comme les soins dentaires, coûts des prestations d'assurance, d'alimentation, de transport, d'équipement, etc.). Déductions fiscales pour les personnes faisant face à des frais trop importants en matière de soins de santé. Déduction fiscale spéciale pour les personnes bénéficiant des prestations Wajong.
<i>Combinaison avec d'autres prestations</i>	Cumul impossible avec des prestations destinées à couvrir les mêmes frais d'entretien.	Une seule pension du régime de pension nationale peut être perçue. Si elle est combinée à une pension légale liée aux gains antérieurs ou à une pension pour un accident du travail ou une maladie professionnelle, la pension nationale est réduite. La pension légale liée aux gains antérieurs est considérée comme annexe aux prestations de l'assurance accidents du travail et seule la part de la pension liée aux gains antérieurs excédant l'indemnisation par cette assurance est versée. Le même principe s'applique aux indemnités dans le cadre de l'assurance de responsabilité civile automobile. La pension d'invalidité (<i>Työkyvyttömyyseläke</i>) n'est généralement accordée qu'au terme de la durée maximale de versement des indemnités de maladie. Cela ne s'applique pas aux préretraites individuelles.	La pension d'invalidité ne peut pas être cumulée avec une autre pension régie par les lois sur la protection sociale, sauf avec les prestations d'invalidité pour accident du travail. L'allocation d'invalidité ne peut pas être cumulée avec une autre pension régie par les lois sur la protection sociale, sauf avec les prestations d'invalidité pour accident du travail. Les bénéficiaires de l'allocation de parent isolé peuvent cumuler ces prestations avec la moitié du taux personnel d'indemnités de maladie. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, d'une allocation d'invalidité et d'indemnités de maladie peuvent demander l'allocation de retour au travail et l'allocation de reprise des études.	Si les prestations d'invalidité complétées d'éventuelles indemnités de chômage sont inférieures au minimum social, un complément peut être demandé dans le cadre de la Loi sur les compléments sociaux (<i>Toeslagenwet</i>) (soumis à conditions de ressources).

Source : OCDE (2007b), MISSOC et informations fournies par les autorités nationales.

Graphique 5.A1.1. Taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité, les allocations de chômage et l'aide sociale, couples, 2006^{a, b}

Couple sans enfants (conjoint inactif)



a) Taux de remplacement net (TRN) : rapport du revenu net d'un ménage après arrêt de l'activité et accès à des prestations d'invalidité, de chômage ou d'aide sociale, sur le revenu net d'un ménage percevant entre 50 % et 200 % de la rémunération moyenne. Les estimations se rapportent au cas d'une personne de 40 ans ayant travaillé pendant 22 ans au niveau de salaire moyen. Le pourcentage de la rémunération moyenne porte sur le revenu d'activité que percevait le premier apporteur de revenu avant d'être en invalidité.

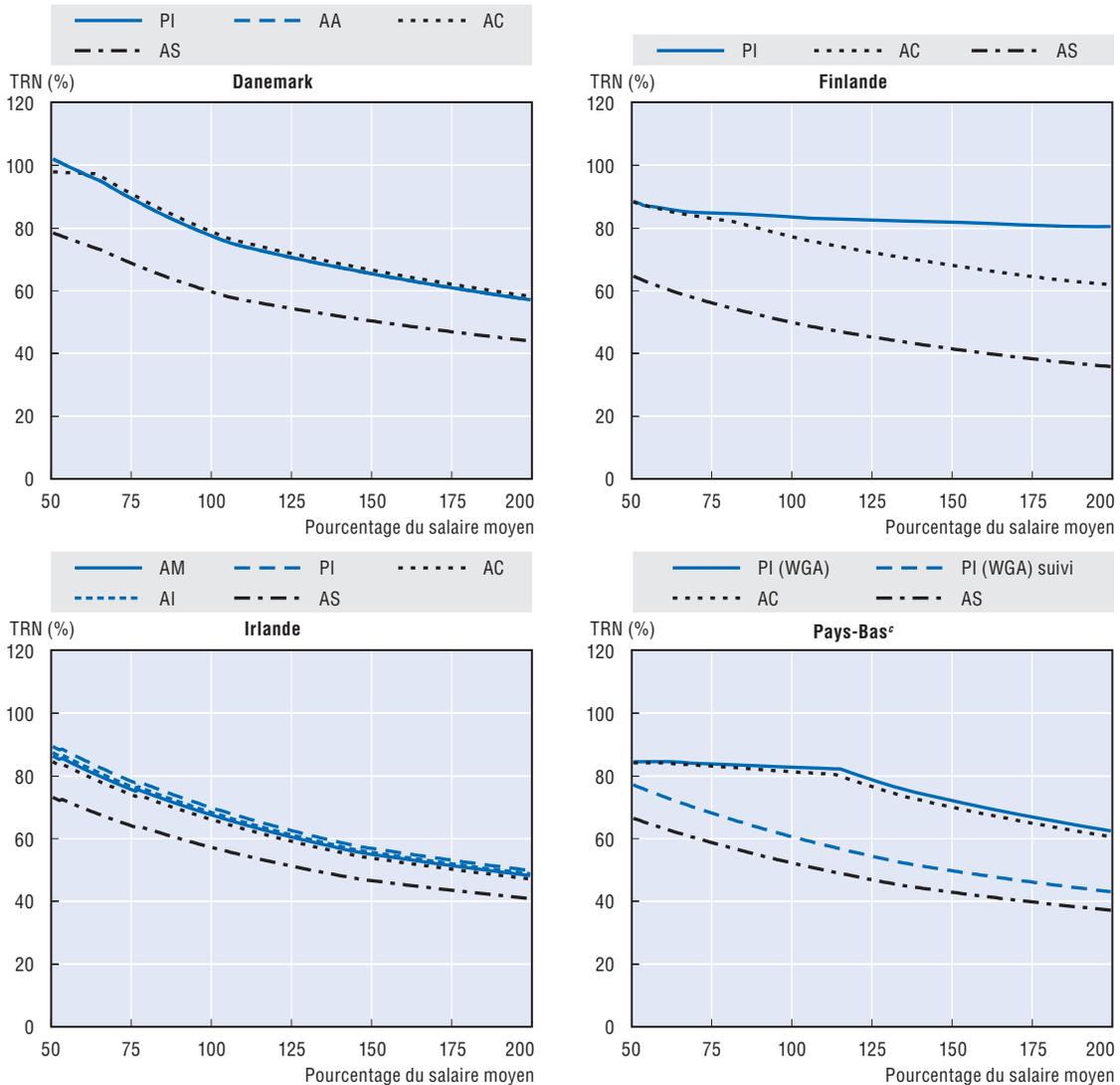
b) AA = allocations d'attente ; AC = allocations chômage ; AI = allocation d'invalidité ; AS = aide sociale ; IM = indemnités de maladie ; PI = pension d'invalidité ; WGA = prestations d'invalidité initiales aux Pays-Bas ; WGA suivi = prestations d'invalidité ultérieures aux Pays-Bas.

c) WGA : on suppose que la personne présente une incapacité de travail de 79 % et qu'elle ne perçoit pas de prestations d'aide sociale complémentaires.

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

Graphique 5.A1.1. Taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité, les allocations de chômage et l'aide sociale, couples, 2006^{a, b} (suite)

Couple avec deux enfants (conjoint travaillant à 2/3 du revenu moyen)



a) Taux de remplacement net (TRN) : rapport du revenu net d'un ménage après arrêt de l'activité et accès à des prestations d'invalidité, de chômage ou d'aide sociale, sur le revenu net d'un ménage percevant entre 50 % et 200 % de la rémunération moyenne. Les estimations se rapportent au cas d'une personne de 40 ans ayant travaillé pendant 22 ans au niveau de salaire moyen. Le pourcentage de la rémunération moyenne porte sur le revenu d'activité que percevait le premier apporteur de revenu avant d'être en invalidité.

b) AA = allocations d'attente ; AC = allocations chômage ; AI = allocation d'invalidité ; AS = aide sociale ; IM = indemnités de maladie ; PI = pension d'invalidité ; WGA = prestations d'invalidité initiales aux Pays-Bas ; WGA suivi = prestations d'invalidité ultérieures aux Pays-Bas.

c) WGA : on suppose que la personne présente une incapacité de travail de 79 % et qu'elle ne perçoit pas de prestations d'aide sociale complémentaires.

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

Chapitre 6

Incitations, coopération et gouvernance institutionnelles

L'échec des politiques est dû en partie à la complexité des structures institutionnelles, au manque de coopération entre les parties prenantes, mais aussi aux lacunes de la gouvernance des organismes publics et à l'insuffisance des incitations financières qui leur sont destinées. À cet égard, la Finlande et l'Irlande doivent faire face à des défis particuliers. Depuis quelque temps, la Finlande s'emploie à renforcer cette coopération ; elle a également défini des objectifs institutionnels et pris des mesures de gestion de la performance à l'intention du service public de l'emploi, deux aspects qui n'ont encore fait l'objet d'aucune mesure en Irlande.

Le Danemark et les Pays-Bas sont bien plus avancés en termes de changement institutionnel et de renforcement des obligations redditionnelles des organismes publics. Au Danemark, la principale difficulté réside dans l'extrême disparité des résultats régionaux, alors que les Pays-Bas doivent relever des défis nouveaux associés à la privatisation de pans entiers des politiques d'invalidité.

Les incitations institutionnelles jouent un rôle déterminant. L'inadéquation de la gouvernance des services publics ou privés et des institutions d'octroi des prestations, le manque de cohérence des divers régimes et la coopération limitée entre les différents acteurs peuvent expliquer les mauvais résultats des politiques de la maladie et de l'invalidité. Les institutions locales, en particulier, peuvent ne pas être suffisamment encouragées à s'intéresser aux cas susceptibles de poser problème et préférer leur accorder des prestations. En outre, ces organismes peuvent être fortement incités à rediriger les personnes ayant besoin d'aide vers une autre institution, voire vers un autre niveau de gouvernement, afin de diminuer leurs coûts et le nombre de leurs allocataires. Ce comportement réduit les chances d'intégration du marché du travail et accroît les coûts globaux.

Ce chapitre porte sur la manière dont les quatre pays dirigent leurs institutions chargées des questions d'invalidité et sur la façon dont celles-ci coopèrent et coordonnent leurs interventions. Il expose la situation institutionnelle actuelle avant de décrire les principaux obstacles qui en résultent, notamment en termes d'incitations financières destinées aux différentes parties prenantes. La dernière partie est consacrée aux changements à réaliser et aux transformations en cours. Le chapitre conclut en soulignant l'importance des incitations, de la coopération et de la gouvernance institutionnelles pour un emploi plus efficace et plus efficient de ressources publiques limitées.

6.1. Structures institutionnelles et résultats par région

Cette section décrit les responsabilités associées aux différents échelons de gouvernement, et notamment le rôle joué par les municipalités au Danemark, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas dans la mise en œuvre des politiques de la maladie et de l'invalidité. Nous nous intéresserons en particulier aux variations de résultat selon les régions, et à leur lien probable avec le degré de liberté dont jouissent les autorités régionales et locales.

A. Rôle des municipalités et des collectivités locales

Au Danemark et en Finlande, les municipalités jouent un rôle prépondérant et inhabituel dans l'administration des politiques sociales et des politiques liées au marché du travail. La responsabilité des municipalités va de pair avec les taxes que celles-ci collectent : dans les deux pays, environ 60 % des recettes totales issues de l'impôt sur le revenu des personnes physiques sont collectées aux échelons infranationaux ; si l'on excepte la Suisse et la Suède, ce sont les proportions d'imposition locale les plus élevées de l'ensemble de l'OCDE (OCDE, 2007b).

Les municipalités danoises administrent la quasi-totalité du système social. Elles gèrent l'ensemble des régimes de prestations, à l'exception des allocations de chômage des travailleurs assurés, qui sont gérées par les institutions du marché du travail. Elles sont ainsi chargées des prestations d'invalidité et de maladie, ce qui comprend le suivi de la

maladie et le versement des aides sociales. Entre également dans leur compétence la politique de l'emploi, qui comprend la réadaptation professionnelle, les emplois protégés et le vaste système de subventions salariales associées aux emplois flexibles. Les décisions d'octroi des prestations d'invalidité sont, par exemple, prises par les municipalités.

Le seul autre acteur d'importance au Danemark est, ou était, le service public de l'emploi (SPE) avec ses structures régionales et locales. Lors de la réforme des municipalités en 2007, toutefois, le rôle du SPE a changé et ses activités ont été étroitement associées à celles des municipalités à travers la création d'agences municipales pour l'emploi dans lesquelles tous les services de l'emploi ont été regroupés, qu'ils s'adressent aux personnes présentant une incapacité ou aux personnes valides. Ces agences n'ont aucune responsabilité en matière de prestations, car cette question relève d'organismes municipaux créés à cet effet (chapitre 2).

En revanche, les municipalités danoises ne gèrent pas le système de soins de santé, administré par les autorités régionales. La réadaptation médicale spécialisée était assurée par les départements, mais cette responsabilité a été confiée aux municipalités lors de la réforme de 2007 (qui a supprimé les départements). Depuis lors, la réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle sont coordonnées plus efficacement.

En Finlande, la situation est très différente. Contrairement au Danemark, le haut niveau de responsabilité sociale et fiscale des municipalités résulte en grande partie de leur prise en charge du système de soins de santé, qui les amène à assumer la totalité de la réadaptation médicale. En dehors de cet aspect, les municipalités finlandaises interviennent peu dans la politique d'invalidité. En collaboration avec l'État et les autorités responsables du marché du travail, elles assument l'administration des paiements destinés aux chômeurs de longue durée et aux personnes dépendant des aides sociales, dont un grand nombre présentent des problèmes de santé ou une incapacité. Ces dernières années, les deux entités (municipalités et SPE) unissent de plus en plus leurs efforts pour aider certains de leurs allocataires au sein des centres cogérés de services pour la main d'œuvre. Selon les critères définis à l'échelon national, les usagers de ces centres doivent être des chômeurs de longue durée sans problème de santé majeur (toxicomanie ou troubles mentaux graves, par exemple), capables de tirer parti d'une approche multiprofessionnelle, et déterminés à trouver un emploi et à travailler. Se pose la question de savoir si ces centres s'adressent aux bonnes personnes et, partant de là, travaillent à mettre fin au transfert des dossiers d'une institution à l'autre (chapitre 2).

Les principaux acteurs des politiques relatives à la maladie et à l'invalidité en Finlande sont l'Institut d'assurances sociales (KELA) et les différents organismes agréés d'assurance pension du secteur privé. Ces derniers (caisses de retraite, assureurs privés, fondations) peuvent opérer aux échelons sectoriel, régional ou national. Selon des modalités différentes, l'Institut KELA et les organismes d'assurance pension partagent la prise en charge du paiement des prestations et de la réadaptation professionnelle. S'agissant de réadaptation, le KELA s'adresse aux personnes en longue maladie, aux jeunes présentant une incapacité qui entrent dans la vie active et, de façon générale, à tous ceux dont la durée de cotisation est insuffisante, tandis que les organismes d'assurance pension s'occupent des personnes ayant travaillé suffisamment longtemps. Pour ce qui est des prestations, le KELA verse une pension nationale sous conditions de ressources et les organismes d'assurance pension une allocation liée aux gains antérieurs. Les indemnités de maladie sont gérées par le KELA, qui rembourse également les caisses maladie des employés. Les

demandes de prestations d'invalidité sont examinées par l'administration centrale du KELA et, en parallèle, par l'organisme d'assurance pension concerné.

Aux Pays-Bas, la politique relative à la maladie et à l'invalidité est davantage centralisée et, comme au Danemark, très concentrée. L'organisme national gestionnaire des assurances sociales des salariés (UWV) est non seulement responsable du système d'assurance sociale (exceptions faites des pensions de vieillesse et de réversion), mais aussi de la plupart des services de l'emploi. Ces derniers ont été retirés au SPE il y a quelques années, celui-ci fonctionnant dorénavant comme un guichet d'accueil pour l'UWV et les municipalités. Du fait des attributions de l'UWV, les décisions relatives aux prestations d'invalidité sont prises au niveau national.

Contrairement aux autres pays, l'UWV n'assure lui-même aucun service de l'emploi. Il achète des services sur un marché émergent au moyen d'appels d'offres portant sur des parcours de réinsertion personnalisés ou collectifs. De même, des pans entiers du système d'assurance sociale (régime d'assurance maladie et certaines parties du régime d'invalidité) ont été ou sont sur le point d'être privatisés par transfert de la responsabilité sur les employeurs. Ceux-ci peuvent assumer eux-mêmes les prestations (et les services) ou se réassurer sur un nouveau marché de l'assurance en cours de diversification.

En outre, toujours aux Pays-Bas, le système de soins de santé est largement privatisé avec l'obligation légale pour chaque citoyen de souscrire une assurance afin de couvrir les frais médicaux et les dépenses de santé exceptionnelles. La prise en charge des soins de santé est proposée par une trentaine de compagnies d'assurance (dont certaines opèrent à l'échelon régional). Diverses conditions sont imposées par le législateur à ces assureurs (autorisés à dégager des bénéficiaires) afin de préserver le caractère social du système. Entre autres défis institutionnels à relever en matière de santé, les Pays-Bas doivent distinguer clairement les médecins traitants des médecins de l'assurance sociale (employés par l'UWV), ainsi qu'une troisième catégorie intermédiaire regroupant les médecins de santé professionnelle engagés par les entreprises. Plusieurs initiatives sont en cours dans cette optique, notamment l'élaboration, à l'intention de toutes les catégories de médecins, de protocoles médicaux insistant sur l'importance du travail dans la maladie comme dans le rétablissement.

Les municipalités néerlandaises sont chargées des questions classiques de l'aide sociale (paiement des prestations et réinsertion). Depuis quelques années, les Pays-Bas s'attachent à renforcer les obligations redditionnelles des municipalités et à coordonner leur action avec celle des autorités nationales. Les municipalités sont également responsables du travail protégé, qui est très répandu. De plus, il a récemment été proposé de leur déléguer la responsabilité du régime spécial de prestations d'invalidité destiné aux jeunes présentant une incapacité (programme Wajong), avec l'objectif d'améliorer la réinsertion et d'éviter que les collectivités ne cherchent à transférer une partie de leurs administrés vers ce programme. L'idée a toutefois été abandonnée.

En Irlande, l'action publique est fortement centralisée. Pour l'essentiel, les questions liées à la maladie et à l'invalidité relèvent de trois ministères : le ministère des Affaires sociales et de la Famille (DSFA), qui gère la majeure partie du système de garantie de revenu, mais aussi certains programmes visant à encourager l'acceptation d'un emploi (au moyen d'allocations de retour au travail, par exemple) ; le ministère du Commerce extérieur, des Entreprises et de l'Emploi (DETE), qui est chargé du système de formation et de soutien à l'emploi des personnes valides ou présentant une incapacité, notamment de la réadaptation professionnelle ; et le ministère de la Santé et de l'Enfance (DHC). Ce dernier a perdu

beaucoup de l'influence prépondérante qui était la sienne dans le domaine des prestations et de l'emploi, mais continue de gérer des ateliers protégés et certains types d'allocations. À travers le *Health Service Executive*, le DHC assure également la gestion du système médical, qui comprend la réadaptation médicale, et reste chargé de la formation pour la réinsertion des personnes présentant une incapacité (services ciblés sur le développement des principales capacités fonctionnelles). Les demandes de prestations d'invalidité sont accordées à l'échelon national.

En Irlande, la dimension locale revêt deux aspects. En premier lieu, l'autorité chargée de la formation et de l'emploi (FÁS), qui administre le système de soutien à l'emploi pour le compte du DETE, non seulement gère son propre réseau de bureaux de l'emploi, mais finance aussi un réseau parallèle de services locaux de l'emploi (LES). Ces services, mis en place dans le cadre d'un accord économique et social en 1996, sont plus souples que la FÁS, mieux implantés au niveau local et considérés comme plus faciles d'accès, notamment pour les personnes ayant des problèmes sociaux. Il convient également de noter l'importance du secteur de l'emploi communautaire, financé par la FÁS, qui représentait 3 % de la main-d'œuvre dans les années 90 et reste, malgré les réductions d'effectifs, un important marché du travail secondaire pour les personnes difficiles à placer, parmi lesquelles figurent notamment les personnes présentant une incapacité. Les services locaux de l'emploi et les programmes d'emploi communautaire coûtent chers et ne sont guère efficaces pour affecter ou réaffecter les personnes présentant des problèmes de santé à des postes ordinaires.

En second lieu, l'action publique locale en Irlande doit compter avec le puissant secteur communautaire et associatif, quatrième partenaire social du pays. L'influence de ce secteur se retrouve dans les services spécialisés de l'emploi, qui ont résisté jusqu'ici aux changements. À cet égard, il est surprenant que, dans le contexte de la *National Disability Strategy* (stratégie nationale en matière d'invalidité), aucun plan sectoriel n'ait été exigé de la part du ministère des Affaires communautaires ni élaboré à l'intention de celui-ci.

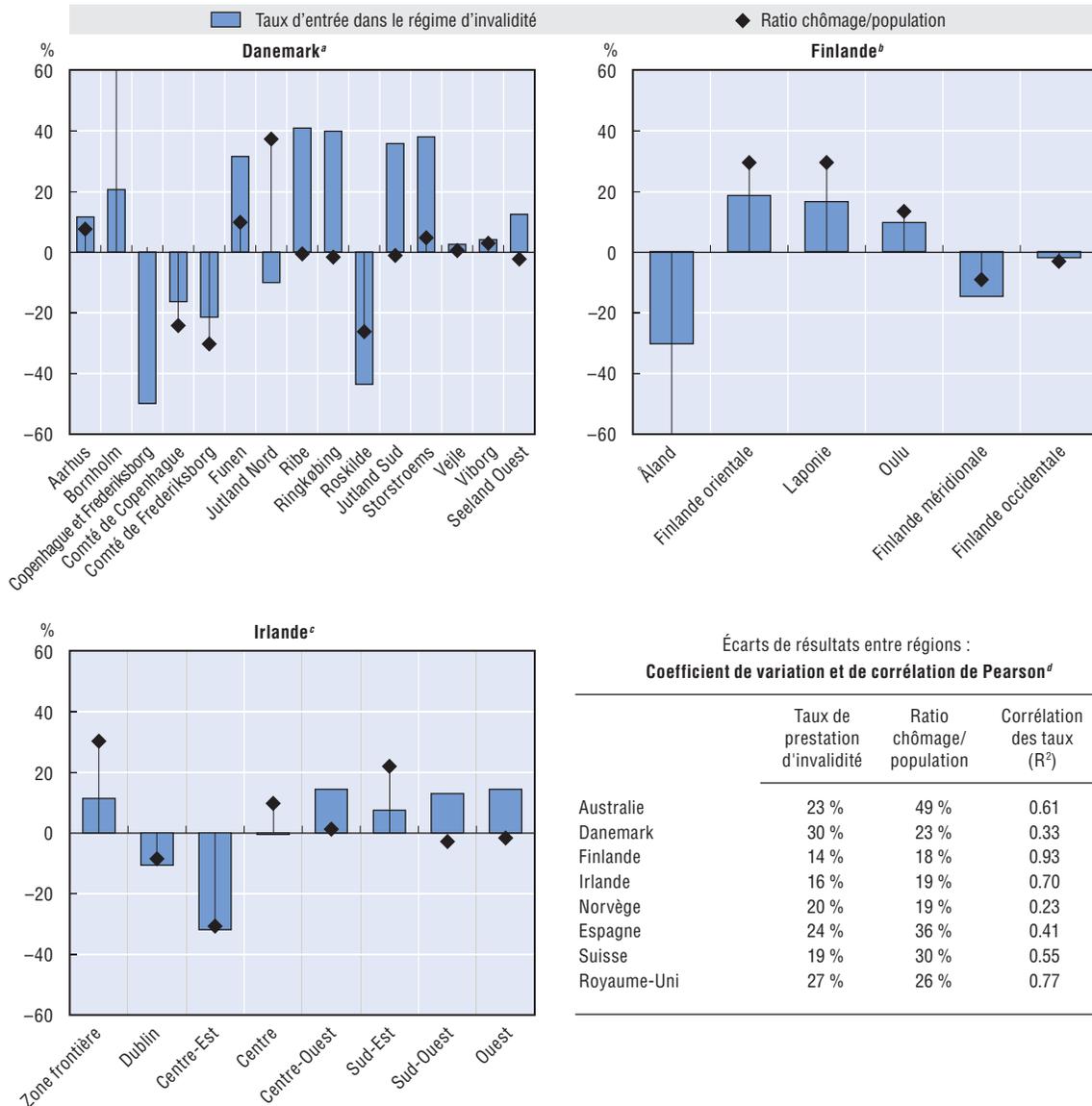
B. Pouvoirs des régions en matière de mise en œuvre des politiques

Les fortes disparités régionales en termes de nombre annuel de nouveaux demandeurs de prestations d'invalidité pourraient s'expliquer en partie par la marge de manœuvre laissée aux collectivités locales. Compte tenu de la différence en nombre et en taille des entités locales (par exemple, certaines municipalités danoises sont si petites que les taux annuels d'entrée dans le régime d'invalidité ne sont pas significatifs) et de la rareté des données, il est difficile d'établir des comparaisons à cet échelon d'un pays à l'autre. En conséquence, la question est analysée à partir d'informations régionales pour le Danemark, la Finlande et l'Irlande (malheureusement, aucune donnée régionale n'est disponible pour les Pays-Bas).

Le tableau du graphique 6.1 permet de constater que les disparités régionales du taux de bénéficiaires des prestations d'invalidité sont bien plus grandes au Danemark, seul pays dans lequel les décisions relatives à ces prestations sont prises à l'échelon municipal, qu'en Finlande et en Irlande. Dans six des quinze régions danoises, le taux d'entrée dans le régime d'invalidité est supérieur ou inférieur de 40 % à la moyenne nationale. Le coefficient de variation s'élève à 30 % au Danemark, contre la moitié seulement en Finlande et en Irlande. Cette valeur est également supérieure à celle des pays précédemment étudiés. En outre, contrairement à tous les autres pays examinés dans le cadre de la présente étude et de la précédente, les différences entre régions sur le taux de bénéficiaires de prestations

Graphique 6.1. Le Danemark enregistre les écarts de résultats d'une région à l'autre les plus marqués

Différences en pourcentage entre les taux régionaux et nationaux dans chaque pays, 2006



- a) Les ratios chômage-population au Danemark se rapportent à 2005.
 b) Pour la Finlande, les données renvoient aux allocations de chômage payées par le KELA. Le calcul du coefficient de variation exclut la petite région d'Åland (région atypique ne représentant que 0.5 % de la population active).
 c) Les données sur l'Irlande se réfèrent au nombre actuel de bénéficiaires de l'allocation d'invalidité. Il n'existe aucune statistique régionale sur le nombre de nouveaux bénéficiaires de cette allocation ni sur le nombre de bénéficiaires actuels ou nouveaux de la pension d'invalidité ou des indemnités de maladie.
 d) Les données relatives à l'Espagne, à l'Irlande, à la Norvège et à la Suisse portent sur le nombre de bénéficiaires actuels des prestations d'invalidité ; pour tous les autres pays, elles correspondent au nombre de nouveaux bénéficiaires de ces prestations.

Source : Conseil national d'appel et Statistics Denmark (Danemark) ; ETK et KELA (Finlande) ; et DSFA (Irlande). Pour les autres pays, OCDE (2006) et OCDE (2007a).

d'invalidité au Danemark sont bien *plus prononcées* que celles observées sur le ratio chômage-population. Il faut espérer que la réforme structurelle des municipalités de 2007 réduira les différences interrégionales par la création d'unités opérationnelles plus grandes (chapitre 2).

L'analyse ci-dessus laisse penser que la prise de décisions locale a un impact réel sur la probabilité d'octroi des prestations, et ce quelles que soient les conditions économiques régionales révélées par les écarts de taux de chômage. Ce constat est encore confirmé par la corrélation entre les taux régionaux de chômage et d'invalidité. En Finlande et en Irlande, l'invalidité et le chômage sont étroitement associés d'un point de vue statistique, avec des coefficients de corrélation de 0.93 et 0.70 respectivement. Cette relation est bien moins nette au Danemark. Ces chiffres pourraient signifier que les collectivités locales accordent des prestations d'invalidité plus fréquemment dans certaines régions, en réduisant ainsi (de façon non intentionnelle) le taux de chômage, ou inversement. Toutefois, ces considérations sont purement spéculatives, car il n'existe aucune recherche sur le lien entre les disparités locales ou régionales au Danemark et les différences de mise en œuvre des politiques.

Les fortes similitudes de variation des taux de chômage et d'invalidité en Irlande et en Finlande corroborent les conclusions de l'étude précédente sur l'Australie, la Suisse et le Royaume-Uni. Cette constatation pourrait également avoir d'autres explications. Elle pourrait être due à des facteurs externes influençant de manière similaire les autorités chargées des prestations d'invalidité et des allocations de chômage ; au fait que le chômage de longue durée a souvent un effet négatif sur la santé (OCDE, 2008) et conduit à des demandes de prestations d'invalidité ; ou tout simplement à des problèmes comparables d'une région à l'autre de cohérence et d'harmonisation de la mise en œuvre des politiques par les responsables de l'octroi de ces aides ; ou bien encore à une combinaison de tous ces éléments.

6.2. Défis institutionnels et financiers

L'insuffisance des incitations offertes aux institutions et aux décideurs publics peut, de la même manière que pour les employés et les employeurs, constituer un obstacle à l'amélioration des résultats des politiques. Cette section porte sur les incitations financières résultant des structures institutionnelles et sur les principaux défis liés au morcellement de certaines parties du système, notamment en Finlande et en Irlande.

A. Mécanismes de financement et de suivi

Les résultats présentés plus haut démontrent l'importance des incitations institutionnelles créées par les mécanismes sous-jacents de financement. Cela fait déjà plus de 15 ans que le Danemark essaie de traiter cette question, et sa détermination s'est encore accrue depuis 1999. Depuis lors en effet, le gouvernement cherche à influencer les collectivités locales par un remboursement différencié des dépenses à leur charge, préférant ainsi les incitations financières aux actions de surveillance. Les taux de remboursement des sommes consacrées aux interventions actives sont supérieurs à ceux du versement passif des prestations. Plus précisément, les dépenses des municipalités liées aux mesures d'accès à l'emploi (réadaptation professionnelle et subventions salariales des emplois flexibles) sont remboursées à hauteur de 65 %, tandis que celles destinées aux prestations d'invalidité le sont à 35 % et que celles associées aux indemnités de longue maladie (arrêt supérieur à un an) ne le sont pas du tout. Les données empiriques semblent indiquer que les municipalités réagissent à ce système, même si cela ne transparaît pas dans les résultats enregistrés. Jusqu'ici toutefois, diverses failles ont compromis la logique du dispositif de remboursement. C'est le cas,

par exemple, du taux de remboursement de 65 % pour les personnes percevant une allocation spéciale dans l'attente d'un emploi flexible.

Le mécanisme danois de financement, qui renferme des possibilités très intéressantes s'il est mis en place avec rigueur, n'a aucun équivalent dans les trois autres pays étudiés, notamment pas en Irlande où l'ensemble du financement est centralisé. Dans ces trois pays, la difficulté est de bien superviser les institutions publiques afin de s'assurer que les ressources sont utilisées avec efficacité et efficience. Cet aspect est particulièrement pertinent pour les budgets de la FÁS. Dans la pratique, celle-ci confie la plupart des services destinés aux personnes présentant une incapacité à des prestataires externes spécialisés, qui reçoivent un financement annuel global stable contre un suivi limité de leur action et de leurs résultats. On dispose également de très peu d'informations sur l'efficience de la double structure de services dans laquelle les bureaux des LES et de la FÁS fonctionnent en parallèle. De même, le programme d'emploi communautaire, de loin le plus vaste des programmes non spécialisés de la FÁS en faveur des personnes présentant une incapacité, se développe à part, en assurant un financement constant de certains services communautaires, sans contrôle des résultats à long terme pour les personnes concernées ni, par conséquent, pour la FÁS et le contribuable.

En Finlande, la situation est là encore différente. Le KELA (dirigé par un organe spécial désigné par le Parlement) et le SPE (géré directement par le ministère de l'Emploi et de l'Économie) sont deux grandes organisations nationales dont le fonctionnement est assuré par des bureaux de district (pour le KELA) et des bureaux locaux (pour le SPE). Les flux de financement sont complexes, une grande partie des fonds provenant directement du gouvernement dans les deux cas. Les ressources du KELA comprennent des cotisations d'employeurs publics et privés, et celles du SPE, des contributions salariales volontaires ainsi que des cotisations patronales et municipales obligatoires. Cette structure de financement exige des mécanismes de suivi et de gouvernance de qualité. Dans le cas du SPE, par exemple, le ministère de l'Emploi et de l'Économie négocie des objectifs annuels, des valeurs régionales cibles et des budgets avec des organes régionaux spéciaux qui, à leur tour, négocient cibles et budgets avec les bureaux locaux du SPE. La rigueur de ce processus est difficile à évaluer.

En Finlande, de surcroît, la nouvelle répartition entre l'État et les municipalités des coûts afférents aux chômeurs de longue durée et aux bénéficiaires de prestations d'aide sociale illimitées dans le temps comportent des avantages et des inconvénients. D'un côté, cela réduit l'intérêt des transferts entre statuts, mais de l'autre, la municipalité est soulagée d'une partie des coûts marginaux. En tant que tel, ce type de partage des charges peut se révéler insuffisant pour pousser les municipalités finlandaises à déployer de réels efforts en direction des personnes dont la situation est plus difficile. C'est l'une des raisons pour lesquelles les Pays-Bas, à travers la réforme de leur système de protection sociale, ont transféré la totalité de ces coûts aux collectivités locales.

La démarche néerlandaise rejoint partiellement celle adoptée au Danemark. Les municipalités doivent à présent gérer un budget à deux niveaux, une part des dépenses étant réservée au versement des prestations et l'autre à des mesures liées à l'emploi. Les sommes non utilisées à ce deuxième niveau doivent être retournées au gouvernement. En conséquence, tout comme au Danemark, les municipalités devraient être incitées à adopter une approche plus active en faveur de leurs administrés.

Cependant, les flux de financement liés à la privatisation des politiques de maladie et d'invalidité revêtent une importance encore plus grande. L'UWV, dont les fonds

proviennent des cotisations patronales et, pour ce qui concerne le programme Wajong, du gouvernement, finance des parcours de réinsertion sur le principe du paiement au résultat (« no cure-less pay »). Avec ce système, seuls les meilleurs prestataires devraient survivre (ce n'était pas le cas dans le premier appel d'offres, ce qui explique apparemment pourquoi de nombreux prestataires peu performants ont réussi à gagner de l'argent tout en obtenant de très mauvais résultats). La faible participation de certains bénéficiaires de l'UWV semble indiquer que ce mécanisme pourrait être amélioré.

Les incitations financières sont tout aussi importantes pour les entreprises et les assureurs privés, les ressources de ces derniers provenant des primes payées par les employeurs et calculées en incluant l'expérience statistique. Il semble que ce système ait contribué aux bons résultats enregistrés ces dernières années qui ont vu l'absence pour maladie atteindre un plus bas historique et les entrées dans le régime d'invalidité diminuer de plus de moitié. Cependant, la dernière réforme en date du régime de prestations entraîne des transformations sur le marché de l'assurance invalidité. De nouveaux produits sont proposés, parmi lesquels le paiement d'un complément destiné aux personnes qui ne peuvent plus bénéficier de prestations d'invalidité. Il est bien trop tôt pour dire si le nouveau système fonctionnera correctement. En particulier, la privatisation partielle du dispositif de prestations risque fort de produire des contre-incitations. Les entreprises et surtout les assureurs privés ont intérêt à voir les personnes passer de l'incapacité temporaire ou partielle à une invalidité totale et permanente, car celle-ci est prise en charge par le système public. La capacité de ce fonctionnement à optimiser les efforts déployés en matière de réintégration reste à démontrer.

B. Morcellement des régimes de prestations et des programmes d'activation

Dans le domaine de la responsabilité et des structures de financement, certains pays doivent également faire face au problème de la complexité et du morcellement des systèmes en place. Ce problème concerne à la fois les régimes de prestations, les systèmes de l'emploi et les dispositifs de réadaptation.

Le régime de prestations le plus morcelé se trouve en Irlande où l'on dénombre huit types différents de prestations liées à la santé, qui peuvent toutes être perçues sur de longues périodes. Les prestations sont classées par catégorie, selon que la personne a ou non une durée de cotisation suffisante, une incapacité de longue durée, un problème de santé d'origine professionnelle, un type spécial de handicap (cécité), ou une combinaison de ces éléments. Le niveau des prestations varie peu d'un dispositif à l'autre, mais les critères d'admissibilité et les procédures d'évaluation diffèrent. En particulier, la capacité de travail résiduelle n'est guère prise en compte dans l'octroi de ces paiements. En outre, il est à noter que chacune de ces prestations est gérée par une unité distincte appartenant à l'un des deux ministères chargés du paiement (DSFA et DHC), unités qui, par exemple, utilisent des systèmes informatiques complètement différents pour suivre les demandes et les versements.

En Finlande, la complexité des prestations aboutit à un double système avec d'un côté des pensions nationales et de l'autre des pensions liées aux gains antérieurs. Les données recueillies de manière empirique montrent que 40 % de l'ensemble des demandeurs ont droit aux deux régimes, 20 % touchent uniquement une pension nationale et 40 % (avec une tendance à la hausse) uniquement une pension associée à leurs gains précédents. L'une des difficultés est que les procédures d'évaluation sont menées en parallèle, bien qu'elles soient similaires, et que les procédures d'appel en cas de refus des prestations sont

également conduites en parallèle, alors qu'elles sont, elles, différentes. Ajoutons à cela qu'il existe une pension partielle liée aux gains antérieurs, mais aucune pension partielle nationale.

La Finlande doit aussi faire face au problème de la désintégration de son système de réadaptation professionnelle, dans lequel interviennent cinq acteurs principaux : les municipalités, chargées des soins de santé (réadaptation professionnelle pendant la période de maladie), les organismes d'assurance responsabilité civile accidents et automobile (pour les accidents du travail et de la circulation), les prestataires de pension agréés (incapacité et durée de cotisation suffisante), l'Institut d'assurances sociales (incapacité et durée de cotisation insuffisante) et le SPE (chômeurs et demandeurs d'emploi présentant une incapacité). Les prestations versées pendant la réadaptation professionnelle et les organisations sollicitées pour assurer les services de réadaptation varient d'un acteur à l'autre.

L'Irlande possède un système de réadaptation professionnelle bien moins développé, mais les services de l'emploi destinés aux personnes présentant une incapacité sont également loin d'être harmonisés. Certains dispositifs sont gérés par le DSFA, d'autres par la FÁS (à travers son service général de l'emploi), sans coordination entre eux. En outre, la FÁS sous-traite la plupart des services destinés aux personnes présentant une incapacité, notamment l'ensemble des services spécialisés, tandis que la formation de réadaptation dépend du DHC et du HSE.

Le problème du morcellement ne se pose pas vraiment dans les deux autres pays, dans lesquels un seul organisme est chargé de la plupart des questions liées aux politiques de la maladie et de l'invalidité. De par leur fonctionnement, les municipalités danoises sont amenées à coordonner prestations versées et services assurés, et elles coopèrent aussi étroitement avec le SPE par le biais de la création d'agences municipales pour l'emploi. De même, depuis la quasi-suppression du SPE, l'institut néerlandais chargé de la gestion des assurances sociales des salariés (UWV) assume la responsabilité des questions liées aux prestations et à la réintégration. La principale différence entre les deux pays est que les municipalités danoises organisent et gèrent elles-mêmes la plupart des dispositifs, tandis qu'aux Pays-Bas l'UWV achète des services sur un marché privé et transfère une grande partie de ses obligations de prestations aux entreprises et aux assureurs privés.

Pour autant, les Pays-Bas pâtissent dans une certaine mesure de l'existence d'un système spécial réservé aux jeunes présentant une incapacité (programme Wajong). Ce système est aujourd'hui administré selon des modalités différentes, car il n'a pas suivi le même parcours de réforme que le régime général d'invalidité. Cette différence de fonctionnement est importante en raison de l'augmentation rapide du nombre de jeunes bénéficiant du programme Wajong. On retrouve une augmentation similaire dans d'autres pays de l'OCDE, en particulier au Danemark, même si, aux Pays-Bas, cette évolution concerne essentiellement les jeunes de 18 à 24 ans qui passent de l'éducation spécialisée à un régime de prestations (chapitre 4).

Le Danemark doit faire face à la mise en place d'une allocation spéciale d'attente (parfois appelée allocation de chômage) dont peuvent bénéficier les personnes qui n'ont pas droit aux prestations d'invalidité et attendent un emploi flexible. Le nombre de bénéficiaires de cette allocation a augmenté rapidement, car l'offre d'emplois flexibles n'a pas réussi à répondre à la croissance de la demande. Plus précisément, les personnes perçoivent l'allocation d'attente pendant des périodes de plus en plus longues, ce qui la transforme de fait en une allocation d'invalidité *de substitution*.

6.3. Amélioration des incitations, de la coopération et de la gouvernance

Pour améliorer les résultats de l'emploi et éviter les renvois de dossiers d'une administration à une autre et d'un dispositif à un autre, il convient d'apporter certaines modifications d'ordre institutionnel. La présente partie expose les actions que le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas pourraient mener ou ont entrepris dans cette optique. Elle s'intéresse aux quatre principaux aspects suivants : la simplification des structures, le développement des incitations destinées aux organismes chargés de l'invalidité, le renforcement de la coopération entre organisations et entre niveaux de gouvernement, et l'amélioration de la surveillance et de la gouvernance des actions prises et des résultats obtenus par les diverses institutions. Le changement institutionnel est probablement l'étape la plus difficile pour un pays, car il nécessite l'abandon de structures et de traditions qui sont le fruit d'une longue histoire ainsi que la modification du comportement des différentes parties prenantes.

A. Rationalisation des systèmes morcelés

La première étape de l'amélioration de la situation institutionnelle consiste à simplifier le système en réduisant le nombre de flux parallèles. Rien ne peut justifier la coexistence de dispositifs dont les objectifs qui, bien que n'étant pas nécessairement identiques, sont pour le moins similaires. Une telle situation prête à confusion pour les personnes concernées et souvent aussi pour les institutions, et peut constituer un obstacle à l'amélioration des résultats.

L'Irlande est un exemple clair de la nécessité de rationaliser les prestations. Conformément à une décision récente du gouvernement, la responsabilité des prestations encore gérées par le DHC (comme l'allocation de subsistance pour maladies infectieuses, l'allocation d'aide aux aveugles et l'allocation de mobilité, mais aussi l'allocation complémentaire de sécurité sociale) doit dans un premier temps être transférée au DSFA le plus rapidement possible. Dans un deuxième temps, il conviendrait de fusionner, ou de supprimer, certains de ces paiements. Ainsi, toutes les prestations d'invalidité sous conditions de ressources pourraient être regroupées dans l'actuelle allocation d'invalidité. De même, les indemnités versées en cas de longue maladie pourraient être fusionnées avec la pension d'invalidité. En effet, les conditions d'attribution sont identiques dans les deux cas, qu'il s'agisse des risques couverts, des critères médicaux, des niveaux d'incapacité de travail pris en compte ou encore de l'étendue du soutien nécessaire (voir le *Rapport du groupe de travail sur l'examen des régimes de maladie et d'invalidité* de 2004). Les indemnités de maladie pourraient ici continuer d'être versées sur une courte période, d'un an au maximum, comme dans d'autres pays de l'OCDE.

Dans la perspective de l'optimisation du système irlandais de prestations, il est tout aussi important de se pencher sur les diverses procédures d'évaluation et les différents critères d'admissibilité mis en œuvre par les trois principales prestations d'invalidité de longue durée. De façon générale, il convient de s'intéresser davantage à la capacité de travail résiduelle lors de la décision de versement d'allocations sur une période prolongée, renforçant par là même les critères médicaux actuels. Pour l'heure, les conditions d'accès aux indemnités de maladie (perçues par un grand nombre d'Irlandais pendant plus de cinq ans) et à l'allocation d'invalidité semblent être bien plus souples que celles habituellement en vigueur dans l'OCDE, ce qui se retrouve dans le très grand nombre de nouveaux bénéficiaires de ces paiements.

En Finlande, les procédures d'évaluation gagneraient également à être rationalisées. Le maintien de deux évaluations parallèles, par l'Institut d'assurances sociales d'un côté et

par les prestataires agréés d'assurance pension de l'autre, n'offre aucun avantage convaincant. Au mieux, les deux procédures aboutissent à la même décision, et c'est d'ailleurs ce qui se produit dans la majorité des cas, d'après les données recueillies de manière empirique, si l'on excepte les cas où le prestataire agréé accorde des prestations partielles, qui n'existent pas dans le régime national. Mais des problèmes plus graves peuvent apparaître en cas de contestation suite au refus d'une demande de prestations, car les procédures d'appel sont complètement différentes. Ce double système n'est pas efficient.

Au regard des problèmes d'organisation de son système de réadaptation professionnelle, la question de l'optimisation semble se poser avec encore plus d'acuité en Finlande. Selon l'autorité responsable, non seulement les services proposés sont différents, mais les critères d'admissibilité et les types de prestations versées le sont également (y compris l'allocation de réadaptation complète ou partielle, les prestations en espèces de réadaptation complète ou partielle, les indemnités journalières ou encore les indemnités de maladie et de chômage). Certains paiements spéciaux de réadaptation équivalent à des prestations classiques d'invalidité avec un supplément de 33 % (dispositif reposant sur les gains antérieurs) ou de 10 % (régime de pension nationale). Une telle complexité ne conduit pas à un système permettant de maintenir ou d'améliorer l'employabilité des travailleurs qui présentent des problèmes de santé.

B. Développement des incitations institutionnelles

La deuxième étape de l'amélioration de la situation institutionnelle consiste à proposer des incitations financières intéressantes à toutes les organisations et autres parties prenantes chargées de l'invalidité. L'octroi d'incitations adéquates à chacun des acteurs pourrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats et devrait contribuer à limiter les renvois de dossiers d'une institution à une autre, même sans efforts supplémentaires en faveur de la coordination.

Le Danemark est allé très loin dans l'emploi d'incitations institutionnelles pour piloter les résultats, même si le processus est plus facile dans un pays où l'action publique est fortement concentrée entre les mains d'une même administration (les municipalités). L'exemple danois illustre également les contraintes politico-économiques : il a fallu attendre près de 15 ans entre la première grande étape en 1992 (qui a ramené les taux de remboursement des prestations d'invalidité à la hauteur de ceux des prestations de réadaptation, mettant fin à une prise en charge plus généreuse de l'action passive) et la réforme de 2006, qui a définitivement fermé toutes les échappatoires utilisées par les municipalités. Ce n'est que depuis cette date qu'il n'est plus possible aux municipalités de faire passer leurs administrés sous un régime passif quasi-permanent, tout en recevant des remboursements relativement élevés de l'État. La dernière option de ce type était le remboursement de 65 % accordé pour toutes les personnes bénéficiant d'une allocation d'attente d'un emploi flexible : aujourd'hui, l'admissibilité à ces emplois doit être justifiée et documentée de manière adéquate, et malgré cela le remboursement par l'État cesse après un an.

Dans l'attente des résultats de cette dernière réforme, toutefois, il devrait être possible, même au Danemark, d'agir sur le comportement des municipalités par le renforcement des incitations. Par exemple, les tables rondes réunissant employeurs, travailleurs sociaux des agences pour l'emploi, médecins et salariés afin de repérer et de traiter les problèmes à un stade précoce se sont révélées assez efficaces, mais sont

rarement mises en place. L'abaissement du remboursement aux municipalités des indemnités de maladie en cas de non-organisation de ces tables rondes pourrait pousser les parties prenantes à se réunir, d'autant plus si des incitations de ce type étaient introduites en direction des employeurs (à travers un cofinancement différencié des indemnités de maladie) et des médecins (au moyen d'une rémunération personnalisée). Il pourrait également être envisagé de diminuer les remboursements accordés aux municipalités ainsi que les subventions destinées aux travailleurs et aux entreprises pour les emplois flexibles attribués en interne (situation la plus répandue aujourd'hui), de façon à stimuler la création d'emplois de ce type pour des travailleurs venant de l'extérieur.

Les Pays-Bas pourraient aussi s'inspirer de l'exemple danois pour aller plus loin. La modification récente de la façon dont les budgets municipaux sont établis constitue une première étape. Pour poursuivre dans cette direction, il serait possible, par exemple, de déplacer progressivement le financement du flux de prestations vers le flux d'emplois. Ce transfert pourrait encourager les municipalités à collaborer avec l'UWV et le CWI dans des bureaux communs (voir plus loin). Néanmoins, cette démarche demanderait également à l'échelon des municipalités une sécurité budgétaire allant au-delà de la promesse actuelle de maintenir les budgets inchangés ou presque jusqu'en 2011/12. Ce renforcement des obligations municipales aurait été particulièrement pertinent en conjonction avec le transfert susmentionné (mais récemment rejeté) du programme Wajong aux collectivités locales.

Par ailleurs, les Pays-Bas devraient chercher à améliorer les incitations financières destinées à l'UWV, afin, par exemple, d'encourager cet organisme à faciliter la mise en place de *centres de détection régionaux* en fournissant les infrastructures nécessaires. Ces centres sont des réseaux régionaux d'employeurs créés pour répondre à l'obligation faite aux entreprises de reclasser un salarié malade dans une autre société quand aucun poste adapté ne peut lui être proposé en interne. Les incitations pourraient également être améliorées afin de renforcer le rôle de quasi-employeur de l'UWV en termes de surveillance et de gestion de la maladie chez les travailleurs qui sont sans emploi ou dont l'entreprise n'est pas soumise à la réglementation sur l'indemnisation des arrêts maladie. Cette population pourrait notamment tirer profit des efforts déployés par l'UWV pour accentuer la coopération entre travailleurs sociaux et employeurs. Cependant, l'UWV devrait aussi s'attacher à collaborer avec les entreprises et les assureurs privés en faveur de toutes les autres catégories de salariés, dans la mesure où la non-réintégration de ceux-ci au cours des deux premières années de maladie peut se révéler particulièrement onéreuse pour cet organisme.

La Finlande et l'Irlande ont moins d'expérience des incitations financières destinées aux institutions, mais ces deux pays auraient également avantage à se pencher sur cette question dans le cadre de la rationalisation de leurs systèmes. En Finlande, l'Institut d'assurances sociales (KELA) assume en grande partie la responsabilité du suivi de la maladie, en particulier dans les cas où les employeurs interviennent peu dans ce domaine. Le rôle du KELA en matière de gestion de la maladie pour les chômeurs et pour les salariés qui ne bénéficient pas de service de santé professionnelle (SSP) choisi par leur employeur est encore plus important. Il convient de mettre en place des incitations qui permettraient de garantir l'établissement précoce d'un plan de réadaptation en faveur de ces personnes. Pour l'heure, le programme expérimental de clinique de santé au travail devrait dégager des pistes prometteuses permettant aux SSP de leur venir en aide (chapitre 4).

De même, l'amélioration des incitations et des principes directeurs est nécessaire pour s'assurer que les centres de services pour la main-d'œuvre (LAFOS) remplissent leur rôle. Dans cette optique, il pourrait être envisagé de cibler les fonds destinés au SPE (et au KELA), tout en élargissant la population susceptible de bénéficier de cette gestion accélérée des dossiers. À l'évidence, cette approche appellera une démarche différente à l'égard des municipalités, qui devraient également tirer parti de l'octroi de ressources supplémentaires aux LAFOS. La situation actuelle, dans laquelle ces centres se résument à un réseau de coopération sans budget propre, fragilise le système.

En Irlande, aujourd'hui, l'une des principales difficultés est le manque de constance et de cohérence des relations avec les personnes concernées, problème aggravé par la multitude des acteurs en présence. Les ressources dont disposent le DSFA devraient être regroupées et ciblées pour accélérer la mise en œuvre du projet baptisé *Social and Economic Programme – people of working age* (programme socio-économique – personnes en âge de travailler) destiné à combler cette lacune. Une telle démarche demande d'investir dans un réseau plus vaste de facilitateurs du DSFA au détriment des structures actuelles en double ou en triple (chargées des diverses prestations gérées en parallèle).

C. Promotion du guichet unique

La troisième étape de l'amélioration de la situation institutionnelle consiste à renforcer la coopération entre organismes et entre niveaux de gouvernement, et surtout à lever les éventuels obstacles institutionnels que peuvent rencontrer les administrés. Le regroupement des services sous la forme d'un guichet unique, par exemple, pourrait diminuer l'intérêt de se renvoyer les dossiers entre administrations.

Les pays étudiés se sont orientés vers la mise en place d'un guichet unique à des degrés divers. Au Danemark, les agences pour l'emploi, créées dans toutes les municipalités, constituent l'unique point d'entrée des services de l'emploi et des services de réadaptation et sont gérées conjointement par le SPE et les municipalités. Néanmoins, la nouvelle répartition des tâches entre ces agences et les différents centres de prestations suppose d'améliorer la coopération autour des services de l'emploi entre le SPE et les municipalités, tout en s'écartant du précédent dispositif municipal de guichet unique. Cette nécessité découle en partie du fait que les institutions du marché du travail ont de tout temps géré le régime d'indemnisation du chômage, et qu'elles continuent de le faire. La coopération transparente entre agences de l'emploi municipales et centres de prestations reste à établir. À terme, il serait utile de regrouper toutes les questions relatives aux prestations.

Les Pays-Bas ont entrepris la fusion du SPE précédent (le CWI depuis 2002) avec l'UWV. Des rapprochements similaires entre le service de l'emploi et l'organisme d'assurance sociale ont eu lieu dernièrement dans plusieurs pays de l'OCDE, comme en Norvège (OCDE, 2006) et au Royaume-Uni (OCDE, 2007a). Dans une certaine mesure, les Pays-Bas sont allés plus loin dans cette direction en élargissant le processus aux municipalités, le CWI jouant le rôle de guichet d'accueil pour l'UWV et les municipalités. Depuis peu, un véritable guichet unique est mis en place avec des services plus complets. Ce regroupement, également appelé « bureaux communs », réunit les trois entités sous un même toit. Pour autant, il reste un long chemin à parcourir, notamment pour inclure les municipalités sur un pied d'égalité. La situation est radicalement différente de celle du Danemark : aux Pays-Bas, l'idée du guichet unique est en première ligne, mais seules six zones pilotes régionales, soit un dixième des 60 bureaux communs, sont parvenues à établir un profil

commun (sans compter que certaines régions ne disposent même pas encore de locaux partagés).

En Finlande, les centres de services pour la main-d'œuvre (LAFOS) offrent un autre exemple intéressant de coopération entre organismes publics. Comme au Danemark, les LAFOS sont gérés conjointement par le SPE et les municipalités, avec l'objectif d'améliorer l'intégration des services de l'emploi et des services d'aide sociale. Cependant, il existe quelques différences entre les deux pays. Premièrement, la mission des LAFOS finlandais se limite à la prise en charge de certaines catégories défavorisées de chômeurs de longue durée, et deuxièmement, le niveau de coopération interne varie considérablement d'un centre à l'autre. En outre, l'Institut d'assurances sociales chargé des questions de prestations, mais aussi de la réadaptation professionnelle, ne participe qu'occasionnellement. En conséquence, les LAFOS ne peuvent être qu'une toute première étape vers le regroupement des services (et des prestations). S'agissant du morcellement du système de réadaptation professionnelle, il serait très important de créer un point d'entrée unique et de désigner une autorité responsable de chaque dossier de bout en bout, de manière à assurer l'efficacité des services. Le strict minimum serait d'établir entre les autorités de réadaptation, prestataires de pensions privés compris, un échange d'information mieux cadré et plus précoce.

En Irlande, il n'existe pour l'heure aucun système de type guichet unique. La FÁS (le SPE irlandais) devrait servir de point d'entrée centralisé pour les personnes qui font face à des problèmes de santé et sont à la recherche de formations et de services de l'emploi. Le fait que les Irlandais puissent accéder au système par diverses voies (la FÁS, le service local de l'emploi, le *Health Service Executive* ou encore un organisme de formation spécialisé) signifie que des parcours de réinsertion très différents peuvent leur être proposés dans des situations similaires. En raison du manque d'harmonisation du système, il n'existe aucune passerelle entre les services spécialisés et les services classiques, pas plus que vers le marché du travail. De la même façon, la FÁS devrait constituer un point d'entrée unique pour les employeurs recherchant des services ou souhaitant embaucher une personne présentant une incapacité. Les projets mentionnés plus haut d'établissement systématique des profils d'allocataires et de gestion des dossiers par le DSFA nécessitent également une FÁS active et moderne, susceptible de coordonner les initiatives en faveur de l'emploi au sein du nouveau système : réception des dossiers transmis par le DSFA, réorientation des personnes vers le service approprié (classique ou spécialisé) et renvoi des dossiers au DSFA si nécessaire.

D. Amélioration de la gouvernance et de la qualité de service

La quatrième étape de l'amélioration de la situation institutionnelle consiste à renforcer la surveillance et la gouvernance des différentes institutions, en termes à la fois de processus et de résultats obtenus. À l'évidence, cette phase serait d'autant plus importante si aucune des trois premières étapes n'était réalisée.

L'Irlande est face à un problème majeur de gouvernance des institutions publiques. La gestion de la performance ne semble pas y être suffisamment développée, notamment au sein du système général des services de l'emploi. Sans objectifs de performance liés aux personnes présentant des problèmes de santé ou une incapacité, il est improbable que la FÁS déploie des efforts suffisants pour permettre à ces personnes d'accéder aux services appropriés. Pour obtenir une supervision et une surveillance de qualité en matière d'invalidité, il est nécessaire que le DETE fixe des objectifs mesurables à la FÁS et que ces

objectifs soient répercutés au sein de l'autorité, de l'entité nationale sur les régions, puis des régions sur les bureaux locaux. Il convient également de se doter d'une gouvernance solide pour s'occuper de la séparation de longue date des prestataires de services spécialisés. Ces prestataires devraient continuer d'offrir leurs services, mais sous la supervision et le contrôle de la FÁS, et non par le biais de fonds annuels non affectés. Ce n'est qu'à cette condition que la qualité des services, des mesures et des prestataires pourra être assurée et améliorée, et qu'il sera possible de faciliter la transition vers les services classiques.

Comme la FÁS en Irlande, le SPE et l'institut KELA finlandais nécessitent une gouvernance et un contrôle de qualité. Dans le cas du SPE, des cibles et des budgets annuels sont déjà négociés, mais sans que l'action soit clairement axée sur les chômeurs présentant un problème de santé ou une incapacité. Là encore, cet aspect serait important dans un contexte d'intégration des services de l'emploi. De surcroît, l'expérience de pays où la gestion du SPE est pareillement décentralisée (la Suisse, par exemple) donne à penser que les indicateurs de performance et la gestion de la performance peuvent jouer un plus grand rôle. Cette gestion n'a d'ailleurs toujours pas été introduite pour le KELA, aussi la Suisse, qui a commencé à la mettre en place pour administrer les organismes cantonaux d'assurance invalidité, pourrait-elle ici aussi servir de point de référence (OCDE, 2006).

Aux Pays-Bas, la plupart des questions de gouvernance se sont transformées en questions de privatisation et d'externalisation. Dans ce pays, l'un des principaux enjeux est d'améliorer la qualité des services privés à but lucratif. Certains pays de l'OCDE ont mis en place pour cela un mécanisme rigoureux d'octroi de licences, tandis que d'autres, notamment l'Australie, s'appuient sur un vaste système de mesure et de certification de la qualité (OCDE, 2007a). On ne trouve ni l'un ni l'autre aux Pays-Bas, où seul un contrôle de crédibilité est réalisé dans le cadre du processus d'appel d'offres, même si nombre de prestataires sont affiliés à une association sectorielle délivrant un label de qualité. Les politiques pourraient appuyer cette recherche de la qualité en étendant aux prestataires privés le principe du paiement au résultat et en surveillant la pertinence des parcours de réinsertion individuels en augmentation rapide (y compris, comme cela est prévu actuellement, en confiant à l'UWV une plus grande responsabilité dans l'orientation de l'élaboration de ces parcours). Ces mesures personnalisées se sont montrées plus efficaces, mais aussi plus coûteuses, et sans que le rapport coût-efficacité en soit toujours amélioré, car, en moyenne, seules les personnes les plus motivées et les plus susceptibles de trouver un emploi choisissent de tels parcours.

La qualité des assurances maladie et invalidité est une autre question importante aux Pays-Bas, où la réglementation, la gouvernance et le suivi sont peu développés dans ce domaine. Le transfert des responsabilités aux entreprises revient plus ou moins à laisser l'employeur rechercher un assureur et, en comparant les différents produits d'assurance, contribuer à améliorer la qualité des contrats et à éliminer les prestataires ou les produits de mauvaise qualité. À cet égard, l'orientation et le suivi par les pouvoirs publics demanderaient de définir des principes directeurs, par exemple sur la méthode de gestion de la maladie et de l'invalidité à adopter par les assureurs ou encore sur les modalités et le rythme d'ajustement des primes payées par les employeurs en fonction de l'historique récent de maladies et d'incapacités de leur entreprise. Il conviendrait également de prendre des mesures pour améliorer la transparence (notamment pour l'assurance invalidité, qui est en transformation) et la concurrence (en particulier pour l'assurance maladie, avec cinq grandes sociétés qui se

partagent 80 % du marché) sur le marché de l'assurance. Le manque de réglementations en la matière est surprenant compte tenu de l'étendue de celles appliquées au marché privé des soins de santé (ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, 2005).

Au Danemark, la situation est assez différente de celle des autres pays. La gouvernance et le contrôle qualité exercés par l'État doivent être examinés à la lumière de la réglementation innovante du financement, qui module les taux de remboursement en fonction des actions des municipalités. Dans une certaine mesure, cette réglementation réduit la nécessité d'amélioration du suivi, et ce pour deux raisons : premièrement, parce que les municipalités sont chargées de la quasi-totalité des paiements de prestations et des politiques de l'emploi, et deuxièmement, parce que les municipalités sont politiquement responsables. Néanmoins, les incitations financières ne suffisent pas. C'est pourquoi, lors de l'élaboration du système des services de l'emploi en 2007, de nouveaux instruments de gestion et de suivi ont été mis en place. En termes de gestion, l'idée générale est que les agences pour l'emploi affichant de bons résultats bénéficieront d'une plus grande liberté de planification et de mise en œuvre de leurs actions, tandis que celles dont les résultats sont médiocres feront l'objet d'un suivi plus strict et de sanctions, s'il y a lieu.

À l'heure actuelle, le système danois des services de l'emploi utilise quatre instruments de surveillance et de suivi :

- des cibles annuelles fixées par le ministre de l'Emploi ; pour 2009, l'une des trois cibles définies demande aux agences pour l'emploi de « s'attacher à réduire le nombre de périodes d'indemnisation de la maladie supérieures à 26 semaines par rapport à l'année précédente » ;
- des plans annuels de l'emploi détaillant les actions à entreprendre l'année suivante pour relever les principaux défis, établis par chaque agence pour l'emploi ;
- *Jobindsats.dk*, un portail Internet actualisé en permanence présentant les derniers chiffres de l'action pour l'emploi, afin de permettre aux agences, aux régions et au ministère de comparer les mesures prises à l'échelon local à partir d'un vaste éventail d'indicateurs ; et
- des audits de performance utilisés comme base de discussions sur la gestion entre l'administration publique, les dirigeants politiques locaux et les partenaires sociaux ; ces audits servent également à évaluer les actions de l'année passée et à planifier celles à venir dans le domaine de l'emploi.

Reste à savoir quelle sera l'efficacité de ce système de gestion de la performance. Une évaluation continue du nouveau système de l'emploi doit être réalisée jusqu'en 2010.

Bibliographie

Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport (2005), *Health Insurance in the Netherlands : The New Health Insurance System from 2006*, La Haye.

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

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

OCDE (2007b), *Les impôts sur les salaires 2005/06*, OCDE, Paris.

OCDE (2008), « Tous les emplois sont-ils bons pour la santé ? », *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, chapitre 4, OCDE, Paris.

Liste des acronymes

AI	Allocation d'invalidité
AMS	Autorité nationale danoise du marché de l'emploi
BVG	Locaux de guichet unique communs à différents acteurs (Pays-Bas)
CBS	Statistics Netherlands
CE	Community employment
CPB	Bureau for Economic Policy Analysis (Pays-Bas)
CWI	Centre pour l'emploi et le revenu (Pays-Bas)
DETE	Ministère de l'Entreprise, du Commerce et de l'Emploi (Irlande)
DHC	Ministère de la Santé et de l'Enfance (Irlande)
DSFA	Ministère des Affaires sociales et de la Famille (Irlande)
ECHP	Panel européen des ménages (European Community Household Panel)
EFT	Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne
ESRI	Economic and Social Research Institute (Irlande)
ETK	Centre finlandais des pensions (Finlande)
EUR	Euros
EUROFOUND	Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
EU-SILC	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie
EWCS	Enquête européenne sur les conditions de travail
FÁS	Agence nationale irlandaise pour la formation et l'emploi (Irlande)
FSE	Fonds social européen
IDS	Income Distribution Statistics (Finlande)
IRO	Plans de réinsertion individualisés (Pays-Bas)
IVA	Allocation pour incapacité de travail totale (Pays-Bas)
KELA	Institut d'assurances sociales (Finlande)
LAFOS	Centres de service pour la main d'œuvre (LAFOS) (Finlande)
LES	Service local pour l'emploi (Irlande)
LPE	Législation pour la protection de l'emploi
MEV	Perspectives macroéconomiques (Pays-Bas)
MISSOC	Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres
NDS	National Disability Strategy (Irlande)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PAMT	Programmes actifs du marché du travail
PI	Prestations d'invalidité
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petites et moyennes entreprises
PPA	Parités de pouvoir d'achat

QNHS	Quarterly National Household Survey (Irlande)
REA	Loi sur la réinsertion des personnes handicapées (Pays-Bas)
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
SER	Conseil social et économique (Pays-Bas)
SFI	Centre national pour la recherche (Danemark)
SPE	Service public de l'emploi
SSP	Services de santé professionnelle
STM	Ministère des Affaires sociales et de la Santé (Finlande)
SZV	Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi (Pays-Bas)
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité
TIEMarginal	Taux d'imposition effectif marginal
TIEMoyen	Taux d'imposition effectif moyen
TRB	Taux de remplacement brut
TRN	Taux de remplacement net
UE	Union européenne
USD	Dollar des États-Unis
UWV	Institut pour la gestion des assurances sociales des salariés (Pays-Bas)
Wajong	Loi sur l'incapacité de travail des jeunes handicapés (Pays-Bas)
WAO	Loi sur l'assurance incapacité de travail (Pays-Bas)
WAZ	Loi sur l'incapacité de travail des indépendants (Pays-Bas)
WGA	Réglementation sur la reprise du travail des personnes en capacité partielle (Pays-Bas)
WIA	Loi sur la capacité de travail (Pays-Bas)

ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2008 13 2 P) ISBN 978-92-64-04986-4 – n° 56398 2009

Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles

VOL. 3 : DANEMARK, FINLANDE, IRLANDE ET PAYS-BAS

Trop de travailleurs quittent pour toujours le marché du travail pour raison de santé. Et trop de personnes affectées d'un handicap se voient refuser la possibilité de travailler. C'est une tragédie à la fois sociale et économique qui frappe pratiquement l'ensemble des pays de l'OCDE ; c'est aussi un paradoxe qui mérite explication. Comment se fait-il qu'alors que l'état de santé des populations s'améliore, de plus en plus de gens en âge de travailler sont exclus de la population active et vivent de prestations maladie et invalidité de longue durée ?

Ce troisième rapport analyse les facteurs qui pourraient expliquer ce paradoxe. C'est le premier d'une nouvelle série d'examen de l'OCDE sur la maladie, l'invalidité et le travail. Les auteurs s'y intéressent plus particulièrement aux cas du Danemark, de la Finlande, de l'Irlande et des Pays-Bas et mettent en lumière le rôle des institutions et des politiques. Cet ouvrage recommande un éventail de réformes susceptibles de répondre aux défis auxquels ces quatre pays font face.

Les initiatives prises dans ces quatre pays mettent en évidence l'importance des incitations financières pour les principaux intervenants : institutions privées et publiques (y compris les services publics de l'emploi, les organismes d'assurance sociale et les communes), employeurs et travailleurs. Des mesures d'incitation efficaces contribuent au changement nécessaire des mentalités. Il s'agit de passer d'un système d'assurance à une stratégie d'activation et d'encourager ainsi une plus grande coopération entre les acteurs, de favoriser la réforme et de promouvoir une application du système répondant à la volonté des pouvoirs publics. Ces mesures devraient améliorer les résultats.

En dépit de plusieurs éléments positifs dans ce domaine, des progrès peuvent être faits dans les quatre pays étudiés afin d'éviter le glissement vers un système de prestations sociales et de ramener les allocataires vers l'emploi. Bien des personnes souffrant de problèmes de santé peuvent travailler et souhaitent réintégrer le marché du travail, de sorte que toute politique fondée sur l'hypothèse qu'elles ne peuvent pas travailler est fondamentalement erronée. Aider ces personnes à travailler ne présente potentiellement que des avantages : cette politique leur permettrait d'échapper à l'exclusion et d'augmenter leurs revenus tout en améliorant les perspectives économiques à long terme.

Dans la même série :

Vol. 1: Norvège, Pologne, Suisse

Vol. 2: Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni

www.oecd.org/els/invalidite

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne aux adresses suivantes :

www.sourceocde.org/emploi/9789264049864

www.sourceocde.org/questionssociales/9789264049864

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder via :

www.sourceocde.org/9789264049864

SourceOCDE est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou SourceOECD@oecd.org.